



Facultad de Psicología

UNIVERSIDAD DE SEVILLA



SANTIAGO CHACÓN, DIANA

El papel de la expectativa de fatiga y los estados emocionales en la
fibromialgia

10 de Junio 2017

STIEFEL GARCIA-JUNCO, BERTA

CHACÓN MOSCOSO, SALVADOR

SANTIAGO CHACÓN, DIANA

El papel de la expectativa de fatiga y los estados emocionales en la
fibromialgia

10 de Junio 2017

STIEFEL GARCIA-JUNCO, BERTA

CHACÓN MOSCOSO, SALVADOR

Fdo: Diana Santiago Chacón



Índice

- Resumen p. 4
- Introducción pp. 4-11
- Método
 - ❖ Participantes p. 12
 - ❖ Instrumentos pp. 12-13
 - ❖ Procedimiento pp. 1
- Resultados pp. 15-18
- Conclusiones y discusión pp. 19-22
- Referencias pp. 23-26
- Anexos
 - ❖ Anexo I p. 27
 - ❖ Anexo II pp. 28
 - ❖ Anexo III pp. 29-31

Resumen

El papel que juega la expectativa de fatiga y sintomatología emocional como la ansiedad y la depresión en la fibromialgia. Antecedentes: investigaciones recientes resaltan la importancia de la expectativa de fatiga en la predisposición, inicio y mantenimiento de la fatiga. Se analiza el papel de la expectativa de fatiga, la ansiedad y la depresión en la fibromialgia, y el efecto que éstos tienen sobre la fatiga. Método: la muestra está compuesta de 40 participantes (50 % diagnosticadas de fibromialgia) de 39 a 71 años. Los datos personales se recogieron mediante un cuestionario had-hoc, la expectativa de fatiga y la fatiga percibida a través de escalas de fatiga y expectativa de fatiga y los síntomas emocionales a través del Cuestionario GHQ-28. Resultados: la expectativa de fatiga tiene un efecto directo sobre la fatiga percibida, la sintomatología depresiva y ansiosa no media la relación entre expectativa de fatiga y fatiga, pero ambas variables emocionales están muy relacionadas con la fibromialgia. Conclusiones: la expectativa de fatiga afecta de forma directa a la fatiga percibida, estando la ansiedad y depresión muy presentes en la fibromialgia. Esta expectativa de fatiga es muy relevante en el diseño de la intervención psicológica para la disminución de la fatiga.

Palabras clave: fibromialgia, fatiga, expectativa de fatiga, depresión, ansiedad.

Introducción

¿Qué pasaría si nos dijese que tenemos una enfermedad y que ésta no tiene un tratamiento o solución efectiva?

Vivir continuamente con dolor cambia totalmente la vida de las personas que viven con enfermedades reumáticas, sobre todo si se desconoce la verdadera causa, como es el caso de la fibromialgia, la patología “silenciosa” (Santiago, 2016).

Nos encontramos ante una enfermedad reumática que se caracteriza por la sucesión de dolor musculoesquelético, difuso, crónico y benigno de origen no articular, alteraciones del sueño y una fatiga crónica, junto a una hipersensibilidad y una emotividad exagerada (Wolfe F, et al., 1990).

Actualmente, no hay posibilidad de establecer un diagnóstico de la enfermedad mediante exámenes de laboratorio y radiografías. El diagnóstico se basa en los síntomas y en el examen clínico (Gaston, 2001). Dado que no existen pruebas analíticas o de imagen, el diagnóstico se establece si el paciente cumple unos

requisitos determinados por la Academia Americana de Reumatología. A pesar de reconocerse la fibromialgia como enfermedad, su diagnóstico en la actualidad es muy complicado.

A día de hoy solo tenemos hipótesis acerca de su causa, la dificultad para diagnosticarla y por qué afecta a más mujeres que hombres. Es decir, nos encontramos ante una patología con más preguntas que respuestas. Hablamos por tanto de un origen de la enfermedad multifactorial, que puede iniciarse tras una caída, un accidente, un estado de miedo o angustia o tristeza o una enfermedad vírica como la gripe, entre otros (Golbdenberg 2002). Además hay personas que desarrollan la enfermedad sin causa aparente y en otras comienza después de procesos identificables tal y como decía Santiago (2016).

Nos encontramos ante una enfermedad muy frecuente. Calculándose que afecta en un 4,2% en la mujer y un 0,2 % en hombres, es decir, que la proporción es de 20 mujeres por cada hombre como encontró Valverde (2001, cit. en Ubago, Pérez, Bermejo, Labry, y Plazaola, 2005). Además, éstas presentan un mayor número de puntos de dolor que los hombres (Gaston, 2001).

Debido a que es menor el número de hombres que reciben el diagnóstico de fibromialgia, la literatura de la fibromialgia se basa sobre todo en el estudio de mujeres (Miró, Diener, Martínez, Sánchez, y Valenza, 2012).

Algunos estudios que han analizado las características diferenciales en función del sexo observaron que las mujeres con fibromialgia presentaban un menor umbral del dolor, más dolor difuso y mayor número de puntos gatillo, más fatiga y alteración del sueño, y mayor comorbilidad con el síndrome del intestino irritable que los hombres (Wolfe, Ross, Anderson y Russell, 1995). Investigaciones posteriores contradicen estos resultados, mostrando que tanto hombres como mujeres con fibromialgia presentan una afectación significativamente mayor que el grupo control en todas las medidas de dolor, sueño, fatiga, psicopatología, malestar emocional e impacto funcional de la fibromialgia, lo que coincide con una investigación previa, en la que lo único que encontraron diferente es que las mujeres presentan un menor umbral de sensibilidad al dolor en el algómetro e informan de un mayor consumo de analgésicos (Miró, Martínez, Sánchez, Prados y Medina, 2011).

Respecto al diagnóstico de la fibromialgia, no fue hasta 1990 cuando F.Wolfe publicó los criterios de clasificación de este síndrome, en el curso del cual, comparó las

manifestaciones clínicas de alrededor de quinientos cincuenta pacientes. Aunque no fue oficialmente reconocida como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud hasta 1992.

