

Experiencia percibida de la fatiga en población clínica y general: descriptores y reactividad asociada

Fuentes-Márquez, S¹, Senín-Calderón, C.², Rodríguez-Testal, J.F.³, Carrasco, M.A.⁴

¹Psicóloga Clínica. Hospital Juan Ramón Jiménez. Roda Exterior Norte, S/N, C.P. 21005, Huelva (España).

²Investigadora del Servicio de Atención Psicológica y Psicopedagógica de la Universidad de Cádiz. Campus Universitario de Puerto Real. Av. República Árabe Saharaui s/n, 11519, Puerto Real, Cádiz (España).

³Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla. C/ Camilo José Cela s/n 41018 Sevilla (España).

⁴Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

Fecha de franqueo: 24-01-2014

Fecha de franqueo del 1º y 2º manuscrito revisado: 22-04-2014 y 14-07-2014

Correspondencia

Miguel Ángel Carrasco Ortiz

Departamento de Psicología de la personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos

Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia

C/ Juan del Rosal, 10

28040 Madrid

Experiencia percibida de la fatiga en población clínica y general: descriptores y reactividad asociada

Fecha de franqueo: 24-01-2014

Fecha de franqueo del primer manuscrito revisado: 22-04-2014

Fecha de franqueo del segundo manuscrito revisado: xx-07-2014

Abstract

The aim of this study is the analysis of different terms and reactions related to the experience of fatigue. Two groups were compared: one clinical ($n_1 = 92$, 31 males, mean age =38.87) and other non-clinical ($n_1 = 225$, 135 males, mean age =32.45). The sample was composed of 317 participants (52% males), ranging in age from 18 to 76 years. Findings shown the experience of fatigue was mainly related to somatic terms (76% in the total sample). Specifics results were found for the clinical group (not for the general group): (a) significant relations between fatigue and, anxiety ($\chi^2(1) = 34.71$, $p < .01$), tension ($\chi^2(1) = 16.80$, $p < .01$) and sad ($\chi^2(1) = 24.59$, $p < .01$); (b) higher intensity of fatigue ($F = 84.15$, $p = .000$), and predominance of the cognitive components of fatigue. Results showed fatigue in subjects with a clinical disorder versus those without, is associated both, to negative emotional states and, a higher intensity of fatigue, especially in its cognitive elements. Important clinical implications for the assessment and intervention are discussed.

Key words: fatigue, negative emotions, somatic descriptors

El recorrido histórico del término de fatiga y sus diferentes usos ponen de manifiesto la amplitud y confusión conceptual acerca del mismo (Caballo, Salazar, & Carrobles, 2011; Hernández, Berrios, & Bulbena 2000; Orsat, Ernoul, Canet, Grandin-Goldstein, & Richard-Devantoy, 2013; Rey-González, & Livianos-Aldana, 2000). Desde mediados del siglo XIX la fatiga se ha entendido como laxitud y cansancio, y se ha vinculado tanto a trastornos funcionales (e.g., neurastenia y psicastenia) como infecciosos (e.g., Síndrome Crónico de Epstein-Barr). En 1987 se delimita la entidad clínica conocida como Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) (la clásica encefalomiелitis letárgica), relacionada con el estrés (hipofunción del eje HHA), sin relación con el esfuerzo y sin mejoría por el descanso, pudiendo participar en su origen desde experiencias tempranas adversas al TDAH (Chaudhuri & Behan, 2004; Sáez-Franca et al., 2012). Siguiendo los criterios de Fukuda et al. (1994) se identifica con al menos 4 indicadores: afectación de la memoria a corto plazo y la concentración (además de disnomias y anomias), diferentes algias (destacan cefalalgias), sueño no reparador (e hipersomnias), y malestar tras esfuerzo con duración superior a 24 horas.

En los manuales de criterios diagnósticos internacionales (DSM y CIE), la inclusión de la fatiga como manifestación clínica no ha sido estable. Concretamente en las ediciones del DSM, la fatiga aparecía inicialmente en la neurastenia con entidad diagnóstica propia, y desde la tercera edición hasta la más reciente (DSM-5, APA, 2013), como síntoma inespecífico del Trastorno de síntomas somáticos (se menciona la fatiga, pp. 311, pero no el SFC) si bien excluye expresamente a la Fibromialgia (Fb) y el Síndrome del Intestino Irritable (SII). En las ediciones CIE (OMS, 1992), en cambio, permanece la entidad diagnóstica “neurastenia” como alteración diferenciada de los trastornos somatomorfos.

A lo largo de este devenir histórico, la fatiga se ha vinculado con numerosos términos: astenia, anergia, cansancio, debilidad, agotamiento, apatía, inercia, aburrimiento, adinamia, tedio, psicastenia, pusilanimidad, laxitud, o vulnerabilidad. Se ha asociado tanto con manifestaciones fisiológicas como intelectuales resultado del esfuerzo físico y mental, y se ha entendido tanto como una experiencia primaria como una lectura introspectiva de sensaciones periféricas. En suma, perdura la ausencia de delimitación y claridad del término, del mismo modo que su etiología sigue siendo una cuestión controvertida (Afari & Buchwald, 2003).

