



Universidad de Valladolid

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL:

**Depresión y Desesperanza en personas con
Encefalomiелitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica:
Factores de riesgo y de protección**

Presentada por Juan José JIMÉNEZ ORTIZ para optar al grado
de doctor por la Universidad de Valladolid

Dirigida por:
Dr. D. José M^a ROMÁN SÁNCHEZ
Dra. D^a. Valle FLORES LUCAS

Valladolid, Enero 2015

A mi familia: Laura y David.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a mis Directores, a José M^a por su impulso, constancia, dedicación y generosidad. Él ha sido el motor que ha hecho posible que este trabajo se realizara. A Valle, por su implicación y su inestimable ayuda en alumbrarme el camino.

A Itziar Fernández y Lorena Valdivieso, por su tan valiosa colaboración en el análisis estadístico y bibliográfico respectivamente.

A Jordina Mellado, por su causa se decidió este tema de estudio, además por su colaboración en la construcción de la entrevista de Datos Sociodemográficos y Clínicos y su mediación hizo posible que las personas que dirigen las Asociaciones de afectados de la EM/SFC, las más relevantes de todo el estado español, se interesaran por este trabajo y quisieran colaborar, animando a los enfermos a participar en el mismo.

A Paqui Gutierrez, Presidenta de ASQUIFYDE (Asociación de Afectados por los Síndromes de Sensibilidad Central, Química Múltiple, Fatiga Crónica y Fibromialgia y para la Defensa de la Salud Ambiental), que también colaboró en la construcción de la mencionada entrevista.

A Clara Valverde (Liga de SFC), ASSEM (Asociación de Sanitarios al Servicio de la Encefalomiélitis Miálgica) y a todas aquellas Asociaciones del Estado que difundieron el comunicado de petición de colaboración en la investigación (AFIBROSAL, AFIMOIC, AFIMES, ...).

A todos aquellos enfermos de EM/SFC que voluntariamente colaboraron respondiendo a las diferentes pruebas contenidas en el cuadernillo exploratorio, tanto a las que, finalmente, compusieron la muestra, como a las que se quedaron fuera, por su esfuerzo y dedicación en la cumplimentación de las mismas, sin ellas tampoco hubiera sido posible llevar a término este trabajo.

Y por último, a todas las personas enfermas de alguna patología perteneciente al Síndrome de Sensibilidad Central.

"...hace un mes que he perdido mi trabajo, apenas puedo andar unos kilómetros y si me esfuerzo, al día siguiente no puedo hacer nada... estoy diagnosticada por la Seguridad Social y por lo Privado, por médicos de Madrid y médicos de Barcelona. En la Seguridad Social me dijeron textualmente: -tienes SFC pero no sabemos como ayudarte, busca información en internet-, el tratamiento de ellos fue únicamente de antidepresivos que me empeoraron..."

(Carta de una paciente de EM/SFC)

1. *Se reconoce el derecho a la protección de la salud.*
 2. *Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*
 3. *Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.*
- (Artículo 43 de la Constitución Española)*

INDICE

Introducción.....	1
Primera parte: MARCO TEÓRICO	
ENCEFALOMIELITIS MIÁLGICA/SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA (EM/SFC).	5
1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL	5
1.1. Breve historia del síndrome.....	5
1.2. Modelos teóricos actuales explicativos de la EM/SFC.	8
2. DEFINICIÓN OPERATIVA DE LA EM/SFC.	13
3. MEDIOS DIAGNÓSTICOS DE LA EM/SFC.....	14
3.1. Entrevista.	14
3.2. Sintomatología neuroinmune post-esfuerzo.	15
3.3. Sintomatología por el deterioro neurológico.	16
3.4. Sintomatología por alteraciones inmunes, gastrointestinales y genitourinarias.....	17
3.5. Sintomatología por alteraciones de producción/transporte de energía.....	17
3.6. Pruebas diagnósticas.	18
4. TRATAMIENTOS.	18
4.1. Intervenciones farmacológicas.	19
4.2. Ejercicio Físico.	20
4.3. Tratamientos psicológicos.....	21
4.4. Otros tratamientos.	23
DEPRESIÓN y DESESPERANZA.....	25
1. DEPRESIÓN.....	25
1.1. Definición operativa de Depresión.	25
1.2. Definición de la Depresión desde el DSM-IV.....	26
1.3. Prevalencia de la Depresión.	29
1.4. Breve historia de la Depresión.	30
1.5. Modelos Teóricos de la Depresión.....	33
1.6. Instrumentos de evaluación y diagnóstico de la Depresión.	39
2-DESESPERANZA.	41
2.1. La Indefensión y la Teoría Atribucional.	42
2.2. La teoría de la Depresión por Desesperanza.	43
2.3. Instrumentos de evaluación y diagnóstico de desesperanza.	45
3. RIESGO DE SUICIDIO.....	46
3.1. Contextualización.	46
3.2. Prevalencia.	48
CONSTRUCTOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS CON LA ENCEFALOMIELITIS MIÁLGICA/SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA (EM/SFC)	49
1. VARIABLES MODULADORAS DE LA DEPRESIÓN Y LA DESESPERANZA EN PERSONAS CON EM/SFC.	49
2. VARIABLES MODULADORAS ASOCIADAS.	49
2.1. Esperanza.....	49
2.2. Sentido de Coherencia.....	51
2.3. Locus de Control.	52
2.4. Apoyo Social.	53
2.5. Afrontamiento.	55
2.6. Bienestar Psicológico.	57
2.7. Calidad de Vida.....	58

Segunda parte: ESTUDIO EMPÍRICO

MÉTODO	63
1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	63
1.1. Objetivos.....	63
1.2. Hipótesis.....	63
2. PARTICIPANTES.	64
3. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA.	65
3.1. Variables dependientes	65
3.1.1. Depresión.	65
3.1.2. Desesperanza.	65
3.1.3. Riesgo de Suicidio.	66
3.2. Variables independientes asignadas o moduladoras.	66
3.2.1 Esperanza.	66
3.2.2. Sentido de Coherencia.	67
3.2.3. Locus de Control.	67
3.2.4. Apoyo Social.	68
3.2.5. Afrontamiento.	68
3.2.6. Bienestar Psicológico.	69
3.2.7. Calidad de Vida.	69
4. PROCEDIMIENTO	70
RESULTADOS	73
1. ANÁLISIS DE LA ASOCIACIÓN ENTRE LAS VARIABLES PREDICTORAS Y LAS VARIABLES CRITERIO.	76
1.1. Asociación entre las puntuaciones de Depresión y las variables sociodemográficas y clínicas.	76
1.2. Asociación entre las puntuaciones de Desesperanza y las variables sociodemográficas y clínicas.	86
1.3. Asociación entre las puntuaciones de Riesgo de Suicidio y variables sociodemográficas y clínicas.	94
2. MODELO PREDICTIVO (ODDS RATIO).....	103
2.1. Modelo predictivo (Odds Ratio) entre Datos Sociodemográficos y Clínicos, Variables moduladoras y Depresión.	103
2.2. Modelo predictivo (Odds-Ratio) entre Datos (variables, circunstancias) Sociodemográficos y Clínicos, Variables moduladoras y Desesperanza.	155
2.3. Modelo predictivo (Odds-Ratio) entre Datos (variables, circunstancias) Sociodemográficos y Clínicos, Variables moduladoras y Riesgo de Suicidio.	186
3. RESÚMEN DE LOS RESULTADOS EN FUNCIÓN DE LAS HIPÓTESIS.	204
DISCUSIÓN	223
1. ENCEFALOMIELITIS MIÁLGICA/SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA.....	223
2. DEPRESIÓN.....	223
2.1. Incidencia.	223
2.2. Repercusión de los datos/circunstancias sociodemográficos y clínicos.	224
2.3. Influencia de las variables moduladoras.	226
3. DESESPERANZA.....	229
3.1. Incidencia.	229
3.2. Repercusión de los datos sociodemográficos y clínicos.	229
3.3. Influencia de las variables moduladoras.	230