Los criterios descritos son los siguientes:

- I. Historia de dolor generalizado. El dolor es considerado como criterio cuando todo lo siguiente está presente: dolor en el lado izquierdo del cuerpo, dolor en el lado derecho del cuerpo, dolor por encima de la cintura, dolor por debajo de la cintura. Adicionalmente, también debe de estar presente dolor en el esqueleto axial (columna cervical, dolor torácico anterior o dolor en la columna torácica o dolor lumbar). En esta definición se considera al dolor en hombros o en los glúteos como dolor en el lado afectado. El dolor lumbar bajo es considerado dolor en el segmento inferior.

- II. Dolor en al menos 11 de los 18 puntos dolorosos a la palpación digital. Según esta definición, debe de estar presente dolor a la palpación en al menos 11 de los siguientes 18 puntos dolorosos, considerando que todos los puntos dolorosos son bilaterales:
 1. Occipitales: En la inserción de los músculos suboccipitales.
 2. Cervicales bajos: En el aspecto anterior del espacio intertransverso a nivel de C5-C7.
 3. Trapecio: En el punto medio del borde superior.
 3. Supraespinoso: Sobre la espina escapular, cerca del borde medial.
 4. Segunda costilla: En la segunda unión condrocostal, justo lateralmente a las uniones de las superficies superiores.
 5. Epicóndilo lateral: Dos centímetros distales a los epicóndilos laterales.
 6. Glúteos: En el cuadrante superior y externo del glúteo, en la parte anterior del músculo.
 7. Trocánter mayor: Posterior a la prominencia trocantérica.
 8. Rodillas: En la porción de la almohadilla grasa medial proximal a la línea articular.

Según el Colegio Americano de Reumatología, la palpación digital debe de efectuarse con una fuerza aproximada de 4 kg; para que un punto sea considerado positivo, el sujeto debe de referir que la palpación fue dolorosa. La 'sensibilidad' no es considerada 'dolor'.

Además, para que el dolor sea válido, el tiempo y sensibilidad en estos puntos debe ser como mínimo de tres meses (Wolfe, 1990).

Aunque se hayan establecido estos criterios, desde el momento que aparecen los primeros síntomas del trastorno hasta que se recibe el diagnóstico de fibromialgia, suele pasar un largo proceso que la mayor parte de los pacientes describen como un “peregrinaje de médico en médico”. Esto es debido a las propias peculiaridades del trastorno (por ejemplo, que no se detecte ni en análisis ni en radiografías, que se presente asociado a otros trastornos que lo enmascaren, etc.) que hacen muy difícil la delimitación.

El hecho de no conocerse la verdadera causa de la enfermedad, no implica que no se conozcan los síntomas y su evolución. Existen unos síntomas que aparecen de manera frecuente en los pacientes (Díaz-Sibaja, Comeche y Martín, 2014):

- Dolores torácicos, dolores lumbares y dolores periarticulares.
- Fatiga
- Migrañas, sensación de tensión intracraneal o de cabeza vacía, y de confusión.
- Alteraciones de la memoria y de la concentración.
- Variaciones de humor.
- Sensación de estrés interno, ansiedad, angustia y depresión.
- Rigidez muscular y alteraciones de equilibrio.
- Parestesias diversas
- Sensación de hinchazón
- Alteraciones digestivas
- Trastornos urogenitales
- Alteraciones de la circulación periférica
- Hipersensibilidad al frío, una sensibilidad exagerada a las emociones, a los esfuerzos físicos e intelectuales, al ruido y a la luz.

Es la fatiga uno de los síntomas principales en la fibromialgia, y por ello, el pilar fundamental de esta investigación. La importancia de este constructo es clave en la fibromialgia si atendemos al porcentaje de personas que afecta. Calvo indica que se presenta en un 75-91% de la población con fibromialgia. La fatiga es constante en este largo y angustioso proceso. Las personas que la padecen la perciben como muy intensa al despertar y se agrava conforme transcurre el día. De manera, que cuanto

más instaurada está la enfermedad, mayor es la fatiga. Como máximo puede aparecer como un estado de agotamiento absoluto, lo que obliga al paciente a descansar, sentado o acostado. Cuando hablamos de fatiga lo hacemos de cansancio y agotamiento, muy relacionada con el estrés y no con el esfuerzo, la cual no mejora con el reposo. Los indicadores de fatiga según Faduka (1994, cit. en Barbado, Gómez, López y Vázquez, 2006) son los siguientes:

- Deterioro de la memoria a corto plazo y concentración
- Dolores
- Sueño no reparador
- Malestar después del ejercicio con una duración superior a 24 horas

Por otro lado, la percepción de fatiga se refiere a sentimientos subjetivos de fatiga, aumento del estrés o dificultad para iniciar y mantener actividades físicas y mentales que requieren motivación (Fuentes, Senín, Testal, y Carrasco, 2015). Así mismo, podemos hablar de fatiga física y fatiga mental o cognitiva. La fatiga física es el estrés muscular después del ejercicio y sin descanso, sin alteraciones de sueño y no se debe a una medicación, mientras que la fatiga mental es la percepción del esfuerzo para prestar atención a una tarea, así como una falta de voluntad para actuar, lo que reduce la capacidad de iniciar o mantener la orientación hacia un objetivo y ejecución adecuada.

Además, encontramos un constructo que aún no se ha estudiado en profundidad pero que sería interesante conocer al hablar de fatiga, que es la anticipación de fatiga. Esta expectativa o anticipación de fatiga podría ser muy similar a la expectativa ansiosa en la ansiedad (Barlow, 2002). La expectativa ansiosa es la anticipación característica de las descripciones de los pacientes que experimentan ansiedad, este estado de aprensión incrementa el estado de vigilancia, focaliza la atención en los estímulos vividos como peligrosos y multiplica las sensaciones de ansiedad (Testal y Mesa, 2011). Tras haber tenido un ataque de pánico, la expectativa ansiosa se hace más fuerte. Esto mismo podría pasar con la expectativa de fatiga. Tras haber tenido episodios de fatiga durante la enfermedad, hace que sea mucho más fácil tener una expectativa de fatiga durante ésta, siendo además la ansiedad y depresión dos grandes factores que la hacen ser aún más fuerte. Es como si el paciente, en el esfuerzo de identificar el origen de las crisis, se volviese hipervigilante.