Más recientemente se ha propuesto diferenciar la fatiga (percepción de fatiga) de la fatigabilidad (cambios objetivos en la ejecución de una tarea) (Chaudhuri & Behan, 2004). La percepción de fatiga se refiere a las sensaciones subjetivas de cansancio, esfuerzo incrementado o dificultad para el inicio y mantenimiento de actividades físicas y mentales que requieren de motivación (Sáez-Francàs, Hernández-Vara, Corominas-Roso, Alegre, Jacas, & Casas, 2014). No hay correspondencia entre el esfuerzo desarrollado y el rendimiento, y ello se traduce en agotamiento. Se incluyen factores homeostáticos en su origen, además de factores psicológicos (siendo centrales el estado de ánimo y la motivación) (Kluger, Krupp, & Enoka, 2013). Estos factores psicológicos se incluyen en el concepto de fatiga central (e.g. en la depresión o en el SFC). En esta fatiga central a su vez se distingue una fatiga física (estrés muscular tras el esfuerzo y sin descanso, sin alteraciones del sueño, y no debida a la medicación) de una fatiga mental; esta última es la percepción del esfuerzo que ha de ponerse para poder atender a una tarea (Sáez-Franca, Hernández-Vara, Corominas Roso, Alegre Martín, & Casas Brugué, 2013), así como una menor disposición a actuar, lo que reduce la competencia para iniciar o mantener una orientación hacia un objetivo y una ejecución adecuada (Michielsen, De Vries, Van Heck, Van de Vijver, & Sijtsma, 2004).

La fatigabilidad es la magnitud de un cambio en el nivel de ejecución en un tiempo dado o la medida de producción mecánica en función de un valor de referencia (Kluger et al., 2013). Entre sus factores etiológicos se indican los de origen periférico (donde se situaría la debilidad), y la etiología estructural cerebral: en las demencias, la enfermedad de Parkinson, o las consecuencias de los accidentes cerebrovasculares (Kluger et al., 2013). La percepción o sensación de fatiga, como fatiga central, se considera un síntoma principal de diversas entidades clínicas y como el SFC, la Fb o el SII (Wessely & White, 2004; White, 2010). Tiene un papel destacado tanto entre los trastornos de ansiedad como, especialmente, en los trastornos del estado de ánimo (depresiones unipolares, bipolares y distimia), principalmente en forma de pérdida de energía (anergia) a la que se añade la ausencia de disfrute (anhedonia) (Brown & Kroenke, 2009; Demyttenaere, De Fruyt, & Stahl, 2005; Doyle, Conroy, McGee, & Delaney, 2010; Swindle, Kroenke, & Braun, 2001; Tylee, Gastpar, Lépine, & Mendlewicz, 1999). Aparte del malestar físico (síntomas corporales, alteraciones del sueño, la propia fatiga física) y cognitivo (temor desproporcionado, rumia, pensamiento automáticos...), una parte de la experiencia de la fatiga tiene que ver con la propia retroalimentación y mantenimiento por los estados emocionales negativos y la fatiga precedente (Goldstein, Greer, Saletin, Harvey, Nitschke, & Walker, 2013; Helbig-Lang, Lang, Petermann, & Hoyer, 2012; Ruscio, Seitchik, Gentes, Jones, & Hallion, 2011)

La percepción de fatiga en estos estados emocionales forma parte de un conjunto de síntomas entre los que destaca la desvalorización personal por encima del síntoma físico en la depresión (Moss-Morris & Petrie, 2001; Noonan, Lindner, & Walker, 2010; Priebe, Fakhoury, & Henningsen, 2008), y la expectativa aprensiva en la ansiedad (Grupe & Nitschke, 2013), lo que permite suponer la importancia del concepto de fatiga mental. La sintomatología ansiosa y depresiva (sobre todo esta última), acompaña tanto

al SFC, la Fb, como al SII, aunque se excluyen de sus criterios diagnósticos específicos, lo que da buena cuenta de la dificultad de la consideración del concepto de la fatiga.

Por último, es preciso distinguir la percepción de fatiga de manifestaciones cercanas como la somnolencia (e.g., trastornos del sueño) o la apatía (pérdida de la motivación por falta de interés y de iniciativa con aplanamiento de las emociones en tareas orientadas a una meta (Robert et al., 2009).

De todo lo dicho se desprende que la percepción de fatiga en la población clínica es parte de una constelación de componentes cognitivos y emocionales, en los que son comunes las respuestas ansiosas y depresivas en diferentes entidades diagnósticas y que requieren una delimitación que atienda a sus aspectos subjetivos, así como la intensidad de la fatiga y la reactividad emocional y conductual asociadas, aspecto que no se ha abordado en la literatura hasta donde hemos tenido conocimiento.

A pesar del énfasis que se ha concedido a los componentes emocionales y cognitivos en las alteraciones psicopatológicas, es importante recordar que los síntomas somáticos, como la fatiga física, constituyen con frecuencia la principal vía de entrada de los pacientes a los Servicios de Salud (Demyttenaere, De Fruyt, & Stahl, 2005). Se estima que aproximadamente el 25% de los pacientes comunican tener sensación de fatiga y ésta ocupa el séptimo de los diez primeros y más comunes síntomas en los centros sanitarios (De Vries & Van Heck, 2002; Walker, Katon, & Jemelka, 1993).

Por tanto, dado que la percepción de fatiga es una experiencia tan común, el análisis tanto de los aspectos cualitativos del constructo (concepto y términos asociados), como de los aspectos cuantitativos (intensidad de la experiencia) contribuirá a dilucidar si se corresponde con una experiencia similar o diferente en la población clínica o general.