4. RIESGO DE SUICIDIO.....	231
4.1. Incidencia.....	231
4.2. Repercusión de los datos sociodemográficos y clínicos.....	232
4.3. Influencia de las variables moduladoras.....	233
5. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS RESISTENTES A LA MODULACIÓN.....	234
6. CONCLUSIONES.....	235
6.1. Incidencia de depresión, desesperanza y riesgo de suicidio.....	236
6.2. Repercusión de datos, variables o circunstancias clínicas y sociodemográficas.....	236
6.3. Fuerza de las variables moduladoras para reducir efectos negativos.....	238
6.4. Modelo de probabilidad de depresión, desesperanza y riesgo de suicidio en personas con EM/SFC.....	239
6.5. Limitaciones de la investigación.....	240
6.6. Propuestas para investigaciones futuras.....	240
6.7. Aportaciones más relevantes de esta investigación.....	241
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 245
 ANEXOS	 269
CUADERNILLO DE RECOGIDA DE DATOS	271
1. Presentación.....	271
2. Datos Sociodemográficos y Clínicos.....	273
3. ED-Escala de Desesperanza.....	277
4. IDB-Inventario de Depresión de Beck.....	279
5. HSS-Escala de Esperanza.....	281
6. EBP-Escala de Bienestar Psicológico.....	283
7. LOC-Escala de Locus de Control.....	287
8. SS-A-R-Escala de Apoyo Social.....	289
9. WOC-RR-Escala de Afrontamiento.....	291
10. SOC-13-Escala de Sentido de Coherencia.....	293
11. SF-36-Escala de Calidad de Vida.....	295

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estado civil y nivel educativo de la muestra.....	64
Tabla 2. Coeficiente de correlación lineal de Pearson de “Edad”	76
Tabla 3. Contraste de igualdad de medias de Estado Civil en relación con la variable Depresión.	77
Tabla 4. Relación “Estado Civil” con Depresión.	77
Tabla 5. Contraste de igualdad de medias en la variable Nivel Educativo en relación con Depresión.....	77
Tabla 6. Relación Nivel Educativo con Depresión.	78
Tabla 7. Correlación “¿Tiempo transcurrido hasta obtener el diagnóstico?” y “¿Le estimaron tiempo de curación?” con Depresión.	78
Tabla 8. Contraste de igualdad de medias de variables cualitativas y relación con Depresión.	80
Tabla 9. Relación “¿Le explicaban cuál era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico o psiquiátrico?” con Depresión.	83
Tabla 10. Relación “¿Le ha sido de utilidad el tratamiento psicológico/ psiquiátrico?” con Depresión.....	83
Tabla 11. Relación “¿Se ha sentido manipulado, engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?” con Depresión.	84
Tabla 12. Relación “¿Qué resultado han tenido los tratamientos prescritos por la sanidad privada?” con Depresión.	84
Tabla 13. Relación “¿Con qué periodicidad le hacen el seguimiento médico?” con Depresión	85
Tabla 14. Relación “¿Utiliza algún tipo de soporte para la fatiga o el dolor: bastón, silla plegable, etc.?” con Depresión.	86
Tabla 15. Relación “¿Con qué intensidad mantiene las actividades lúdicas?” con Depresión.....	86
Tabla 16. Contraste de igualdad de medias de variables cualitativas y relación con Desesperanza (ED).....	87
Tabla 17. Relación “Cómo suele reaccionar normalmente el profesional de la salud cuando Vd. intenta darle información de esta enfermedad ?con desesperanza	89
Tabla 18. Relación “¿Le ha sido de utilidad el tratamiento psicológico/ psiquiátrico?” desesperanza.	90
Tabla 19. Relación “Manipulado/engañado derivación tratamiento psicológico/ psiquiátrico” y Desesperanza	91
Tabla 20. Relación ¿Qué resultado han tenido los tratamientos prescritos por la sanidad privada? con desesperanza.....	91
Tabla 21. Contraste de igualdad de medias en cuatro variables ordinales (i29-i54-i66-i95).	92
Tabla 22. Relación del ítem ¿Le han informado los médicos que las exposiciones a químicos cotidianos como colonias, ambientadores, productos de limpieza, etc. influyen en las enfermedades de Sensibilización Central, entre las que se encuentra la EM/SFC?con desesperanza.	93
Tabla 23. Relación “Grado de dependencia” con desesperanza (ED)	93
Tabla 24. Relación “¿Qué actividades lúdicas mantiene?” con desesperanza	94
Tabla 25. Contraste de igualdad de medianas en las variables cualitativas y relación con Riesgo de Suicidio.....	95
Tabla 26. Relación “¿Cómo suele reaccionar normalmente el profesional de la salud cuando Vd. intenta darle información de esta enfermedad?” con Riesgo de suicidio.	99
Tabla 27. Relación “¿Le ha sido útil el tratamiento psicológico/ psiquiátrico?” con Riesgo de suicidio.	100
Tabla 28. Relación “¿Se ha sentido manipulado, engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico? con Riesgo de Suicidio.....	100

Tabla 29. Contraste de igualdad de medianas en las variables “¿Con qué periodicidad le hacen el seguimiento médico?”, “¿Utiliza algún tipo de soporte para la fatiga o el dolor?” y “Qué actividades lúdicas mantiene?”	101
Tabla 30. Relación “¿Con qué periodicidad le hacen el seguimiento médico?” con Riesgo de suicidio.	102
Tabla 31. Relación “¿Utiliza algún tipo de soporte para la fatiga o el dolor?” con Riesgo de suicidio.	102
Tabla 32. Relación “Qué actividades lúdicas mantiene?” con Riesgo de suicidio”	103
Tabla 33. Odds Ratio entre “Edad”, Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R, global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión.	104
Tabla 34. Odds Ratio entre “Nivel educativo” y Depresión.....	104
Tabla 35. Odds Ratio entre “Nivel educativo”, variable moduladora Esperanza (EE) y Depresión.....	105
Tabla 36. Odds Ratio entre “Nivel Educativo”, variables Locus de Control (LOC)-Apoyo Social (SS- A-R) y Depresión.	106
Tabla 37. Odds Ratio entre “Nivel Educativo”, variables Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas), Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Depresión.....	106
Tabla 38. Odds Ratio entre “Residencia” y Depresión	106
Tabla 39. Odds Ratio entre “Residencia”, variables Esperanza (EE global y subescalas),Locus de Control (LOC) y Depresión.	107
Tabla 40. Odds Ratio entre “Residencia”, variables Bienestar Psicológico (EBP global), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Depresión.	107
Tabla 41. Odds Ratio entre “Residencia”, variables Bienestar Psicológico (EBP subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) y Depresión.	108
Tabla 42. Odds Ratio entre “¿Cuanto tiempo hace que obtuvo el diagnóstico?” y Depresión.	108
Tabla 43. Odds Ratio entre ““¿Cúanto tiempo hace que obtuvo el diagnóstico?”, variables Esperanza (EE global y subescalas) Bienestar Psicológico (EBP subescalas) Apoyo Social (SS-A-R-global) y Depresión.	109
Tabla 44. Odds Ratio entre “¿Cúanto tiempo hace que obtuvo el diagnóstico?”, variables Locus de Control (LOC) Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Depresión.....	109
Tabla 45. Odds Ratio entre “¿Cúanto tiempo hace que obtuvo el diagnóstico?”, variables Bienestar Psicológico (EBP global), Apoyo Social (subescalas), Afrontamiento (subescalas) Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas),y Depresión.....	110
Tabla 46. Odds Ratio entre “Especialistas visitados antes de diagnóstico”, Afrontamiento (WOC-RR-subescalas) y Depresión.....	110
Tabla 47. Odds Ratio entre “Especialistas realizó diagnóstico” y Depresión.....	111
Tabla 48. Odds Ratio entre “Especialistas realizó diagnóstico”, variables Esperanza (EE-global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP-subescalas) Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Depresión.	111
Tabla 49. Odds Ratio entre ¿Qué grado actual de EM/SFC padece?, variables Bienestar Psicológico (EBP global) Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión.....	112
Tabla 50. Odds Ratio entre “Además de padecer EM/SF ¿ le han diagnosticad otras enfermedades? variables Esperanza (EE-subescalas), Afrontamiento (WOC-RR-subescalas) y Depresión.	112
Tabla 51. Odds Ratio entre “Además de EM/SFC ¿qué otras enfermedades le han diagnosticado? variable Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Depresión.	113
Tabla 52. Odds Ratio entre ““¿Además de EM/SFC, qué otras enfermedades le han diagnosticado? “variable Calidad de Vida (SF-36) y Depresión.	113