Y cuando hablamos de fatiga podemos hablar también de los estados emocionales que influyen en ella, es decir, la ansiedad y la depresión. Por ello, parte de la

experiencia de fatiga está relacionada con la retroalimentación y mantenimiento de los estados emocionales negativos. Es decir, existe un estado de fatiga que se va agravando conforme aparecen emociones negativas, de forma que cuantas más emociones negativas aparezcan, más notable será la percepción de fatiga.

Al igual que en la ansiedad existe una expectativa ansiosa, en la depresión hablamos de expectativa de fracaso. Tanto la ansiedad como la depresión, tienen consecuencias negativas que conducen a mantener la incomodidad de cualquier enfermedad (García y Pascual, 2005), disminuyendo la probabilidad de esperar un cambio positivo y por tanto, aumentando el daño existente.

Estos estados emocionales negativos están muy presentes en la fibromialgia debido a la diversidad de síntomas padecidos en la enfermedad, ya que éstos condicionan la vida diaria y hacen que algunas actividades cotidianas se conviertan en un reto, ya que aumentan el dolor de una forma considerable.

Además, hemos de tener en cuenta que son muchos los obstáculos contra los que se ha de luchar para llegar al diagnóstico de la fibromialgia. Entre ellos, parte del equipo médico que, aún teniendo información de ella no la reconoce como una enfermedad. No entender qué les pasa y por qué les pasa, les lleva a un estado de gran confusión y percepción de incompreensión por parte de los profesionales, de la familia y de la sociedad en general. Asimismo es muy frecuente no encontrar el suficiente apoyo en los miembros de la familia ya que “al no estar la enfermedad bien definida” y que no tiene síntomas visibles, la familia se cuestiona si realmente están enfermas. No obstante, los inconvenientes no cesan tras el esperado diagnóstico. Tras ello, se muestran una diversidad de tratamientos. Analgésicos, antiinflamatorios, relajantes musculares, protectores de estómago, etc. se convierten en sus compañeros de viaje y aunque contribuyen a paliar sus dolores, progresivamente van perdiendo sus efectos.

El padecer estos síntomas durante amplios periodos de tiempo provoca una serie de reacciones que, aunque le suceden de forma natural a la mayor parte de los pacientes, son perjudiciales ya que contribuyen a incrementar el propio dolor y demás síntomas y, a la larga, sólo sirven para perpetuar el problema.

Todo ello provoca disminución de la autoestima, frustración y ansiedad en la persona afectada al ver disminuida su calidad de vida, y repercutiendo todo esto en su entorno más cercano (Wolfe, Michaud, 2004).

Kurtze y cols. (1998), en una de sus investigaciones estudiaron el papel que juega la depresión y la ansiedad en los dos principales síntomas de la fibromialgia, es decir, en

el dolor y en la fatiga, encontrando efectos aditivos e independientes de la ansiedad y depresión sobre los niveles de dolor y fatiga.

Esto cobra sentido entendiendo que la depresión se origina cuando, tras intentos reiterados de superar una situación que supone una grave pérdida (de salud, familiar, trabajo, etc.), la persona se ve incapaz para encontrar la solución adecuada. Además, se suele desarrollar poco a poco, iniciándose con una bajada en el estado de ánimo, es decir, sentimiento de tristeza, pérdida de las ganas de luchar y la apetencia por realizar actividades y un incremento notable de pensamientos negativos (Ferrer, González-Barrón y Manassero, 1993). El problema es que, si no se controla de forma adecuada la bajada de ánimo, ésta afecta negativamente tanto al dolor como a los demás síntomas de la fibromialgia.

Algunos autores (Alvarado, 2014) estudiaron la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con fibromialgia procedentes de consulta externa de Medicina Interna y Reumatología del Hospital Nacional Almazor, hallando una frecuencia de 96,2% de depresión, obteniendo un porcentaje más alto en comparación con la literatura sobre depresión y fibromialgia debido a la muestra utilizada en la investigación, ya que se trataba de una población de pacientes con enfermedades crónicas de consulta externa, con alteración de la calidad de vida que podría precipitar un estado depresivo.

Sin embargo, autores como Ferran y García (2005) afirman que la depresión afecta a un 35,5 % de pacientes con Fibromialgia (depresión presente en un 21,4%), pero se da la curiosa circunstancia de que esta prevalencia no es mayor que la de otras muchas enfermedades, ya sean reumatológicas o no.

Arnold (2006, citado en Ortega, 2012) estudió los niveles de ansiedad y depresión en la fibromialgia, utilizando la escala HADS (hospital anxiety and depression scale), encontrando una mayor prevalencia de síntomas ansiosos respecto a los síntomas depresivos (71% frente 56%), concluyendo que los síntomas asociados a ansiedad son más comunes en los pacientes con fibromialgia que los síntomas depresivos.

Es importante conocer la influencia y el papel que juegan ambos estados emocionales en el mantenimiento tanto de la fatiga como de la fibromialgia puesto que se podrían diseñar tratamientos o programas que trabajasen para disminuir los estados emocionales negativos y que por tanto acabase con la sensación de fatiga.

El proceso sería el siguiente:

La expectativa de fatiga tiene un efecto indirecto sobre la fatiga percibida, siendo los estados emocionales negativos los que median esta relación. De manera que hay una expectativa de fatiga, se incrementan los síntomas emocionales negativos, y éstos influyen en la fatiga percibida. Es evidente, como se mencionó anteriormente, que los estados emocionales como la ansiedad y la depresión empeoran o mantienen la fatiga.

Así, los síntomas emocionales modularían la relación entre la expectativa de fatiga y la fatiga percibida. En el caso de mejorar los síntomas emocionales negativos, disminuiría el impacto directo negativo de la expectativa de fatiga sobre la fatiga percibida (Testal, Fuentes, Senín y Carrasco, 2016)

Sin embargo, la asociación entre los síntomas depresivos y la fatiga debe considerarse desde un enfoque bidireccional e interdependiente, dado que cualquiera de estos podría facilitar el desarrollo del otro. Cuando una persona anticipa fatiga, la sintomatología emocional aumenta, de manera que el riesgo de experimentar fatiga aumenta exponencialmente.