Así, este trabajo trata de realizar un análisis de los contenidos y variaciones del término fatiga a partir de la experiencia de sensación de fatiga percibida en dos grupos de población, uno compuesto por pacientes diagnosticados por primera vez con diferentes alteraciones psicopatológicas y que solicitan atención psicológica (en adelante grupo clínico) y otro procedente de la población general. Esperamos que el término fatiga se relacione significativamente con el término de cansancio de entre un conjunto de estados alternativos (i.e., aburrido, decaído, soñoliento...), dada la asociación que a lo largo de la historia se ha producido entre estos dos términos y la cercanía de significado entre ellos. Esta asociación será independiente de la pertenencia al grupo clínico o general. Por otra parte, esperamos que la experiencia percibida de fatiga en el grupo clínico, a diferencia del grupo general, se relacione con conceptos que abarquen o se amalgamen en la esfera emocional negativa (ej. términos de ansioso o triste) pues, como se ha dicho, la percepción de fatiga va unida a la sintomatología ansiosa y depresiva (Brown & Kroenke, 2009; Demyttenaere et al., 2005). Finalmente, cabe esperar diferencias en la experiencia percibida entre el grupo clínico y general. El grupo clínico presentará mayor reactividad a la fatiga (e.g., irritabilidad, soñolencia, hambre...) e intensidad, tanto en la experiencia general de fatiga como en sus componentes cognitivos, que serán superiores a las del grupo general.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 317 participantes, 92 (29%) procedentes de la población clínica y 225 (71%) de la población general. Los pertenecientes al grupo clínico (GC) procedieron de una Unidad de Salud Mental Comunitaria y de una clínica psicológica privada. Este último grupo incluyó 31 hombres y 61 mujeres de edades

comprendidas entre 18 y 76 años (Media de edad, $M = 38.87$ años, desviación tipo, $Dt.=14.31$). El grupo general (GG) incluyó 90 hombres y 135 mujeres con edades entre 18 y 70 años ($M = 32.45$, $Dt. = 12.94$). La selección de los participantes del grupo clínico fue incidental, no aleatoria, mientras que la del grupo general se extrajo mediante bola de nieve de la población general a partir de un grupo de estudiantes universitarios. Las características de los grupos y su equivalencia se recogen en el apartado correspondiente a los resultados.

Instrumentos

-Hoja de Información demográfica y clínica (elaboración *ad hoc*). Mediante este autoinforme los participantes reportaban sobre su nivel de estudios alcanzados, profesión, estatus sociodemográfico o clase social (SDS) (Hollingshead, 1975), enfermedades actuales, antecedentes psicopatológicos personales y familiares, historia y duración de los síntomas, tratamientos psicofarmacológicos, y consumo de otras drogas. El índice de Hollingshead es una puntuación obtenida a partir del nivel de ocupación profesional (profesión) y el nivel educativo (estudios cursados). La puntuación obtenida es clasificada en un rango de puntuaciones que se corresponde con cinco niveles de clase social desde muy alta hasta muy baja. En el presente trabajo se consideró la puntuación media cuantitativa como estimación de la clase social (altas puntuaciones son indicativas de baja clase social).

-Escala de Sensación de Fatiga (Hernández, Berrios, & Bulbena, 2000). Consta de 8 ítems con análogos visuales gráficos y descriptores semánticos variados referidos a la experiencia percibida de la sensación de fatiga. De los 8 ítems dos de ellos (ítems 1 y 8) se analizaron pormenorizadamente de acuerdo con los objetivos del presente estudio: El ítem 1 recoge 11 diferentes estados asociados a la sensación de fatiga (apático/a, decaído/a o aplanado/a, lento/a o aletargado/a, cansado/a, ansioso/a, mal cuerpo –

griposo-, soñoliento/a, tenso/a, triste, indiferente y aburrido/a) de los que el evaluado ha de señalar los cinco que, acorde a su experiencia pasada, mejor se asocien con su propia sensación de fatiga. El ítem 8 describe diferentes reacciones aparecidas como respuesta a la experiencia de fatiga (irritable, torpe –patoso, soñoliento, hambriento, o excitado - sexual) cada uno de los cuales es puntuado en una escala Likert de 9 puntos (0 “nada”, 9 “muchísimo”). De este ítem se obtiene una puntuación para cada estado y una puntuación global, sumatorio de los anteriores, indicativa de la reacción a la sensación de fatiga.

La prueba ha mostrado adecuadas propiedades de fiabilidad test-retest ($CCI = .91$) y validez de constructo.

-*Escala de Fatiga* (Chalder et al., 1993). Consta de 14 ítems que evalúan la gravedad o intensidad de fatiga experimentada mediante dos factores: fatiga física (8 ítems, e.g., “¿tiene menos fuerza muscular?”) y fatiga mental o cognitiva (6 ítems acerca de dificultades cognitivas, e.g., “¿le cuesta pensar?”). El instrumento también proporciona una puntuación total. Cada ítem se puntúa en una escala Likert de 4 puntos (1 “mejor de lo habitual”, 2 “no más de la habitual”, 3 “peor de lo habitual” y 4 “mucho peor de lo habitual”) atendiendo a los 15 días previos al momento en el que se cumplimenta. La escala ha mostrado una adecuada consistencia interna en su medida global (.89) así como en sus factores de fatiga mental y física (.82 y .85, respectivamente) (Chalder et al., 1993), además de mostrarse sensible a los cambios de un tratamiento (Deale, Chalder, Marks, & Wessely, 1997). En la muestra de este estudio la fiabilidad obtenida mediante el alfa de Cronbach es: .91 para la escala total en el caso de los pacientes y .85 entre los controles; .88 para la escala física en el grupo de pacientes y .82 en los controles; .85 en el grupo de pacientes y .79 en los controles para la escala cognitiva.

Procedimiento

Previamente a la realización del estudio, se seleccionaron los participantes mediante los procedimientos indicados. Todos ellos recibían información de los objetivos del estudio y autorizaban mediante consentimiento informado el uso de los datos. La participación fue voluntaria y no remunerada. Todo el procedimiento siguió las consignas del Código Deontológico del Psicólogo y del Comité Bioético de la Universidad. Para el grupo de pacientes los instrumentos de evaluación fueron entregados en la primera o segunda sesión de terapia para que los cumplimentaran bien tras la consulta o en su domicilio. La evaluación diagnóstica se realizó por profesionales especializados con acreditada experiencia clínica siguiendo los criterios del Manual Estadístico Diagnóstico DSM-IV-TR (APA, 2000). El grupo control fue evaluado en pequeños grupos por los mismos profesionales mediante la administración colectiva de los instrumentos. Se consideraron como criterios de exclusión del estudio, de especial importancia en el grupo clínico: dificultades de comprensión de las instrucciones y las pruebas administradas, la presencia de lesiones orgánico-cerebrales, el consumo abusivo y habitual de alcohol u otras sustancias, así como la cumplimentación incompleta de las pruebas.