Tabla 53. Odds Ratio entre “¿Además de EM/SFC, qué otras enfermedades le han diagnosticado?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global) Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión.	114
Tabla 54. Odds Ratio entre “Médicos informa que EM/SFC es enfermedad de Sensibilidad Central y pertenece a enfermedades neuroendocrinas” y Depresión.	114
Tabla 55. Odds Ratio entre “¿Le han informado los médicos de que la EM/SFC es una enfermedad de Sensibilización Centra y pertenece a enfermedades neuroendocrinas?” variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión.	115
Tabla 56. Odds Ratio entre “Se considera bien informado” y Depresión.	116
Tabla 57. Odds Ratio entre “Se considera bien informado”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión.	116
Tabla 58. Odds Ratio entre “¿Le hacen seguimiento médico de la EM/SFC?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC) y Depresión.	117
Tabla 59. Odds Ratio entre “Le hacen seguimiento médico de la EM/SFC?”, variable Esperanza (EE global y subescalas) y Depresión.	117
Tabla 60. Odds Ratio entre “Periodicidad de seguimiento médico”, variable LOC y Depresión.	118
Tabla 61. Odds Ratio entre “¿La periodicidad del seguimiento la realiza en la sanidad pública o privada? variables Esperanza (EE global y subescalas) y Bienestar Psicológico (EBP global) y Depresión.	118
Tabla 62. Odds Ratio entre “¿Le han informado los médicos de que las exposiciones a químicos cotidianos, colonias, productos de limpieza, etc. influyen en las enfermedades de Sensibilización Central entre las que se encuentra la EM/SFC?”, variable Esperanza (EE global) y Depresión.	119
Tabla 63. Odds Ratio entre “¿Tiene sensibilidad o intolerancia a algunos agentes químicos?”, variable Bienestar Psicológico (EBP global) y Depresión.	119
Tabla 64. Odds Ratio entre “¿Ha observado si la exposición medioambiental a sustancias químicas le repercuten en la EM/SCF de forma negativa?” y Depresión.	120
Tabla 65. Odds Ratio entre “¿Ha observado si la exposición medioambiental a sustancias químicas le repercuten en la EM/SCF de forma negativa?”, variables Esperanza (EE subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión.	120
Tabla 66. Odds Ratio entre “¿Utiliza algún tipo de soporte para la fatiga o el dolor?” y Depresión.	121
Tabla 67. Odds Ratio entre “¿Utiliza algún tipo de soporte para la fatiga o el dolor?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión.	121
Tabla 68. Odds Ratio entre “Cuando visita a un profesional de la salud ¿tienen en cuenta los efecto de los agentes químicos?” Depresión.	122
Tabla 69. Odds Ratio entre “Cuando visita a un profesional de la salud ¿tienen en cuenta los efecto de los agentes químicos?” variables (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global), Apoyo Social (SS-A-R subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión.	122
Tabla 70. Odds Ratio entre “¿Tiene familia a su cargo?”, variables Esperanza (EE global y subescalas) y Depresión.	123
Tabla 71. Odds Ratio entre “Situación laboral actual: baja por enfermedad” y Depresión.	123
Tabla 72. Odds Ratio entre “Situación laboral actual: baja por enfermedad”, variables Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas),	

Afrontamiento (WOC-RR subescalas), y Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) y Depresión.....	124
Tabla 73. Odds Ratio entre “En caso de que lo necesite ¿le han adaptado el puesto de trabajo a la patología que padece?”, variables Bienestar Psicológico (EBP subescalas), Locus de Control (LOC) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Depresión	124
Tabla 74. Odds Ratio entre “Si resultó fácil conseguir adaptación del puesto de trabajo”, variable Locus de Control (LOC) y Depresión.....	125
Tabla 75. Odds Ratio entre “¿Ha tenido que recurrir a los tribunales para poder acceder a los derechos que le corresponde?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión.....	126
Tabla 76. Odds Ratio entre “Número de veces que ha recurrido a los tribunales”, variable Bienestar Psicológico (EBP global) y Depresión	126
Tabla 77. Odds Ratio entre “Número de veces que ha recurrido a los tribunales”, variable Bienestar Psicológico (EBP subescalas) y Depresión.....	127
Tabla 78. Odds Ratio entre “¿Le ha supuesto un gasto añadido recurrir a los tribunales para el reconocimiento de sus derechos?”, variable Bienestar Psicológico (EBP global) y Depresión ...	127
Tabla 79. Odds Ratio entre “Considera que se encuentra actualmente en una situación justa desde el punto de vista de sus derechos sociales y laborales?” EE global y subescalas, EBP global y subescalas, LOC, SS-A-R global y subescalas, WOC-RR subescalas, SOC-13 global y subescalas y SF-36 subescala) y Depresión.....	128
Tabla 80. Odds Ratio entre “¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de familiares?” y Depresión.....	129
Tabla 81. Odds Ratio entre “¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de familiares?”, variables Esperanza (EE global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-R subescalas) y Depresión.....	129
Tabla 82. Odds Ratio entre “¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de amistades?” y Depresión	130
Tabla 83. Odds Ratio entre “¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de amistades?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-R subescalas) y Depresión.....	130
Tabla 84. Odds Ratio entre ¿La enfermedad le ha supuesto pérdida o reducción de trabajo? y Depresión.....	131
Tabla 85. Odds Ratio entre ¿La enfermedad le ha supuesto pérdida o reducción de trabajo?, variables Esperanza (EE global y subescalas), y Locus de Control (LOC) y Depresión	131
Tabla 86. Odds Ratio entre ¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o reducción de ingresos?, variables Esperanza (EE global y subescalas) y Locus de Control (LOC) y Depresión	131
Tabla 87. Odds Ratio entre ¿Mantiene algunas actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad?” y Depresión.....	132
Tabla 88. Odds Ratio entre ¿Mantiene algunas actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) y Depresión.....	132
Tabla 89. Odds Ratio entre “¿Qué clase de actividades mantiene?” y Depresión.....	134
Tabla 90. Odds Ratio entre “¿Qué clase de actividades mantiene? “, Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas) Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Depresión.....	134