Se ha demostrado que la relación entre la expectativa de fatiga y la fatiga percibida es una clave útil para tener en cuenta a la hora de diseñar intervenciones cognitivas, tanto para los pacientes con trastornos somáticos como para trastornos emocionales más graves (Testal et al., 2016).

Debido a la importancia concebida a esta enfermedad, se planteó realizar un estudio con 3 hipótesis:

- La expectativa de fatiga tiene un efecto indirecto sobre la fatiga percibida.
- Los estados emocionales (ansiedad, depresión) modulan la relación entre la expectativa de fatiga y la fatiga percibida.
- La ansiedad y la depresión están muy relacionados con la fibromialgia.

Método

- **Participantes**

El tamaño de la muestra fue de 40 participantes, 20 de ellos están diagnosticados de fibromialgia y los otros 20 son un grupo control.

En un primer momento la muestra era de 80 participantes pero a la hora de realizar los cuestionarios en la Asociación, 20 personas abandonaron el cuestionario a la mitad debido al agotamiento de leer tantas páginas, teniendo en cuenta que eran personas mayores de 70 años, por lo que se excluyeron del estudio, quedando tan sólo 20 de ellas. Debido a esto, el grupo control también se redujo a 20 para equilibrar la muestra.

Los 20 participantes con fibromialgia pertenecen a la Asociación Fibromialgia de Alcalá de Guadaíra, son mujeres de entre 40-72 años. Todas ellas son de nacionalidad española, tienen hijos a su cargo, tienen poco apoyo social y realizan con frecuencia ejercicio físico dentro de la Asociación.

Respecto al grupo control formado por 20 mujeres, todas ellas son trabajadoras del sindicato CCOO de Sevilla, elegidas de esta forma por fácil acceso a la muestra. Son de una edad comprendida entre 39-60 años. Al igual que las mujeres con fibromialgia, son de nacionalidad española y también tienen hijos a su cargo, y en su mayoría, realizan ejercicio físico.

- **Instrumentos**

EFA (Chalder et al., 1993) (Versión de Hernández, Berrios y Bulbena, 2000 ampliada por Rodríguez Testal et al., 2013)

El objetivo de esta escala es evaluar dos dimensiones de la fatiga: fatiga física y fatiga mental, y a su vez evaluar la expectativa de fatiga.

Esta escala autoaplicada contiene dos subescalas, la primera de ellas, de Chalder y cols. (1993) que desarrollaron para calibrar la gravedad o intensidad de fatiga que incluye la fatiga física y la mental, con un total de 14 ítems, de 4 alternativas (1= estoy mejor de lo habitual, 2= no estoy mejor, 3= estoy peor de lo habitual, 4= estoy mucho mejor, es decir, escala tipo Likert). En cuanto a la segunda subescala, mide la expectativa de fatiga, la cual contiene 9 ítems con 5 alternativas de respuesta (1=nunca, 2= rara vez, 3= ocasionalmente, 4=a menudo, 5=siempre). Esta segunda escala aún no está publicada, se encuentra en estudio de validación.

Para seguir con la idea de Chalder, la corrección de la escala es la suma simplemente de los valores de los participantes: a más puntuación, mayor anticipación o expectativa de fatiga.

Se trata de una escala autoaplicada cuya duración oscila entre 5-10 minutos.

Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28). Versión de Lobo et al. (1986).

El objetivo de esta prueba es evaluar el estado de salud general de la persona en dos tipos de fenómenos: la incapacidad para seguir llevando a cabo funciones saludables normales y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico. El objetivo no es realizar un diagnóstico pero sí detectar trastornos psicológicos en ambientes no psiquiátricos.

Se trata de un cuestionario autoadministrado de 28 ítems de 4 alternativas (escala tipo Likert, donde: 0=mejor que lo habitual, 1= igual que lo habitual, 2=peor que lo habitual, 3=mucho peor que lo habitual), el cual se compone de 4 subescalas de 7 ítems cada una. Las cuatro subescalas miden: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión grave).

Entre las propiedades psicométricas del cuestionario, la fiabilidad test-retest es de 0.90 y en la validez de criterio, la sensibilidad/especificidad del conjunto oscila entre el 44% y 100% y la especificidad entre 74 % y el 93 %. En cuanto a la predictiva, con un punto de corte de 5/6 se obtuvo una sensibilidad del 84,6%, una especificidad del 82%, un VPP del 75%, un VPN del 89,3%.

El tiempo de administración es de 5-10 minutos, el sujeto contesta de forma individual atendiendo a las instrucciones que aparecen en la parte superior.

Cuestionario had-hoc sobre información personal.

El objetivo de esta prueba es obtener más información acerca de la persona. Está compuesta por 5 preguntas (1-¿Tiene usted fibromialgia?, 2-¿Pertenece a alguna asociación?, 3-¿Hace usted ejercicio físico?, 4-¿Está usted trabajando?, 5-¿Tiene hijos?) Además de preguntar sobre el sexo y la edad aun sabiendas que el sexo era femenino en todos los casos. Las respuestas eran sí o no y se registraron posteriormente donde 0 era no y 1 era sí.

El tiempo de administración es de 2-5 minutos y se contesta de forma individual.

- **Procedimiento**

Se realizó un muestreo intencional de una Asociación de Fibromialgia de Alcalá de Guadaíra. En un primer momento se hicieron varias llamadas telefónicas y correos electrónicos a diferentes asociaciones de fibromialgia con el fin de obtener una muestra lo suficiente representativa para realizar la investigación. El objetivo era tener una muestra de personas con fibromialgia y otra de personas sin fibromialgia para poder comparar resultados.

Una vez que se obtuvo respuesta de la asociación se empezaron a realizar los trámites correspondientes para poder realizarla.