Análisis estadístico

Se realizaron tanto análisis univariados como multivariados que incluyeron diferentes estadísticos descriptivos e inferenciales. Específicamente, se analizaron las diferencias entre grupos mediante Chi-cuadrado para variables categóricas y mediante contraste de medias (*t*-Student) y análisis múltiple de la varianza con covariable para variables de intervalo. Para el contraste de medias entre variables dentro de un mismo grupo se aplicó la *t*-Student para muestras relacionadas. La *W* de Kendall se utilizó para estimar el grado de concordancia entre los participantes de cada grupo en el orden de

frecuencias establecido. Además se realizó un análisis de correlaciones entre las variables edad y niveles de fatiga. Se dio homogeneidad de varianza en las variables edad ($F_{Levene} = 1.120, p = .291$) y clase social ($F_{Levene} = .938, p = .334$). La significación estadística se estableció para un intervalo de confianza del 95% y $p < .05$ como criterio. Los análisis estadísticos se realizaron con el SPSS v. 15 para Windows.

Resultados

Características de los grupos de estudio y su equivalencia

Los grupos fueron similares en cuanto al sexo ($\chi^2(1) = 1.10, p = .31$) y la clase social ($t(315) = 1.17, p = .24$) evaluada mediante el Índice de Hollingshead (1975). No obstante, resultaron diferentes respecto a la edad ($t(315) = -3.88, p = .000$) y el estado civil ($\chi^2(3) = 25.47, p = .000$). La clase social predominante fue media-alta en ambos grupos. El grupo clínico presentó una edad media superior ($M = 38.87, Dt = 14.31$) frente al general ($M = 32.45, Dt = 12.94$), con mayor presencia respecto al grupo general de separados (8.6% versus 1.3%) y viudos (4.3% versus 0.4%) y, menores porcentajes de solteros (43.4% versus 66.5%) y casados (31.7% versus 43.4%).

Los diagnósticos de los pacientes pertenecientes al grupo clínico se agruparon en las siguientes categorías: Trastornos del estado de ánimo, 25 casos (27.2%); trastornos de ansiedad, 23 casos (25%); trastornos adaptativos, 16 casos (17.4%); trastornos psicóticos, 7 casos (7.6%); trastornos de personalidad, 6 casos (6.5%) y trastornos somatomorfos, 11 casos (11.9%). Los casos de trastornos de conversión se incluyeron dentro de la categoría de trastornos somatomorfos. Se descartaron dos categorías: trastornos de la conducta alimentaria y de “Otros factores de atención clínica” por incluir un número limitado de pacientes (2 en ambos casos).

Las características psicopatológicas del grupo de población general fueron evaluadas mediante la hoja de información demográfica y clínica. De acuerdo con esta información, ningún participante presentó patología psiquiátrica ni estaba recibiendo atención psicológica.

Análisis de descriptores asociados a la sensación de fatiga

El análisis de los estados percibidos que se asocian a la sensación de fatiga se muestra en la Tabla 1. Se recoge el porcentaje de participantes que informaron sobre la asociación entre la sensación de fatiga y cada uno de los descriptores referidos a diferentes estados físicos y emocionales. Estos porcentajes se presentan en el total de la muestra y en cada uno de los grupos de estudio. Los resultados muestran que la sensación de fatiga se asoció en la mayoría de los participantes con el descriptor de *cansancio* tanto en el conjunto de la muestra (76%) como en el grupo general (77.8%) y clínico (71.7%), seguido de los descriptores *decaído* y *apático* (Tabla 1).

La comparación de grupos, realizada mediante Chi-cuadrado muestra diferencias significativas entre grupos en los descriptores referidos a “ansioso”, “mal cuerpo”, “tenso” y “triste”. El grupo general asoció más frecuentemente la sensación de fatiga con estados de malestar físico mientras que el grupo clínico la asoció con estados de ansiedad, tensión y tristeza ($p < .05$). En el resto de descriptores no hubo diferencias significativas.

(Insertar Tabla 1)

Con el objetivo de analizar el grado de concordancia en el orden de los descriptores según la frecuencia puntuada por los participantes se aplicó la prueba W de Kendall tanto en la muestra total como en cada uno de los grupos. En el total de la muestra los participantes coincidieron en establecer el siguiente orden de frecuencias: cansado,

decaído, apático, soñoliento, mal cuerpo, triste, lento, tenso, ansioso, indiferente y aburrido ($W = .143, \chi^2(10) = 444.78, p = .000$). En el análisis por grupo el grado de coincidencia en la secuencia marcada fue, en el grupo general: cansado, decaído, mal cuerpo, soñoliento, apático, lento, triste, tenso, ansioso, indiferente y aburrido ($W = .170, \chi^2(10) = 383.283, p = .000$); y en el grupo clínico: cansado, decaído, triste, ansioso, apático, tenso, soñoliento, lento, mal cuerpo, aburrido e indiferente ($W = .135, \chi^2(10) = 114.343, p = .000$). De acuerdo con este análisis, los descriptores referidos a estados somáticos (cansado y decaído) ocuparon los primeros lugares en ambos grupos aunque el grupo general utilizaba como prioritarios un mayor número de descriptores somáticos (e.g., mal cuerpo, soñoliento). Además, aquellos descriptores referidos a estados emocionales negativos, tales como triste, ansioso o apático tuvieron una posición más prioritaria en el grupo clínico que en el grupo control. Señalar que la W de Kendall obtuvo valores bajos, indicando que la coincidencia entre los sujetos de cada grupo fue significativa pero moderada.