Tabla 91. Odds Ratio entre “¿El trato recibido por los profesionales de la salud del ICAM o del INSS le ha hecho sentirse mal o culpable por padecer EM/SFC?”, variables Esperanza (EE global y subescalas) y Locus de Control (LOC) y Depresión.....	136
Tabla 92. Odds Ratio entre ¿Se ha sentido menospreciado, ridiculizado en alguna ocasión cuando ha tenido que acudir a algún centro sanitario en solicitud de atención médica?” y Depresión.....	136
Tabla 93. Odds Ratio entre “¿Se ha sentido menospreciado, ridiculizado en alguna ocasión cuando ha tenido que acudir a algún centro sanitario en solicitud de atención médica?”, Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión.....	137
Tabla 94. Odds Ratio entre “Cuando acude a un profesional de la salud que, de forma evidente, desconoce la patología que Vd. padece ¿intenta informarle o llevarle documentación informativa?”, variable Afrontamiento (WOC –RR subescalas) y Depresión.....	138
Tabla 95. Odds Ratio entre “¿Cómo suele reaccionar el profesional de la salud cuando intenta informarle sobre la EM/SFC?” y Depresión	138
Tabla 96. Odds Ratio entre “¿Cómo suele reaccionar el profesional de la salud cuando intenta informarle sobre la EM/SFC?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión.....	139
Tabla 97. Odds Ratio entre “¿En alguna ocasión se ha sentido menospreciado en su ámbito socio-laboral por padecer esta enfermedad?” y Depresión.....	140
Tabla 98. Odds Ratio entre “¿En alguna ocasión se ha sentido menospreciado en su ámbito socio-laboral por padecer esta enfermedad?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión.....	140
Tabla 99. Odds Ratio entre “En alguna ocasión le han derivado o aconsejado tratamiento psicológico o psiquiátrico por padecer EM/SFC?” y Depresión.....	141
Tabla 100. Odds Ratio entre “En alguna ocasión le han derivado o aconsejado tratamiento psicológico o psiquiátrico?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Depresión.....	141
Tabla 101. Tabla de contingencia “¿Le explicaban cuál era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico o psiquiátrico?” y Depresión.....	142
Tabla 102. Odds Ratio entre “¿Le explicaban cuál era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico o psiquiátrico?” y Depresión.....	143
Tabla 103. Odds Ratio entre “¿Le explicaban cuál era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico o psiquiátrico?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Depresión.....	143
Tabla 104. Odds Ratio entre “¿Le explicaban cuál era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico o psiquiátrico?”, variable Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) y Depresión.....	144
Tabla 105. Odds Ratio entre “¿Consideraba necesario la derivación a tratamiento psicológico/psiquiátrico para tratar la EM/SFC?”, variable Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas) y Depresión.....	145
Tabla 106. Tabla de contingencia entre “¿Le ha sido útil el tratamiento psicológico/psiquiátrico?” y Depresión.....	145
Tabla 107. Odds Ratio entre “¿Le ha sido útil el tratamiento psicológico/ psiquiátrico?” y Depresión.....	146
Tabla 108. Odds Ratio entre “¿Le ha sido útil el tratamiento psicológico/ psiquiátrico?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas),	

Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Depresión	146
Tabla 109. Tabla de contingencia entre “¿Se ha sentido manipulado/engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?” y Depresión	147
Tabla 110. Odds Ratio entre “¿Se ha sentido manipulado/engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?” y Depresión.....	147
Tabla 111. Odds Ratio entre “¿Se ha sentido manipulado/engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?”, las variables Esperanza (EE global y subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Depresión ...	148
Tabla 112. Odds Ratio entre “¿Durante el tratamiento psicológico/psiquiátrico le han calificado de alguna manera negativa?” y Depresión	149
Tabla 113. Odds Ratio entre “¿Durante el tratamiento psicológico/psiquiátrico le han calificado de alguna manera negativa?”, variables Esperanza (EE global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión	149
Tabla 114. Odds Ratio entre ¿Le han recetado medicación que ha empeorado su estado de salud o que no ha tolerado? variable Locus de Control (LOC) y Depresión.....	150
Tabla 115. Odds Ratio entre “¿Qué resultado ha obtenido con los tratamientos prescritos por la Sanidad Privada?” y Depresión	150
Tabla 116. Odds Ratio entre “¿Qué resultado ha obtenido con los tratamientos prescritos por la Sanidad Privada?” variables Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión.....	151
Tabla 117. Odds Ratio entre “En caso de que crea que hay tratamientos que le podrían ayudar, ¿cuál es el motivo por el que no accede a ellos? “variable Calidad de Vida (SF-36 subescalas), y Depresión.....	151
Tabla 118. Odds Ratio entre “El hecho de padecer esta patología ¿merma la capacidad económica de la unidad familiar? y Depresión	152
Tabla 119. Odds Ratio entre “El hecho de padecer esta patología ¿merma la capacidad económica de la unidad familiar?, variables Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión	152
Tabla 120. Odds Ratio “¿Necesita recurrir en ocasiones a la familia para hacer frente a sus necesidades cotidianas?” y Depresión	153
Tabla 121. Odds Ratio entre “¿Necesita recurrir en ocasiones a la familia para hacer frente a sus necesidades cotidianas?”, variables Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión	153
Tabla 122. Odds Ratio entre “¿Su círculo social respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad que padece?” y Depresión.....	154
Tabla 123. Odds Ratio entre “¿Su círculo social respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad que padece?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión	154
Tabla 124. Odds Ratio entre “¿Cómo calificaría su relación con el vecindario?”, variables Locus de Control (LOC) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión	155
Tabla 125. Odds Ratio entre “¿Qué especialista le realizó el diagnóstico?” y Desesperanza	155
Tabla 126. Odds Ratio entre “¿Qué especialista le realizó el diagnóstico?”, las variables Esperanza (EE-global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP-global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Desesperanza.....	156
Tabla 127. Odds Ratio entre “Qué otras patologías le han diagnosticado además de la EM/SFC?”, variable Apoyo Social (SS-A-R subescalas) y Desesperanza	157

Tabla 128. Odds Ratio entre “¿Tiene sensibilidad o intolerancia a algunos agentes químicos?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global) Locus de Control (LOC) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Desesperanza	157
Tabla 129. Odds Ratio entre “¿Utiliza mascarilla para el contacto con el exterior?”, Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Desesperanza	158
Tabla 130. Odds Ratio entre “¿Utiliza algún tipo de soporte para la fatiga o el dolor?” y Desesperanza.....	159
Tabla 131. Odds Ratio entre “¿Utiliza algún tipo de soporte para la fatiga o el dolor?”, variables Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Desesperanza.....	159
Tabla 132. Odds Ratio entre “¿Su situación laboral es la de jubilación/otras ayudas sociales?” y Desesperanza.....	159
Tabla 133. Odds Ratio entre “¿Su situación laboral es la de jubilación/otras ayudas sociales?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Desesperanza.....	160
Tabla 134. Odds Ratio entre “¿Se le ha reconocido alguna minusvalía?” y Desesperanza	161
Tabla 135. Odds Ratio entre "Considera justo el porcentaje de minusvalía reconocido", variable Locus de Control (LOC) y Desesperanza	161
Tabla 136. Odds Ratio entre “¿Qué grado de dependencia se le ha reconocido?”, variable Apoyo Social (SS-A-R global) y Desesperanza	162
Tabla 137. Odds Ratio entre “¿Considera que se encuentra actualmente en una situación justa desde el punto de vista del reconocimiento de sus derechos sociales y laborales? “y Desesperanza.....	162
Tabla 138. Odds Ratio entre “¿Considera que se encuentra actualmente en una situación justa desde el punto de vista del reconocimiento de sus derechos sociales y laborales?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Desesperanza	163
Tabla 139. Odds Ratio entre “¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de familiares?” y Desesperanza	163
Tabla 140. Odds Ratio entre “¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de familiares?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global) y Afrontamiento (WOC-R subescalas) y Desesperanza.....	164
Tabla 141. Odds Ratio entre “¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de amistades?” y Desesperanza	164
Tabla 142. Odds Ratio entre “¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de amistades?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-R subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Desesperanza	165
Tabla 143. Odds Ratio entre “¿La enfermedad le ha supuesto pérdida o reducción de trabajo?” y Desesperanza.....	166
Tabla 144. Odds Ratio entre “¿La enfermedad le ha supuesto pérdida o reducción de trabajo?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Locus de Control (LOC) y Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Desesperanza.....	166
Tabla 145. Odds Ratio entre “¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o reducción de ingresos?” variable Locus de Control (LOC) y Desesperanza	167
Tabla 146. Odds Ratio entre “¿Mantiene algunas de las actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad?” y Desesperanza.....	167