Antes de pasar los distintos cuestionarios, se comentó cuál era el objetivo de la investigación, donde se destacó la voluntariedad de la participación, se recalcó la confidencialidad de los datos, además se comentó que se podría abandonar la investigación una vez iniciada.

Tras tener la muestra de personas con fibromialgia, se recogieron los datos en la misma asociación. Se explicó cómo había que rellenar los distintos cuestionarios y se solventaron las dudas que podían tener durante la realización de éstos. Una vez obtenida la muestra, se buscó al mismo número de personas que no tuviesen fibromialgia y que tuviesen características similares a éstas, entre ellas, sexo y edad.

De esta forma, se obtuvo una segunda muestra por conveniencia ya que se tenía contacto con CCOO de Sevilla. En el lugar, las 20 personas que realizaron los cuestionarios fueron las primeras que llegaron a su horario de trabajo y que tenían una edad comprendida entre 39-60 años.

El orden de aplicación de las pruebas fue el cuestionario had-hoc, la escala de fatiga y el cuestionario general de salud de Goldberg. El tiempo total fue de 20-25 minutos, teniendo en cuenta que había personas de edad más avanzada.

Se estuvo presente durante la realización de los cuestionarios en la asociación pero no en CCOO, en este caso fue un familiar el que estuvo presente durante la recogida de los datos. Ha de tenerse en cuenta que los resultados solo se recogieron una vez, hablando por tanto de un estudio transversal.

Resultados

Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS 15.0. Para analizar la relación entre la puntuación en la escala de fatiga y la de expectativa de fatiga se utilizó un análisis de regresión lineal. De la misma forma, para determinar si la ansiedad y depresión contribuyen a modular la relación entre la expectativa de fatiga y la fatiga percibida se empleó el análisis de regresión múltiple. Por otro lado, se desarrolló un ANOVA de un factor con el fin de observar la relación que existía entre ansiedad, depresión y fibromialgia, aunque posteriormente se utilizó la prueba paramétrica U de Mann Whitney para dos muestras independientes. Además en todos los casos, se comprobó la normalidad de las variables y la homocedasticidad con la prueba F de Levene.

Respecto a la normalidad de las variables estudiadas, se estudiaron a partir del estadístico de LEVENE, encontrándose en todos los casos una sig ≥ 0.05 . Estos fueron los resultados obtenidos respecto a cada variable:

- Fatiga global Z=1, 258, p=0,084.
- Expectativa de fatiga Z= 1,246, p= 0,090
- Depresión global Z= 1, 291, p= 0,072
- Ansiedad global Z= 1,093, p= 0,183

En cuanto al análisis de regresión lineal para estudiar la relación entre la puntuación en la escala de fatiga y la de expectativa de fatiga, se encontró que existe una relación estadísticamente muy significativa $R^2 = 0.906$, p= 0.00 (ver tabla 2)

Tabla 1
Correlaciones

		Faglobal	Exfaglobal	Fibromialgia
Correlación de Pearson	Faglobal	1,000	,925	,885
	Exfaglobal	,925	1,000	,818
	Fibromialgia	,885	,818	1,000
	Faglobal	.	,000	,000

Tabla 2
Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,952 ^a	,906	,900	4,21347

a. Variables predictoras: (Constante), Fibromialgia, Exfaglobal

Tabla 3
Coefficientes^a

Modelo	Coefficients no estandarizados		Coefficients tipificados	T	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	8,871	2,205		4,023	,000
1 Exfaglobal	,822	,121	,606	6,811	,000
Fibromialgia	10,279	2,344	,390	4,385	,000

a. Variable dependiente: Faglobal

De la misma forma, para estudiar cómo la ansiedad y la depresión modulan la relación entre la expectativa de fatiga y la fatiga percibida se utilizó un análisis de regresión múltiple. El resultado completo de esta correlación es de $R^2=0,924$, $p=0.00$ (ver tabla 4).

Los resultados obtenidos respecto a la influencia de la ansiedad y la depresión en la correlación de expectativa de fatiga y fatiga son los siguientes:

- En cuanto a la variable depresión no se han encontrado que ésta afecte a la relación entre expectativa de fatiga y fatiga ($t= 1.450$, $p=0.157$).
- Por lo que respecta a la ansiedad, tampoco se ha encontrado que ésta afecte a la relación entre expectativa de fatiga y fatiga percibida, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos control y fibromialgia ($t= 0.522$, $p=0,606$).

Los resultados completos se muestran en la Tabla 5.

Tabla 4
Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,961 ^a	,924	,909	4,01487

a. Variables predictoras: (Constante), x1x3, Fibromialgia, depglobal, ansglobal, Exfaglobal, x1x2

Tabla 5
Coefficientes

Modelo	Coefficients no estandarizados		Coefficients tipificados	T	Sig.	Correlaciones		
	B	Error típ.	Beta			Orden cero	Parcial	Semiparcial
(Constante)	7,422	5,045		1,471	,151			
Exfaglobal	,735	,315	,542	2,334	,026	,925	,381	,114
Fibromialgia	9,480	2,397	,360	3,954	,000	,885	,573	,193
depglobal	1,182	,815	,478	1,450	,157	,841	,248	,071
ansglobal	,379	,726	,153	,522	,606	,859	,092	,025
exfadep	-,031	,027	-,438	-1,174	,249	,821	-,203	-,057
exfaans	-,005	,032	-,077	-,149	,882	,904	-,026	-,007

a. Variable dependiente: Faglobal

Por otro lado, se desarrolló un ANOVA de un factor con el fin de observar la relación que existía entre ansiedad, depresión y fibromialgia. En este caso, se obtuvo que tanto la ansiedad ($F=56,044$, $p=0,000$) como la depresión ($F=57,383$, $p=0,000$) están muy relacionadas con la fibromialgia. Los resultados completos se muestran en la Tabla 8. Posteriormente se utilizó la U de Mann-Whitney para comprobar los supuestos, obteniéndose los siguientes resultados en la tabla 7:

Tabla 7
Estadísticos de contraste^a

	Ansglobal	depglobal
U de Mann-Whitney	33,000	25,500
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,000
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,000 ^b	,000 ^b