Análisis de la intensidad de la fatiga y las reacciones asociadas

Dada la desigualdad de edad entre grupos, el análisis de las diferencias entre éstos en la percepción de fatiga física y cognitiva se realizó globalmente mediante un modelo lineal general, tomando como covariable la edad. Los contrastes multivariados mostraron que el modelo fue significativo ($p < .05$) para la intersección, el grupo y la edad. Las diferencias entre grupos (ver Tabla 2) resultaron significativas en la fatiga global ($F = 84.15, p = .000$), con un tamaño de efecto de Eta^2 parcial de .21 para el grupo y .01 para la edad ($F = 5.98, p = .015$); en la fatiga mental o cognitiva ($F = 95.41, p = .000$), con un tamaño de efecto de Eta^2 parcial de .23 para la variable grupo y .03 para la variable edad ($F = 9.91, p = .002$); y en la fatiga física ($F = 44.60, p = .000$) con un tamaño de efecto de Eta^2 parcial de .12 para el grupo y no significativo para la variable edad. A fin de

confirmar las diferencias obtenidas entre grupos, se realizó un análisis a posteriori de comparación de medias mediante el estadístico t de Student. El grupo clínico informó de una intensidad significativamente superior en las escalas de fatiga global. ($t(315) = -8.27, p = .000$), física ($t(315) = -6.29, p = .000$) y mental ($t(315) = -8.81, p = .000$). No se asume el supuesto de igualdad de varianzas. La edad mostró un efecto significativo en la fatiga global y cognitiva pero no en su manifestación física. Los participantes de más edad informaron de mayores niveles de fatiga ($r_{xy} = .26, p < .01$, para la fatiga cognitiva; $r_{xy} = .15, p < .01$ para la fatiga física).

Si bien los niveles de fatiga física y mental resultaron superiores en el grupo clínico, no era posible concluir sobre la predominancia de una u otra. Con este objetivo se realizó una t de Student para muestras relacionadas comparando en cada uno de los grupos las medias procedentes de las diferentes escalas de fatiga. A fin de homogeneizar las escalas física y mental fueron previamente estandarizadas. Los niveles de fatiga mental y somática resultaron similares en el grupo general, sin embargo en el grupo clínico, los niveles de fatiga mental ($M = .81, Dt = 1.13$) resultaron significativamente superiores ($t(91) = -2.15, p = .034$) a los niveles de fatiga física ($M = .59, Dt = 1.13$).

La comparación de medias entre grupos en la reactividad asociada a la experiencia de cansancio propia de la fatiga fue similar ($p > .05$) en cada una de las reacciones evaluadas (irritable, torpe, soñoliento, hambriento, o excitado) así como en la reacción global obtenida como sumatorio de las puntuaciones en cada reacción específica. De estos resultados se desprende que tanto el grupo clínico como el grupo general tuvieron similares niveles de reacción percibida ante la fatiga respecto a las emociones (e.g., irritabilidad) como a las sensaciones (e.g., torpeza, soñolencia, hambre, excitación sexual) evaluadas. Las puntuaciones medias y desviaciones tipo de las medidas anteriores se recogen en la Tabla 2.

(Insertar Tabla 2)

Discusión

La presencia frecuente de fatiga en numerosas entidades clínicas y la queja que esta ocasiona entre los pacientes ha llevado a diversos autores a reclamar la necesidad de una mejor delimitación y estudio pormenorizado de este constructo (Berrios, 2000; Costello, 1992; Rodríguez-Testal & Mesa, 2011). Derivado de este reclamo el presente trabajo ha analizado los contenidos y variaciones de la experiencia percibida de sensación de fatiga en personas con y sin alteración clínica.

Los resultados han mostrado que los sujetos, independientemente de que padezcan o no una alteración clínica, describen la sensación de fatiga fundamentalmente con el término de *cansancio*. Sin embargo, son aquellos con un trastorno clínico los que más frecuentemente asocian la fatiga a estados emocionales negativos de ansiedad, tensión y tristeza. Además, los sujetos clínicos utilizan prioritariamente descriptores referidos a estados emocionales negativos mientras que los no clínicos utilizan prioritariamente descriptores somáticos. De acuerdo con lo esperado, el término *cansancio* fue el descriptor nuclear de la sensación de fatiga complementado con descriptores somáticos o de emocionalidad negativa según la ausencia o presencia de patología en la persona que informaba. Estos resultados son consistentes con la delimitación que a lo largo de la historia se ha realizado del constructo fatiga (Caballo et al., 2011; Hernández et al., 2000; Rey-González et al., 2000) pero introducen un elemento diferencial que contribuye a la clarificación y delimitación de la sensación de fatiga cuando ésta se presenta en la población general frente a la clínica (aplicable a muestras con psicopatología o psiquiátricas): la presencia de descriptores emocionales negativos asociados. La vinculación de emociones negativas con la sensación de fatiga es

congruente con aquellos autores que han asociado principalmente esta sensación con la sintomatología ansiosa y depresiva (Brown & Kroenke, 2009; Demyttenaere et al., 2005; Schneider, 1997; Swindle et al., 2001; Tylee et al., 1999; Walker, 1993; Wessely et al., 1996) y pone de relieve la importancia de considerar la fatiga como manifestación no sólo somática sino fundamentalmente emocional entre las personas que padezcan una alteración clínica. Probablemente, esto indique que ambos componentes (somáticos y emocionales) son manifestaciones diversas de una misma alteración más global o trastorno clínico. Particularmente, en relación con los cuadros depresivos, la presencia de fatiga se ha asociado con un incremento futuro de padecer depresión (Addington, Gallo, Ford, & Eaton, 2001; Kroenke & Price, 1993). No obstante, la asociación entre cuadros depresivos y fatiga debe considerarse desde un planteamiento bidireccional e interdependiente dado que cualquiera de estas podría facilitar la aparición de la otra (Hickie, Davenport, Issakidis, & Andrews, 2002; Mason & Wilkinson, 1996; Pawlikowska et al., 1994). De esto se deriva, por una parte, la necesidad de delimitar y evaluar con precisión ambas manifestaciones cuando concurren en la misma persona; y por otra, la necesidad de evaluar la presencia aislada de cualquiera de éstas (fatiga o depresión) más allá de la aparición o no de la otra (Walker et al., 1993).