Tabla 147. Odds Ratio entre “¿Mantiene algunas de las actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad?”, las variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas), y Desesperanza.....	168
Tabla 148. Odds Ratio entre “¿Qué actividades lúdicas mantiene? y Desesperanza.....	169
Tabla 149. Odds Ratio entre “¿Qué actividades lúdicas mantiene?”, variables Esperanza (EE global), Locus de Control (LOC) y Sentido de Coherencia (SOC-13 global) y Desesperanza.....	169
Tabla 150. Odds Ratio entre “¿Qué actividades lúdicas mantiene?”, variables Bienestar Psicológico (EBP global) Sentido de Coherencia (SOC13 subescalas) Calidad de Vidas (SF-36 subescalas) y Desesperanza.....	170
Tabla 151. Odds Ratio entre “¿El personal médico ha trivializado su enfermedad?” variable Esperanza (EE global y subescalas) y Desesperanza	171
Tabla 152. Odds Ratio entre “¿Se ha sentido menospreciado, ridiculizado en alguna ocasión cuando ha tenido que acudir a algún centro sanitario en solicitud de atención médica?” y Desesperanza.....	171
Tabla 153. Odds Ratio entre “¿Se ha sentido menospreciado, ridiculizado en alguna ocasión cuando ha tenido que acudir a algún centro sanitario en solicitud de atención médica?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas), Calidad de Vida (SF-36 subescalas), y Desesperanza.....	172
Tabla 154. OddRatio entre “¿Cómo suele reaccionar el profesional de la salud cuando intenta informarle sobre la EM/SFC?” y Desesperanza	173
Tabla 155. Odds Ratio entre “¿Cómo suele reaccionar el profesional de la salud cuando intenta informarle sobre la EM/SFC?”, las variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Desesperanza	173
Tabla 156. Odds Ratio entre “¿En alguna ocasión se ha sentido menospreciado en su ámbito sociolaboral por padecer la EM/SFC?” y Desesperanza	174
Tabla 157. Odds Ratio entre “¿En alguna ocasión se ha sentido menospreciado en su ámbito sociolaboral por padecer la EM/SFC?”, variable Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Desesperanza.....	174
Tabla 158. “¿En alguna ocasión le han derivado o aconsejado tratamiento psicológico o psiquiátrico por padecer EM/SFC?” y Desesperanza	175
Tabla 159. Odds Ratio entre “¿En alguna ocasión le han derivado o aconsejado tratamiento psicológico o psiquiátrico por padecer EM/SFC?”, variables Bienestar Psicológico (EBP global), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Desesperanza	175
Tabla 160. Tabla de contingencias entre “Le explicaban cuál era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico? y Desesperanza.....	176
Tabla 161. Odds Ratio entre “Le explicaban cuál era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico? y Desesperanza	176
Tabla 162. Odds Ratio entre “¿Le explicaban cuál era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?, Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Desesperanza.....	177
Tabla 163. Odds Ratio entre “¿Le explicaban cuál era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?”, variable Apoyo Social (SS-A-R global) y Desesperanza.....	177

Tabla 164. Odds Ratio entre “¿Le explicaban cuál era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?”, variable Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Desesperanza.....	178
Tabla 165. Odds Ratio entre “¿Consideraba necesaria la derivación a tratamiento psicológico/psiquiátrico para tratar la EM/SFC?”, variables Esperanza (EE global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Desesperanza	178
Tabla 166. Tabla de contingencias entre “¿Le ha sido de utilidad el tratamiento psicológico/ psiquiátrico para tratar la EM/SFC?” y Desesperanza.....	179
Tabla 167. Odds Ratio entre “¿Le ha sido de utilidad el tratamiento psicológico/ psiquiátrico para tratar la EM/SFC?” y Desesperanza.....	179
Tabla 168. Odds Ratio entre “¿Le ha sido de utilidad el tratamiento psicológico/psiquiátrico para tratar la EM/SFC?” variables Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas, Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Sentido de Coherencia (SOC-13 subescalas), y Desesperanza.....	179
Tabla 169. Tabla de contingencias entre “¿Se ha sentido manipulado/engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?” y Desesperanza.....	180
Tabla 170. Odds Ratio entre “¿Se ha sentido manipulado/engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?” y Desesperanza	181
Tabla 171. Odds Ratio entre “¿Se ha sentido manipulado/engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?” variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) y Desesperanza	181
Tabla 172. Odds Ratio entre “¿Durante el tratamiento psicológico/psiquiátrico le han calificado de alguna manera negativa?”, variable Esperanza (EE global) y Desesperanza	182
Tabla 173. Odds Ratio entre “En caso de que crea que hay tratamientos que le podrían ayudar, ¿cuál es el motivo por el que no accede a ellos?”, variable Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Desesperanza.....	183
Tabla 174. Odds Ratio entre “Las relaciones íntimas con su pareja ¿se han visto afectadas por padecer EM/SFC?” y Desesperanza	183
Tabla 175. Odds Ratio entre “Las relaciones íntimas con su pareja ¿se han visto afectadas por padecer EM/SFC?”, variable Locus de Control (LOC) y Desesperanza	184
Tabla 176. Odds Ratio entre “¿Padecer estas patologías merma la capacidad económica de la unidad familiar?” y Desesperanza	184
Tabla 177. Odds Ratio entre “¿Padecer estas patologías merma la capacidad económica de la unidad familiar?”, variables Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Desesperanza	184
Tabla 178. Odds Ratio entre “¿Necesita recurrir en ocasiones a la familia para hacer frente a sus necesidades cotidianas? y Desesperanza.....	185
Tabla 179. Odds Ratio entre “¿Necesita recurrir en ocasiones a la familia para hacer frente a sus necesidades cotidianas?” variables Bienestar Psicológico (EBP global), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Desesperanza.....	185
Tabla 180. Odds Ratio entre “¿Cree que la condición de ser mujer influye de forma negativa en la respuesta sanitaria, política y social global frente al padecimiento de estas enfermedades?”, variable Bienestar Psicológico (EBP subescalas) y Desesperanza.....	186
Tabla 181. Odds Ratio entre “Edad”, variable Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Riesgo Suicidio.....	186
Tabla 182. Odds Ratio entre “Residencia”, variables (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Riesgo Suicidio	187