Tabla 8
ANOVA de un factor

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
ansglobal	Inter-grupos	688,900	1	688,900	56,044	,000
	Intra-grupos	467,100	38	12,292		
	Total	1156,000	39			
depglobal	Inter-grupos	688,900	1	688,900	57,383	,000
	Intra-grupos	456,200	38	12,005		
	Total	1145,100	39			

Tabla 9
Descriptivos

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo	
					Límite inferior	Límite superior			
					ansglobal	no			20
ansglobal	si	20	15,1500	1,89945	,42473	14,2610	16,0390	12,00	19,00
	Total	40	11,0000	5,44436	,86083	9,2588	12,7412	1,00	19,00
depglobal	no	20	2,0000	3,56887	,79802	,3297	3,6703	,00	13,00
depglobal	si	20	10,3000	3,35763	,75079	8,7286	11,8714	6,00	17,00
	Total	40	6,1500	5,41863	,85676	4,4170	7,8830	,00	17,00

Conclusiones y discusión

Respecto a los objetivos principales de la investigación los resultados indican que, en primer lugar, la expectativa de fatiga tiene un efecto directo sobre la fatiga percibida.

Estudios como los de Testal, Fuentes, Senín y Carrasco (2016) corroboran estos resultados, en los que se muestra que la anticipación de la fatiga tiene un efecto directo parcial sobre la fatiga física y el efecto total indirecto sobre la fatiga cognitiva.

El hecho de que la expectativa de fatiga correlacione con la fatiga tiene sentido si atendemos al modelo de Barlow (2002) que explica cómo la expectativa de fatiga juega un papel similar a la expectativa ansiosa, de manera que el efecto es el mismo, es decir, en ambos casos, hablamos de que la expectativa está relacionada con imaginar el futuro. Esta anticipación es un proceso de evaluación cognitiva que, teniendo en cuenta la experiencia, entre otras cuestiones, predice las consecuencias que un acontecimiento determinado produce en la conducta de la persona.

La persona repite en su mente, de forma recurrente, escenarios catastróficos en los que todo sale mal, es decir, que la fatiga volverá a aparecer y que no va a poder controlar nada de lo que está ocurriendo a su alrededor. Es decir, la persona presenta un pensamiento negativo, repetido continuamente, lo cual favorece la aparición de las profecías autocumplidas o predicciones causantes de que algo suceda.

En el caso de las personas con fibromialgia, haber tenido constantes episodios de fatiga durante la enfermedad, hace que sea mucho más fácil tener una expectativa de fatiga durante su desarrollo (Testal y Mesa, 2011).

Todo esto puede tener relación a su vez con cómo los estados emocionales como la ansiedad y la depresión modulan la relación entre la expectativa de fatiga y la fatiga percibida. Pero los resultados encontrados indicaron que ambas variables no afectan a esta relación, es decir, que el hecho de tener un ánimo deprimido o ansioso no aumenta o disminuye esta relación entre expectativa de fatiga y fatiga.

Es importante resaltar la importancia del papel de los factores cognitivos en el mantenimiento de la fatiga percibida más que la ansiedad y la depresión, que en todo caso, modulan esta relación, teniendo un efecto indirecto (Testal et al., 2016).

En cualquier caso, no se encontró relación específica en la literatura entre fatiga anticipatoria y mediación de variables emocionales en su relación con la percepción de fatiga, lo que hace que no se puedan comparar otras investigaciones respecto a esta.

Por tanto, los datos sugieren que la depresión y la ansiedad no explican la relación entre expectativa de fatiga y la fatiga percibida.

Aunque las relaciones de esta sintomatología emocional respecto a la expectativa de fatiga y fatiga no han sido específicamente estudiadas en la literatura, sí hay otros estudios que han analizado la importancia de la expectativa prequirúrgica de síntomas y angustia en el dolor y la fatiga posquirúrgica (Robleda, Sillero, Puig, Gich y Baños, 2014), encontrando en este caso, una relación muy significativa de las variables emocionales.

Los resultados encontrados indican que ambas variables emocionales no influyen en esta relación, pero sí existe una relación significativa de éstas variables con la fibromialgia.

Investigaciones anteriores confirman estos resultados, indicando que la frecuencia de depresión en pacientes con fibromialgia es del 96,2%, cifra superior a la hallada en la literatura que se justifica por el lugar de recolección de la muestra, ya que los pacientes que participaron en la investigación tenían enfermedades crónicas, pertenecientes a consulta externa, de forma que la alteración de la calidad de vida se podría precipitar un estado depresivo (Alvarado, Montenegro, León y Díaz, 2014).

El hecho de encontrar una alta prevalencia de depresión es lógico si atendemos al hecho de que en la fibromialgia nada está resuelto, ni siquiera su diagnóstico. Todo ello provoca disminución de la autoestima, frustración y ansiedad en la persona afectada al ver disminuida su calidad de vida, y repercutiendo todo esto en su entorno más cercano (Wolfe, Michaud, 2004).

Kurtze y cols. (1998), en una de sus investigaciones estudiaron el papel que juega la depresión y la ansiedad en los dos grandes síntomas de la fibromialgia, es decir, en el dolor y en la fatiga, encontrando efectos aditivos e independientes de la ansiedad y depresión sobre los niveles de dolor y fatiga.

Esto cobra bastante sentido si atendemos al hecho de que la depresión se origina cuando, tras repetidos intentos de superar una situación que supone una grave pérdida, ya sea de tipo familiar, de problemas laborales, de salud, etc, la persona se ve incapaz para encontrar la solución adecuada. El problema es que, si no se controla de forma adecuada, afecta negativamente tanto al dolor como a los demás síntomas de la fibromialgia, entre ellos, la fatiga.

Por tanto, la relación entre estos síntomas emocionales y la fibromialgia es significativa, teniendo en cuenta que día tras día, los pacientes tratan de encontrar una solución efectiva a esta enfermedad y se encuentran sin respuestas al respecto.