Más allá de los descriptores específicos utilizados en la delimitación de la sensación de fatiga en el grupo general y clínico, esperábamos encontrar niveles de intensidad y reactividad superior entre los pacientes. Nuestros resultados sólo apoyan parcialmente lo esperado: si bien los participantes clínicos respecto a los no clínicos informan de niveles de fatiga física y mental más elevados, la intensidad en las reacciones asociadas a la fatiga (e.g., irritabilidad, torpeza, somnolencia, hambre, excitación sexual) es similar en ambos grupos. Es razonable encontrar una intensidad superior en la experiencia de fatiga entre los sujetos clínicos, dado que la presencia de una alteración clínica se

acompaña de mayor gravedad y malestar del estado psicológico de la persona que la padece. Sin embargo, es posible que al no tratarse únicamente de trastornos donde la fatiga es el síntoma central, las reacciones asociadas a la fatiga pueden resultar más cercanas entre ambos grupos o, como se ha puesto de manifiesto en otros trabajos, algunas diferencias podrían depender de otros factores intervinientes como la regulación del afecto positivo (Zautra et al., 2005).

Un resultado relevante apareció entre los análisis realizados. La fatiga mental en el grupo clínico fue superior a la fatiga física, dato que no se replicaba en el grupo general. Esto pone de manifiesto la importancia de elementos cognitivos en la experiencia de sensación de fatiga en la población clínica y establece un nuevo marcador diferencial entre la población general y clínica. La predominancia de elementos cognitivos asociados en los trastornos clínicos es consistente con el incremento de sesgos cognitivos, hiperreflexividad, de pensamientos desadaptados que reiteradamente se han asociado a las alteraciones psicológicas (e.g., Beck & Alford, 2009; Clark & Beck, 2009; Pérez-Álvarez, 2012), así como de otras variables neuropsicológicas implicadas en el concepto general de fatiga central como el esfuerzo que se requiere para aplicar los recursos atencionales, memoria de trabajo, fluencia verbal, secuencia de habilidades, o en la toma de decisiones (Kluger et al., 2013; Lou, 2009; Sáez-Francàs et al., 2014).

Mencionar algunas limitaciones de este trabajo que han podido sesgar en algún grado los presentes resultados: el número reducido de sujetos en el grupo clínico, la distribución desigual de los diferentes trastornos dentro de este grupo, la selección no aleatoria de los participantes clínicos y las diferencias de edad entre los grupos de comparación.

En síntesis y a modo de conclusión, la sensación de fatiga en los sujetos que presentan una alteración clínica frente a los que no, se asocia en mayor medida a estados emocionales negativos y muestra una mayor intensidad, especialmente en sus elementos cognitivos. Estas diferencias contribuyen a la mejora del diagnóstico y a la comprensión del significado y la fenomenología de la fatiga percibida en personas que padecen un trastorno psicológico. Por tanto, de estos resultados se derivan importantes implicaciones clínicas para la evaluación y la intervención clínica de la fatiga: necesidad de evaluar e intervenir sobre los componentes somáticos y cognitivos de la fatiga; evaluar la intensidad desde una perspectiva dimensional; considerar la especificidad de los componentes y características diferenciales asociadas a la fatiga en la población clínica frente a la general. Asimismo, estas diferencias pueden ser relevantes para un diagnóstico diferencial más preciso entre las entidades clínicas en las que la fatiga es un núcleo patológico organizador, así como permitir establecer el papel que desempeñan las variables anímicas (Hadlandsmyth & Vowles, 2009). Futuros trabajos deberán ahondar en las tesis aquí expuestas y replicar los presentes resultados a fin de contribuir a esclarecer el posible efecto de estos sesgos.

Referencias

- Addington, A. M., Gallo, J. J., Ford, D. E., & Eaton, W. W. (2001). Epidemiology of unexplained fatigue and major depression in the community: the Baltimore ECA follow-up, 1981-1994. *Psychological Medicine*, *31*, 1037-1044. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291701004214>
- Afari, N., & Buchwald, D. (2003). Chronic fatigue syndrome: a review. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 221-236. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.221>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision. DSM IV-TR* (4th ed., text rev.). Washington DC: APA. doi:10.1176/appi.books.9780890423349
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5*. Washington DC: APA.
- Beck, A., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and Treatment* (2^a ed.). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Berrios, G. E. (2000). Concepto de Psicopatología Descriptiva [Concept of Descriptive Psychopathology]. En R. Luque & J.M. Villagrán, *Psicopatología Descriptiva: Nuevas Tendencias* (pp. 109-145) [Descriptive psychopathology: New Trends]. Madrid: Trotta.
- Brown, L., & Kroenke, K. (2009). Cancer-Related Fatigue and Its Associations With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Psychosomatics*, *50*, 440-447. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.psy.50.5.440>
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., & Carrobbles, J. A. (dirs.) (2011). *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos* [Handbook of Psychopathology and Psychological Disorders]. Madrid: Pirámide.
- Chalder, T., Berelowitz, G., Pawlikowska, T., Watts, L., Wessely, S., Wright, D., & Wallace, E. P. (1993). Development of a fatigue scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *37*, 147-153. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(93\)90081-P](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(93)90081-P)
- Chaudhuri, A., & Behan, P.O. (2004). Fatigue in neurological disorders. *The Lancet*, *363*, 978-988.