Tabla 183. Odds Ratio entre “¿Le han informado los médicos que la EM/SFC que padece es una enfermedad de Sensibilización Central y que pertenece al grupo de enfermedades neuroendocrinas?” y Riesgo Suicidio.....	188
Tabla 184. Odds Ratio entre “¿Le han informado los médicos que la EM/SFC que padece es una enfermedad de Sensibilización Central y que pertenece al grupo de enfermedades neuroendocrinas?”, variables Esperanza (EE global y subescalas) y Locus de Control (LOC) y Riesgo Suicidio	188
Tabla 185. Odds Ratio entre “¿Qué otras vías de información ha utilizado para saber lo que considera necesario acerca de la EM/SFC?”, variable Bienestar Psicológico (EBP subescalas) y Riesgo Suicidio	189
Tabla 186. Odds Ratio entre “¿Le hacen seguimiento médico de la EM/SFC?”, todas las variables y Riesgo Suicidio.....	189
Tabla 187. Odds Ratio entre “¿Con qué periodicidad le realizan seguimiento médico de la EM/SFC?” y Riesgo Suicidio.....	190
Tabla 188. Odds Ratio entre “¿Con qué periodicidad le realizan seguimiento médico de la EM/SFC?”, Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas) y Apoyo Social (SS-A-R global) y Riesgo Suicidio.....	191
Tabla 189. Odds Ratio entre “¿Tiene sensibilidad a las ondas eléctricas o electromagnéticas?”, variable Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Riesgo Suicidio	191
Tabla 190. Odds Ratio entre “¿Realizar control ambiental le supone un gasto económico superior al que tenía antes de enfermar?”, variable Apoyo Social (SS-A-R subescalas) y Riesgo Suicidio	192
Tabla 191. Odds Ratio entre “¿Su situación laboral actual es en paro?” y Riesgo Suicidio.....	192
Tabla 192. Odds Ratio entre “¿Su situación laboral actual es en paro?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Locus de Control (LOC) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Riesgo Suicidio	193
Tabla 193. Odds Ratio entre “¿Su situación laboral actual es cobrando ayuda familiar?” y Riesgo Suicidio.....	193
Tabla 194. Odds Ratio entre “¿Su situación laboral actual es cobrando ayuda familiar?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 global) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Riesgo Suicidio	194
Tabla 195. Odds Ratio entre “¿Se le ha reconocido alguna minusvalía?” y Riesgo Suicidio	194
Tabla 196. Odds Ratio entre “¿Se le ha reconocido alguna minusvalía?”, variables Apoyo Social (SS-A-R global) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Riesgo Suicidio.....	195
Tabla 197. Odds Ratio entre “¿Qué porcentaje de minusvalía se le ha concedido?”, variable Apoyo Social (SS-A-R global) y Riesgo Suicidio.....	195
Tabla 198. Odds Ratio entre “¿Se le ha reconocido algún grado de dependencia?” y Riesgo Suicidio.....	195
Tabla 199. Odds Ratio entre “¿Se le ha reconocido algún grado de dependencia?”, variable Locus de Control (LOC) y Riesgo Suicidio.....	196
Tabla 200. Odds Ratio entre “¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de familiares?” y Riesgo Suicidio.....	196
Tabla 201 Odds Ratio entre “¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de familiares?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global), Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Riesgo Suicidio	197
Tabla 202. Odds Ratio entre “¿Mantiene algunas de las actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad?” y Riesgo Suicidio	197

Tabla 203. Odds Ratio entre “¿Mantiene algunas de las actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad?”, variables (EE global y subescalas, EBP global y subescalas, LOC, SS-A-R global y subescalas y WOC-RR subescalas) y Riesgo Suicidio.....	198
Tabla 204. Odds Ratio entre “¿Qué actividades lúdicas mantiene?” y Riesgo Suicidio	199
Tabla 205. Odds Ratio entre “¿Qué actividades lúdicas mantiene?” variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Riesgo Suicidio	199
Tabla 206. Odds Ratio entre “¿Cómo suele reaccionar el profesional de la salud cuando Vd. intenta informarle sobre la EM/SFC?” y Riesgo Suicidio	200
Tabla 207. Odds Ratio entre “¿Cómo suele reaccionar el profesional de la salud cuando Vd. intenta informarle sobre la EM/SFC?” variable Apoyo Social (SS-A-R subescalas) y Riesgo Suicidio.....	200
Tabla 208. Odds Ratio entre “¿En alguna ocasión se ha sentido menospreciado en su ámbito socio-laboral por padecer la EM/SFC?” y Riesgo Suicidio	200
Tabla 209. Odds Ratio entre “¿Qué resultado ha obtenido con los tratamientos prescritos por la Sanidad Privada?” y Riesgo Suicidio	201
Tabla 210. Odds Ratio entre “¿Qué resultado ha obtenido con los tratamientos prescritos por la Sanidad Privada?” variables Esperanza (EE global) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Riesgo Suicidio	201
Tabla 211. Odds Ratio entre “¿Su familia respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad de EM/SFC?” y Riesgo Suicidio	202
Tabla 212. Odds Ratio entre “¿Su familia respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad de EM/SFC?”, todas las variables y Riesgo Suicidio	202
Tabla 213. Odds Ratio entre “En el caso de que además de tener EM/SFC, padezca de Sensibilidad Química Múltiple (SQM) o Electrosensibilidad (EHS) ¿su familia colabora en el control ambiental?” variable Bienestar Psicológico (EBP subescalas) y Riesgo Suicidio.....	203
Tabla 214. Odds Ratio entre “Su círculo social respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad EM/SFC que padece?” y Riesgo Suicidio.....	203
Tabla 215. Odds Ratio entre “Su círculo social respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad EM/SFC que padece?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Locus de Control (LOC) y Apoyo Social (SS-A-R global) y Riesgo Suicidio.....	204

INTRODUCCIÓN

La Encefalomiелitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica (EM/SFC) es una enfermedad orgánica perteneciente al Síndrome de Sensibilidad Central.

Muchas son las dificultades e impedimentos de todo tipo que están frenando la realización de investigaciones que se proponga la búsqueda de biomarcadores con los cuales establecer con exactitud esta enfermedad, de esta forma conseguir tratamientos eficaces para su remisión y lograr que tantos seres humanos dejen de padecer una de las enfermedades crónicas de mayor padecimiento, incapacitante e intrusiva en la vida de estos enfermos.

Existen experiencias que reflejan una voluntad contraria a facilitar tanto su reconocimiento como una continuidad en la investigación de la misma. Sirva como demostración un par de ejemplos: en primer lugar, aquellas derivaciones a tratamientos psicológicos para que estas personas aprendan a “pensar en positivo” (de esta forma además de “quitarlos de en medio”, se les hace sentir culpables de sus dolencias), un segundo ejemplo, que corrobora lo anterior, fue el estudio de Goudsmit y Stouten (2004), en relación a la indagación sobre los artículos publicados por la British Medical Journal, en el periodo comprendido entre los años 1995-2000, comprobándose la inexistencia de estudios que hicieran referencia a términos inmunológicos y víricos de la EM/SFC, únicamente admitiendo aquellos que se situaban en vertientes psiquiátricas.

Pues bien, como al comienzo mencionábamos, a pesar de todas las “piedras” que se continúan poniendo en cualquiera de las áreas necesarias e importantes para estas personas, nunca se rendirán.

Sirva como muestra de lo arriba apuntado el estudio realizado por el equipo de IrsiCaixa (publicado en “La Vanguardia”, 2014) dirigido por el Dr. Juliá Blanco, el cual necesitaba poder continuar la investigación iniciada en la que hallaron significativas alteraciones en dos biomarcadores, *NKCD57* y *NKp46*, las cuales, como el Dr. Blanco afirmaba, están asociadas a la sintomatología severa que padecen estos enfermos. Gracias al soporte económico sustentado por afectados de la enfermedad e impulsados por ASSSEM (Asociación de Sanitarios al Servicio de la Encefalomiелitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica), este equipo podrá seguir dicha investigación.

Con nuestro estudio también se pretende ayudar a situar esta enfermedad donde le corresponde, a la vez con los resultados obtenidos en esta investigación hacer viable una mejor adaptación a las adversidades y contrariedades que esta enfermedad presenta a las personas que la padecen, reduciendo tanto el impacto

de las mismas, como el efecto en la probabilidad de tener Depresión, Desesperanza y/o Riesgo de Suicidio.

Bastantes son las investigaciones, como se irá mostrando en este trabajo, que reflejan el grado tan alto de intrusión de esta enfermedad, en cada una de las áreas más significativas de la vida de las personas que la padecen. Por ese motivo, con una amplia y completa entrevista de Datos Sociodemográficos y Clínicos, se ha querido confirmar y evidenciar el nivel de afectación de las mismas.