Los resultados de esta investigación podrían haber sido distintitos si el grupo control perteneciese a una asociación de otro tipo de enfermedad, en este caso, ambos grupos de sujetos estarían en las mismas condiciones de la variable asociación, eliminando posibles sesgos. Además hubo problemas a la hora de entender algunos ítems de los cuestionarios y seleccionarlos en las escalas de respuesta. Por otro lado, cabe decir que al ser dos cuestionarios tan extensos, las personas se agotaron al rellenar el primero de ellos por lo que podría haber poca fiabilidad en las respuestas dadas.

Asimismo es importante tener en cuenta que la selección de participantes en la asociación se hizo de manera aleatoria. Algo a destacar debido a que en investigaciones anteriores se encontraron resultados distintos, donde la selección de participantes no fue aleatoria, buscando distintas categorías diagnósticas para obtener heterogeneidad clínica. En cualquier caso, un mayor tamaño de la muestra, especialmente en el grupo clínico, podría ser muy ventajoso.

Por tanto, podemos concluir que la ansiedad y la depresión son dos síntomas muy relacionados con la fibromialgia y que el hecho de estar expectante hace que aumente la fatiga que se pueda percibir. Esto tiene gran relevancia para los profesionales de la psicología si tenemos en cuenta que se pueden desarrollar programas de índole cognitivo para reducir esta expectativa de fatiga y disminuir uno de los grandes síntomas de la fibromialgia, es decir, la fatiga. Investigaciones anteriores han mostrado la eficacia de estos programas en el tratamiento de la fatiga crónica, encontrando una mejora en el 40% de los pacientes. Durante el seguimiento de los pacientes, uno a siete meses después de finalizar el tratamiento, las personas que habían completado el programa continuaron con niveles de fatiga inferiores. (Sandín, 2005). Igualmente es importante destacar que la ayuda psicológica es muy relevante en esta enfermedad ya que reducir la ansiedad y la depresión mejora la calidad de vida de estas personas.

Referencias

- Alvarado, J.G., Montenegro, K.A., León, F.E. y Díaz, C. (2014). Asociación entre Depresión-Ansiedad y el Síndrome de Fibromialgia en 3 centros asistenciales de Lambayeque, Perú. *Revista Médica Risaralda* 20, 2, 75-79.
- Barbado, F.J., Gómez, J., López, M. y Vázquez, J.J. (2006) .El síndrome de fatiga crónica y su diagnóstico en Medicina Interna. *Anales de medicina interna*, 23, 238-244
- Barreda, A., Choza, J., Gutiérrez, A. y Riquelme, E. (2016). *Fibromialgia. Un diálogo terapéutico*. Themata, Sevilla.
- Calvo, I. Fibromialgia y otras formas de dolor musculoesquelético. Recuperado de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/dolormusculosqueletico.pdf>
- Díaz-Sibaja, M.A., Comeche, M.I. y Martín, A. (2014). *Vivir mejor a pesar de la Fibromialgia: manual de autoayuda*. Valencia.
- Estupiñá V. y Ortells I. (2005). *Manual de Fibromialgia*. Valencia: Carena Editors
- Federación de fibromialgia y fatiga crónica de castilla y león. (2012). La realidad de la fibromialgia: Guía multidisciplinar. Recuperado de http://www.albaandalucia.es/pdf/3_fibromialgia/la_realidad_de_la_fibromialgia.pdf
- Ferrer, V., González-Barrón, R. y Manassero, M.A. (1993). El West Haven Yale Multidimensional Pain Questionnaire: un instrumento para evaluar al paciente con dolor crónico. *Dolor*, 8, 153-160.

- Fuentes, S., Senín, C., Testal, J.F. y Carrasco, M.A. (2015). Perceived Experience of Fatigue in Clinical and General Population: Descriptors and Associated Reactivities. *Spanish Journal of Psychology*, 18, 1–8.
- García, J y Pascual, A. (2005). *Aprender a vivir con Fibromialgia*. Barcelona: Edika Med.
- Gaston, P. (2011). *La fatiga crónica (Fibromialgia): cómo aliviar los síntomas*. Oniro.
- Golbdenberg, D. L. (2002). *Fibromialgia. Una guía completa para comprender y aliviar el dolor*. Paidós, Barcelona.
- Kurtze, N., Gundersen, K. y Svebak, S. (1998). The role of anxiety and depression in fatigue and patterns of pain among subgroups of fibromyalgia patients. *British Journal of Medical Psychology* ;71:185-194.
- Martín, T. Guía de información de fibromialgia. Recuperado de [http://www.albaandalucia.es/pdf/3_fibromialgia/guia_de_infor_de_fibromialgia_\(afibrom\).pdf](http://www.albaandalucia.es/pdf/3_fibromialgia/guia_de_infor_de_fibromialgia_(afibrom).pdf)
- Miró, E., Martínez, M.P., Sánchez, A.I., Prados, G. y Medina, A. (2011). When is pain related to emotional distress and daily functioning in fibromyalgia syndrome? The mediating roles of self-efficacy and sleep quality. *British Journal of Health Psychology*, 16, 799-814.
- Nicassio y cols. The contribution of pain, reported sleep quality, and depressive symptoms to fatigue in fibromyalgia. *Pain* 2002; 100:271-279.

- Ortega, J. (2012). *Tratamiento cognitivo-conductual protocolizado y en grupo, para la fibromialgia: Aplicación en contexto hospitalario*. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla, Sevilla.
- Robleda, G., Sillero, A., Puig, T., Gich, I. y Baños, J. (2014). Influencia del estado emocional prequirúrgico en el dolor postoperatorio tras cirugía ortopédica y traumatológica. *Latino-Americana de Enfermagem*, 22, 785-791.
- Sandín, B. (2005). El síndrome de fatiga crónica: características psicológicas y terapia cognitivo-conductual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, 95-94.
- Santiago, D. (2016). La fibromialgia, una enfermedad invisible a los ojos de quien no la padece. *Psicomemorias*. Recuperado de <http://www.psicomemorias.com/concurso-fibromialgia-enfermedad-invisible/>
- Testal, J.F. y Mesa, P.J. (2011). *Manual de Psicopatología clínica* (pp. 35-76). Pirámide S.A.
- Testal, J.F., Fuentes, S., Senín, C. y Carrasco, M.A. (2016). The mediating role of emotional symptomatology between anticipatory fatigue and the perception of fatigue. *Psicothema*, 28, 1-7.
- Ubago, M.C., Pérez, I., Bermejo, M.J., Labry, A. y Plazaola, J. (2005). Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia. Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Revista Española Salud Pública*, 79, 683-695.
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., y Russell, I.J. (1995). Aspects of fibromyalgia in the general population: Sex, pain threshold, and fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*, 22, 151-156.