- Clark, D. A., & Beck, A. (2009). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. Guilford Press.
- Costello, C. G. (1992). Research on symptoms versus research on syndromes. *British Journal of Psychiatry*, *160*, 304-308. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.160.3.304>
- De Vries, J., & Van Heck, G.L. (2002). Fatigue: relationships with basic personality and temperament dimensions. *Personality and Individual Differences*, *33*, 1311-1324.
- Deale, A., Chalder, T., Marks, I., & Wessely, S. (1997). Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 408-414.
- Demyttenaere, K., De Fruyt, J., & Stahl, S. (2005). The many faces of fatigue in major depressive disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, *8*, 93-105. <http://dx.doi.org/10.1017/S1461145704004729>
- Doyle, F., Conroy, R., McGee, H., & Delaney, M. (2010). Depressive symptoms in persons with acute coronary syndrome: Specific symptom scales and prognosis. *Journal of Psychosomatic Research*, *68*, 121-130.
- Drobnic, L. (1995). *Síndrome de fatiga crónica*. Temas de Actualización del Curso de Formación Continuada, 1994-1995 [Chronic Fatigue Syndrome. Updated Issues of Permanent Education Courses]. Barcelona: Autor.
- Fukuda, K., Straus, S., Hickie, I., Sharpe, M., Dobbins, J., Komaroff, A. (1994). The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. *Annals of Internal Medicine*, *121*(12), 953-959. doi:10.1059/0003-4819-121-12-199412150-00009
- Goldstein, A. N., Greer, S. M., Saletin, J. M., Harvey, A. G., Nitschke, J. B., & Walker, M. P. (2013). Tired and Apprehensive: Anxiety Amplifies the Impact of Sleep Loss on Aversive Brain Anticipation. *The Journal of Neuroscience*, *33*, 10607-10615.
- Hadlandsmyth, K., & Vowles, K. E. (2009). Does depression mediate the relation between fatigue severity and disability in chronic fatigue syndrome sufferers? *Journal of Psychosomatic Research*, *66*, 31-35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.08.002>

- Helbig-Lang, S., Lang, T., Petermann, F. & Hoyer, J. (2012). Anticipatory Anxiety as a Function of Panic Attacks and Panic-Related Self-Efficacy: An Ambulatory Assessment Study in Panic Disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 40, 590-604.
- Hernández, P., Berrios, G. E., & Bulbena, A. (2000). Concepto y evaluación de la sensación de fatiga. In A. Bulbena Vilarrasa, G. E. Berrios, & P. Fernández, *Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología* (pp. 125-135) [Clinical Measurement in Psychiatry and Psychology]. Barcelona: Masson.
- Hickie, I., Davenport, T., Issakidis, C., & Andrews, G. (2002). Neurasthenia: prevalence, disability and health care characteristics in the Australian community. *British Journal of Psychiatry*, 181, 56-61. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.181.1.56>
- Hollingshead, A. A. (1975). *Five Factor Index of Social Position*. Unpublished manuscript. Yale University: New Haven, C.T.
- Kluger, B.M., Krupp, L.B., & Enoka, R.M. (2013). Fatigue and fatigability in neurologic illnesses: Proposal for a unified taxonomy. *Neurology*, 80, 409-416. DOI 10.1212/WNL.0b013e31827f07be
- Kroenke, K., & Price, R. K. (1993). Symptoms in the community. Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Archives of Internal Medicine*, 153, 2474-2480.
- Lou, J.S. (2009). Physical and mental fatigue in Parkinson's disease: Epidemiology, pathophysiology and treatment. *Drugs & Aging*, 26, 195-208. doi:10.2165/00002512-200926030-00002
- Mason, P., & Wilkinson, G. (1996). The prevalence of psychiatric morbidity. *British Journal of Psychiatry*, 168, 1-3.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento. CIE-10*. (10ª Ed.) [International Classification of Diseases, ICD-10]. Madrid: Meditor.
- Michielsen, H.J., De Vries, J., Van Heck, G.L., Van de Vijver, F.J.R., & Sijtsma, K. (2004). Examination of the Dimensionality of Fatigue. The Construction of the

Fatigue Assessment Scale (FAS). *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 39-48 DOI: 10.1027//1015-5759.20.1.39

- Moss-Morris, R., & Petrie, K. (2001). Discriminating between chronic fatigue syndrome and depression: A cognitive analysis. *Psychological Medicine*, 31, 469-479.
- Noonan, M., Lindner, H., & Walker, K. (2010). Chronic Fatigue Syndrome Severity and Depression: The Role of Secondary Beliefs. *Journal of Rational-Emotive Cognitive-Behavior Therapy*, 28, 73-86. DOI 10.1007/s10942-009-0101-5
- Orsat, M., Ernoul, A., Canet, J., Grandin-Goldstein, E., & Richard-Devantoy, S. (2013). La neurasthénie du XIX siècle au XXI siècle : figures et masques de la première maladie psychosomatique. *Annales Médico-Psychologiques*, 171, 357-361.
- Pawlikowska, T., Chalder, T., Hirsch, S. R., Wallace, P., Wright, D.J.M., & Wessely, S. C. (1994). Population based study of fatigue and psychological distress. *British Medical Journal*, 308, 763-766. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.308.6931.763>
- Pérez Álvarez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia* [The roots of Modern Psychopathology: The Melancholy and Schizophrenia]. Madrid: Pirámide.
- Priebe, S., Fakhoury, W.K.H., & Henningsen, P. (2008). Functional Incapacity and Physical and Psychological Symptoms: How They Interconnect in Chronic Fatigue Syndrome. *Psychopathology*, 41, 339-345 DOI: 10.1159/000152375
- Rey-González, A., & Livianos Aldana, L. (2000). *La Psiquiatría y sus Nombres. Diccionario de Epónimos* [The Psychiatry and its Names. Dictionary of Eponyms]. Madrid: Panamericana.
- Robert, P., Onyike, C.U., Leentjens, A.F., Dujardin, K., Aalten, P., Starkstein, S., . . . Byrne, J. (2009). Proposed diagnostic criteria for apathy in Alzheimer's disease and other neuropsychiatric disorders. *European Psychiatry*, 24, 98-104. doi:10.1016/j.eurpsy.2008.09.001
- Rodríguez Testal, J. F., & Mesa Cid, P. J. (coord.) (2011). *Psicopatología clínica* [Clinical Psychopathology]. Madrid: Pirámide.
- Ruscio, A. M., Seitchik, A. E., Gentes, E. L., Jones, J. D. & Hallion, L. S. (2011). Perseverative thought: A robust predictor of response to emotional challenge in

generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 867-874.

Sáez-Franca, N., Alegre, J., Calvo, N., Ramos-Quiroga, J.A., Ruiz, E., Hernández-Vara, J., & Casas Brugué, M. (2012). Attention-deficit hyperactivity disorder in chronic fatigue syndrome patients. *Psychiatry Research*, 200, 748-753.

Sáez-Franca, N., Hernández-Vara, J., Corominas Roso, M., Alegre Martín, J., & Casas Brugué, M. (2013). The Association of Apathy With Central Fatigue Perception in Patients With Parkinson's Disease. *Behavioral Neuroscience*, 127, 237-244. 0735-7044/13/\$12.00 DOI: 10.1037/a0031531

Sáez-Francàs, N., Hernández-Vara, J., Corominas-Roso, M., Alegre, J., Jacas, C., & Casas, M. (2014). Relationship between poor decision-making process and fatigue perception in Parkinson's disease patients. *Journal of the Neurological Sciences*, 337, 167-172.

Schneider, K. (1997). *Psicopatología clínica* [Clinical Psychopathology]. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología (original 1946).

Swindle, R., Kroenke, K., & Braun, L. A. (2001). Energy and improved workplace productivity in depression. In A. Sorokin, K. Summers, I. Farquhar. (Eds.), *Investing in Health: The Social and Economic Benefits of Health Care Innovation* (Vol.14, pp. 323-341). Greenwich, CT, USA: Elsevier Science Ltd.

Tylee, A., Gastpar, M., Lépine, J. P., & Mendlewicz, J. (1999). DEPRES II (Depression Research in European Society II): a patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community. *International Clinical Psychopharmacology*, 14, 139-151. <http://dx.doi.org/10.1097/00004850-199905002-00001>

Walker, E. A., Katon, W. J., & Jemelka, R. P. (1993). Psychiatric disorders and medical care utilization among people in the general population who report fatigue. *Journal of General Internal Medicine*, 8, 436-440. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02599621>

Wessely, S., & White, P. D. (2004). In debate: there is only one functional somatic syndrome. *The British Journal of Psychiatry*, 185, 95-96. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.185.2.95>

Wessely, S., Chalder, T., Hirsch, S., Wallace, P., & Wright, D. (1996). Psychological symptoms, somatic symptoms, and psychiatric disorder in chronic fatigue and

chronic fatigue syndrome: a prospective study in the primary care setting. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 1050-1059.

White, P. 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, 455-459.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.008>

Zautra, A. J., Fasman, R., Reich, J. W., Harakas, P., Johnson, L. M., Olmsted, M. E., & Davis, M. C. (2005). Fibromyalgia: Evidence for deficits in positive affect regulation. *Psychosomatic Medicine*, 67, 147-155.
<http://dx.doi.org/10.1097/01.psy.0000146328.52009.23>

Tabla 1

Diferencias de frecuencia en los estados asociados a la experiencia de fatiga entre grupo general y clínico.

Estados Asociados	%	% por grupos		Chi-Cuadrado
		Total	GG	
Apático	36.5	33.8	43.5	2.64
Decaído	52.9	50.2	58.7	1.88
Lento	33.4	32.9	34.8	0.10
Cansado	76.0	77.8	71.7	1.30
Ansioso	23.7	14.7	45.7	34.71 **
Mal cuerpo	33.8	37.8	23.9	5.61*
Soñoliento	36.3	35.6	38.0	0.17
Tenso	26.5	20.0	42.4	16.80**
Triste	34.7	26.2	55.4	24.59**
Indiferente	12.3	13.3	9.8	0.76
Aburrido	13.2	11.1	18.5	3.08

Nota: GG = grupo general; GC = grupo clínico

* $p < .05$, ** $p < .01$

Tabla 2

Medias y desviaciones tipo de la fatiga y las reacciones asociadas

	Total	Grupo General	Grupo Clínico
	<i>M (Dt)</i>	<i>M (Dt)</i>	<i>M (Dt)</i>
Fatiga			
Global	16.18 (7.07)	14.00 (15.22)	21.66 (8.09)
Física	9.05 (4.32)	8.02 (3.60)	11.63 (4.90)
Mental	7.13 (3.55)	5.97 (2.56)	10.03 (4.03)
Reacciones			
Irritabilidad	4.34 (2.92)	4.37 (2.91)	4.25 (2.95)
Torpeza	2.93 (2.76)	2.79 (2.66)	3.28 (3.00)
Soñolencia	4.99 (2.80)	5.05 (2.72)	4.82 (2.99)
Hambre	3.01 (2.77)	3.01 (2.70)	3.02 (2.95)
Excitación sexual	1.92 (2.38)	2.07 (2.45)	1.55 (2.17)
Total	16.75 (8.36)	16.85 (8.49)	16.52 (8.07)

Nota. M = Media; Dt = desviación tipo