A partir de aquí, se ha querido comprobar la asociación que podían tener cada uno de estos Datos en la probabilidad de que estas personas pudieran sufrir estados de Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio, así como si los porcentajes de incidencia eran tan altos como se habían hallado en algunos estudios con respecto a la Depresión, y con nuestro estudio poder concretizar, además, la incidencia en la Desesperanza y Riesgo de Suicidio, lo que por ahora, ningún trabajo de investigación había realizado.

Además se ha podido constatar la fuerza para reducir los efectos de los citados Datos que tenían las Variables Moduladoras seleccionadas, las cuales se consideran que eran las más adecuadas para ese fin. Esto nos evidenciaría por una parte, si todas o algunas de las estas Variables Moduladoras, disponían de la suficiente fuerza de reducción, y además qué Datos, por su nivel de relevancia, eran tan resistentes que no pudieran ser anulados.

En fin, nuestro objetivo, ha sido el poder aportar algunos elementos los cuales puedan servir para minimizar los efectos psicológicos producidos por las consecuencias nocivas del deterioro humano tan profundo que ocasiona esta enfermedad en las personas que la padecen.

PRIMERA PARTE:
MARCO TEÓRICO

ENCEFALOMIELITIS MIÁLGICA/SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA (EM/SFC).

1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

La Encefalomiелitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica (EM/SFC) es una de las enfermedades que pertenece al Síndrome de Sensibilidad Central (SSC) y que según Yunus (1994), dicho síndrome lo integran además las siguientes patologías: Fibromialgia , Síndrome de Sensibilidad Química Múltiple, Dolor de cabeza tensional, Síndrome Intestino Irritable, Trastorno de Estrés Postraumático, Síndrome de Dolor Miofascial, Síndrome Uretral Femenino, Síndrome de Piernas Inquietas, Cistitis Intersticial, Dolor articulación Temporomandibular.

Aunque la etiología del SSC es, aún, desconocida, sin embargo existe una concordancia en las investigaciones realizadas que atribuyen el inicio de dicho síndrome a una significativa alteración del Sistema Nervioso Central que va a repercutir en los sistemas inmunológico y endocrino, produciendo una sintomatología común a las enfermedades pertenecientes a este SSC (problemas digestivos, fatiga post-esfuerzo que no se libera después del descanso, sueño no reparador, procesos inflamatorios, infecciones, disturbios cognitivos en relación a la atención, concentración y memoria), lo que explica, además, la alta comorbilidad existente entre todas las enfermedades componentes de este síndrome y que en la muestra de esta investigación se ha comprobado.

Anbu y Cleary (2009), subrayan la polémica existente, en la actualidad, en torno a los aspectos relacionados con la terminología, definición, etiología y tratamiento de la EM/SFC.

Sin embargo Valverde, Marquez y Visiers (2009, p. 21) basándose en diferentes autores, construyen la siguiente definición de la EM/SFC: *"... es una enfermedad neuro-endocrina-inmunológica (Klimas y O'Brien, 2007), que causa una gran fatiga física y mental que no se alivia con descanso y que produce entre otros síntomas, faringitis o amigdalitis, nódulos linfáticos sensibles, mialgias, artralgias, cefaleas, alteración del sueño y malestar que persiste más de veinticuatro horas después de un esfuerzo (Fukuda, Straus y Hickiel, 1994)".*

1.1. Breve historia del síndrome

La búsqueda de una etiología e identidad de la EM/SFC ha sido una constante en el transcurso histórico siempre que la persona enferma presentaba un cuadro que se caracterizaba principalmente por un cansancio y una fatiga constante.

Los citados síntomas van a ser reseñados por primera vez por Richard Mannigham en el s. XVIII y en el s. XIX, en cambio como precursor pero en descripciones psicológicas se considera a Miller Beard que fue el que introdujo la denominación de “neurastenia” (Fernández Solá, 2003; García, Cuscó y Poca, 2006). Todavía, en la actualidad, estudios como los de Harvey, Wadsworth, Wessley y Hotopf (2008), siguen persistiendo en la línea de buscar alguna etiología de la EM/SFC en los desórdenes de tipo psiquiátrico.

En el sentido anteriormente expresado, llama la atención el estudio realizado por Goudsmit y Stouten (2004), los cuales realizaron una búsqueda de los artículos publicados por la British Medical Journal entre los años 1995 y 2000. Por los resultados obtenidos, pudieron comprobar una ausencia de documentos que trataran los aspectos inmunológicos o víricos de la EM/SFC, quedando patente la política editorial de dicha revista, en el sentido de filtrar los estudios que trataban la EM/SFC desde una posición psiquiátrica, ignorando los que no iban en esa línea. Ninguno de estos trabajos utilizó los criterios diagnósticos internacionales aceptados para definir esta enfermedad.

En la década de los treinta del pasado s. XX aparecieron enfermedades con sintomatología similar a la EM/SFC como el denominado síndrome d’Acosta y otras que se iban nombrado según el lugar donde se presentaban. En esta década, en 1938, Alexander Guilliam describió una patología similar a la poliomielitis que cursaba con sintomatología similar a la que se viene citando (Guilliam, 1938).

En un hospital anglosajón, Royal Free, en 1955 surge una enfermedad a la que se denominó “encefalomielitis miálgica benigna” (Ramsay, 1986).

Fue bastante generalizado durante las décadas 60 y 70 del s. XX que a las personas que presentaban cuadros de fatiga y cansancio no explicable, se le asignase un origen de tipo psiquiátrico (McEvedy y Beard, 1970).

En Estados Unidos, los denominados “Criterios de Holmes”, en 1987, fue donde se asignó el nombre de “Síndrome de Fatiga Crónica”, que tenían en cuenta una base postviral pero descartaron los déficits neurocognitivos, años más tarde, en 1990, en los Criterios de Oxford, un equipo de psiquiatras ingleses siguen una línea continuista a la anterior fijando la configuración de la enfermedad desde el punto de vista psiquiátrico. Más tarde, en 1994 en los “Criterios de Londres” se le va a dar un justo giro, pues se va a pasar a nombrar a la enfermedad como “Encefalomielitis Miálgica” y se va a tener en cuenta los citados déficits neurocognitivos, pero en este mismo año, Fukuda al revisar los “Criterios de Holmes” mantiene la denominación de “Síndrome de Fatiga Crónica”, aunque teniendo en cuenta los reseñados déficits neurocognitivos (García et al., 2006).

En el 2003, Carruthers, Jain, Meirleir, Peterson... y Van de Sande, fijan los Criterios Canadienses de Consenso donde la enfermedad adquiere la denominación de EM/SFC, abandonándose la que en los citados Criterios de Fakuda la titulaban solo como SFC (Síndrome de Fatiga Crónica). En el 2011, Carruthers y Van de Sande, -ambos como coeditores-, establecen los Criterios de Consenso Internacional (ICC), donde acuerdan la denominación de la misma exclusivamente pase a llamarse como EM (Encefalomielitis Miálgica), en concordancia a las últimas investigaciones realizadas en las cuales se han encontrado biomarcadores explicativos de la etiología de esta enfermedad.

En la revista *Science*, en el año 2009, se publicó la asociación del virus XMRV con la EM/SFC, sin embargo, otros estudios entre los cuales está el de Groom, Boucherit, Makinson, Randal... y Bishop (2010) no pudieron identificar una asociación entre la infección debida al XMRV y la EM/SFC.

Sin embargo, han surgido más líneas de investigación, entre ellas, en nuestro país, las realizadas por el grupo de IrsiCaixa, con el Dr. Clotet a la cabeza, que detectaron anomalías en las células inmunológicas CD4, CD8 y NK en enfermos de EM/SFC (ASSSEM, 2011).