- 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., McCain, G.A., Reynolds, W.J., Romano, T.J., Rusell, I.J y Sheon, R.P. (1990). The American College of Rheumatology. Criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 33:160-172.
- Wolfe, F. y Michaud K. (2004). Severe rheumatoid arthritis (RA), worse outcomes, comorbidity illness, and sociodemographic disadvantage characterize patients with fibromyalgia. *J Rheumatol*; 31:696-700.

Anexo I

EDAD:

GÉNERO: MUJER/HOMBRE

MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN CORRECTA:

	SI	NO
¿TIENE FIBROMIALGIA?		
¿HACE ACTIVIDAD FÍSICA?		
¿PERTENECE A ALGUNA ASOCIACIÓN?		
¿TIENE APOYO SOCIAL?		
¿ESTÁ TRABAJANDO?		
¿TIENE HIJOS?		

Anexo II

FEFA (Chalder et al., 1993) (Versión de Hernández, Berios y Bulbena, 2000 ampliada por Rodríguez Testal et al., 2013)

En esta prueba se realizan preguntas acerca de su funcionamiento físico y mental. Señale el grado en que su estado actual (desde hace unos 15 días hasta el día de hoy) se ajusta a las preguntas que se formulan, tanto para la mañana como en la noche, situando una X sobre el recuadro correspondiente.

	<i>Estoy mejor de lo habitual o no tengo problemas con...</i>	<i>No estoy mejor o tengo algún problema más de lo habitual con...</i>	<i>Estoy peor de lo habitual o tengo problemas con...</i>	<i>Estoy mucho peor o tengo muchos más problemas de lo habitual con...</i>
1. ¿Tiene problemas de cansancio?				
2. ¿Necesita descansar más?				
3. ¿Se siente somnoliento/a?				
4. ¿Tiene problemas al comenzar a hacer las cosas?				
5. ¿Empieza las cosas sin dificultad pero se empieza a sentir débil a medida que las hace?				
6. ¿Está perdiendo energía?				
7. ¿Tiene menos fuerza muscular?				
8. ¿Siente debilidad?				
9. ¿Tiene dificultad para concentrarse?				
10. ¿Le cuesta pensar?				
11. ¿Tiene lapsus cuando habla?				
12. ¿Tiene dificultad para encontrar la palabra adecuada?				
13. ¿Qué tal es su memoria?				
14. ¿Ha perdido interés en las cosas que antes le gustaban?				

	<i>Siempre (me siento con fuerzas)</i>	<i>A menudo</i>	<i>Ocasionalmente</i>	<i>Rara vez</i>	<i>Nunca (me siento con fuerzas)</i>
15. No me siento con fuerzas de empezar a hacer nada, aunque no haya trabajado.					
	<i>Nunca</i>	<i>Rara vez</i>	<i>Ocasionalmente</i>	<i>A menudo</i>	<i>Siempre</i>
16. Me canso fácilmente, y cuando estoy trabajando tengo que parar y descansar.					
17. Iniciar cualquier actividad me supone un esfuerzo extra					
18. Antes de empezar a hacer cualquier cosa pasa por mi cabeza la idea de que me cansaré.					
19. Cuando me propongo hacer algo me tensa saber de antemano que me costará mucho acabarlo.					
20. Temo que podría empeorar mis síntomas si hago ejercicio físico.					
21. Si tratara de superarla, mi fatiga se incrementaría					
22. Temo que podría empeorar accidentalmente mi cansancio					
23. No puedo hacer todo lo que los demás hacen porque es muy fácil que me cansé.					

POR FAVOR, COMPRUEBE QUE HA RESPONDIDO A TODAS LAS PREGUNTAS
GRACIAS POR SU COLABORACION

Anexo III

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG (GHQ-28). Versión de Lobo et al. (1986)

Por favor, lea cuidadosamente:

Nos gustaría saber si Vd. ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas, simplemente subrayando las respuestas que, a su juicio, se acercan más a lo que siente o ha sentido Vd. Recuerde que no queremos conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales.

Es importante que trate de responder a TODAS las preguntas. Muchas gracias por su colaboración.

ÚLTIMAMENTE:

A. 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

Mejor que lo habitual Igual que lo habitual Peor que lo habitual Mucho peor que lo habitual

2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

4. ¿Ha sentido la sensación de que estaba enfermo?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o que la cabeza le va a estallar?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

- B.**
1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual
 2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual
 3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual
 4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual
 5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual
 6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?
No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual
 7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?
No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

- C.**
1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?
Más activo que lo habitual Igual que lo habitual Bastante menos que lo habitual Mucho menos de lo habitual
 2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?
Más rápido de lo habitual Igual que lo habitual Más tiempo que lo habitual Mucho más tiempo de lo habitual
 3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?
Mejor que lo habitual Aproximadamente lo mismo Peor que lo habitual Mucho peor que lo habitual
 4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?
Más satisfecho Aproximadamente lo mismo que lo habitual Peor que lo habitual Mucho menos satisfecho
 5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?
Más tiempo que lo habitual Igual que lo habitual Menos útil que lo habitual Mucho menos útil de lo habitual
 6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?
Más que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos capaz que lo habitual
 7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?
Más que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual

- D.**
1. ¿Ha pensado que Vd. es una persona que no vale para nada?
No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual
 2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?
No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual
 3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de enmedio”?

Claramente, no Me parece que no Se me ha cruzado por la mente Claramente lo he pensado

5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida viene repetidamente a la cabeza?

Claramente, no Me parece que no Se me ha cruzado por la mente Claramente lo he pensado

**COMPRUEBE QUE HA RESPONDIDO A TODAS LAS PREGUNTAS.
MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**