En semejanza a lo anterior, Brenu, van Driel, Staines, Ashton... y Marshall-Gradisnik, (2011) divulgaron los resultados de un trabajo de investigación, relativo a los defectos inmunológicos encontrados a tener en cuenta como biomarcadores.

Por otra parte, cabe resaltar el estudio de Flüge, Bruland, Risa, Storstein... y Mella (2011), grupo de oncólogos noruegos que realizaron una investigación con Rituximab, motivados por los favorables resultados en la sintomatología de una paciente de EM/SFC, al ser tratada con Rituximab. El citado estudio se llevó a cabo con la participación de 30 personas enfermos de EM/SFC, a los que se les administró de forma aleatoria, 500 mg/m² de Rituximab o solución salina respectivamente, durante dos semanas, con un seguimiento de 12 meses. Después de los buenos resultados obtenidos, las autoridades noruegas comunicaron públicamente sus disculpas por la falta de atención que se le ha estado dispensando a estos enfermos, hasta el momento presente, y además manifestaron la disposición tanto de realizar un cambio en el cuidado de dichos pacientes, así como del interés en apoyar la continuidad de las investigaciones (ASSSEM, 2011).

Será a finales del 2012 que el grupo de Lipkin, a partir de un estudio realizado en varios centros, lleguen a la conclusión de la no existencia de asociación entre el XMRV y/o las variedades del virus MLV y los enfermos de EM/SFC (Alter, Mikovits, Switzer, Ruscetti... y Lipkin, 2012).

La Vanguardia publicó el descubrimiento de anomalías inmunológicas y dos biomarcadores de la EM/SFC, en investigación iniciada en 2013, dirigida por el Dr. Juliá Blanco, del Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol IrsiCaixa. Están convencidos de que los valores que resulten muy bajos NKCD57 y altos o muy altos de NKp46 conllevarán un agravamiento importante de la EM/SFC. El Dr. Juliá Blanco, explica: *"...las células T reguladoras son un elemento clave en el sistema inmunitario, ya que controlan tanto la respuesta a patógenos como las respuestas autoinmunes... dado que el control de patógenos y los trastornos autoinmunes están alterados en pacientes con EM/SFC, se cree que el estudio de estas células puede aportar datos relevantes para entender la implicación del sistema inmunitario en esta enfermedad"*. Con el fin de dar continuidad a los hallazgos obtenidos en dicho estudio, que será de significativa utilidad para la obtención de instrumentos de diagnóstico de esta enfermedad, la Asociación de Sanitarios al Servicio de la Encefalomiелitis Miálgica (ASSSEM) financiará la investigación de este equipo que han sido los que han encontrado alteraciones en ocho moléculas del sistema inmunitario de 12 enfermos de EM/SFC (La Vanguardia, 2014).

1.2. Modelos teóricos actuales explicativos de la EM/SFC.

Aunque para Hempel, Chambers, Bagnall y Forbes (2008), tras explorar diferentes tipos de factores (demográficos, médicos, psicológicos, sociales y ambientales) como posibles predictores del desarrollo de la EM/SFC, terminan concluyendo sobre la significativa falta de evidencia para el personal médico sobre la etiología del desarrollo de esta enfermedad.

Sin embargo Evengård y Klimas (2002) en su trabajo donde habían intentado dilucidar la etiología de esta enfermedad y las intervenciones terapéuticas más idóneas, concluían con una explicación de la patogénesis de la EM/SFC, donde se referían a la existencia de un trastorno biológico, con una interrelación conjunta del sistema inmunológico y del sistema nervioso central, produciéndose su aparición e inicio con la contribución de un microorganismo perturbando la función de los sistemas de la persona y que la sintomatología resultante va a ser valorada, en el contexto actual, que es de índole psicossomático.

Como ya mencionamos en la Definición Conceptual, la EM/SFC, es una enfermedad integrada en el Síndrome de Sensibilidad Central, habiendo un alto consenso de la existencia de una significativa alteración del Sistema Nervioso Central que influye en los sistemas inmunológico y endocrino. Por lo que las hipótesis que se han ido teniendo en cuenta en las investigaciones realizadas giran alrededor de los citados sistemas.

Entre las teorías que se han venido manejando, las cuales han pretendido dar una explicación a la etiología de esta enfermedad, cabe destacar las siguientes:

- Hipótesis de etiología infecciosa.

Varios son los virus que se han considerado podrían precipitar el desarrollo de esta enfermedad, entre ellos estaría el virus de Epstein-Barr (VEB), como otros herpes-virus, retrovirus o enterovirus. (Jones, Ray, Minnich, Hicks, Kibler y Lucas, 1985; Buchwald, Cheney y Peterson, 1992; Clement, McGarry, Naim y Galbraith, 1995). La explicación que se arguye es la de que estos virus tienen la capacidad de producir infecciones agudas y que, además, al no desaparecer del organismo humano, las posibilidades de originar una cronificación de la patología son altas. Por otra parte, se ha comprobado en personas enfermas de EM/SFC, que mostraban niveles altos de anticuerpos ante una variedad de herpes-virus y otros virus conocidos (sarampión, rubeola, etc.), así como la existencia de altos niveles de antígenos y ácidos nucleicos víricos (Jones et al., 1985).

Se han realizado estudios, consiguiendo datos sobre los daños agudos y crónicos de la Monucleosis (MN), al comparar individuos que padecían MN aguda, con otros que padecieron la patología en meses anteriores y personas sanas, sobre los siguientes parámetros: memoria, atención, ejecución psicomotriz y estado de ánimo (Hall y Smith, 1996). Se detectaron diferencias, en los daños observados, entre las personas con meses padeciendo la enfermedad y aquellos con MN aguda. Los diferentes daños observados son semejantes a los obtenidos en investigaciones con personas enfermas de EM/SFC. No se conoce el mecanismo de acción que produce los efectos observados, sin embargo se baraja la hipótesis de que las citocinas proinflamatorias, como IL-1 y TNF-alfa, son relevantes en el inicio y desarrollo de la patología de la fatiga.

Aunque no ha quedado demostrado que las infecciones producidas por virus, a pesar de que se hayan cronificado, tengan una relación directa con los síntomas que presenta la persona enferma de EM/SFC, sin embargo parece ser que la persistencia de estos virus, posibilita su reactivación cuando, y este puede ser el caso, en los sistemas inmunológicos de defensa pueda existir algún tipo de alteración. En relación a lo anteriormente expuesto, se han realizado estudios histológicos que han evidenciado la existencia de células vacuoladas (donde no tienen control sobre funciones básicas) y con alteraciones significativas de sus núcleos debido a una intervención vírica que no ha acabado de completarse (Martin, 1996) (En Jiménez Romero, Montero, Ramos y Sánchez, 1998).

- Hipótesis de etiología inmunológica.

Como se ha expuesto en los anteriores párrafos, será a partir de un precipitante infeccioso cuando el sistema inmunológico entre en acción, y que ante las alteraciones efectuadas por los agentes víricos, se efectúa una actuación crónica del sistema inmune.

A pesar de las comprobaciones demostradas en investigaciones publicadas en ámbitos de prensa científicos de nivel, en relación a aspectos inmunológicos diferentes encontrados entre los enfermos de EM/SFC y personas sanas, tampoco se ha podido corroborar una ratificación de dichas investigaciones.

Según como haya sido el comienzo de la enfermedad (brusco o gradual), se han observado algunas diferencias significativas: Por ejemplo, en inicios graduales, aunque no se hallaron citocinas circulantes en gran parte de los enfermos, sin embargo se hallaron TGF-B ó IL-6 circulantes, además niveles inferiores de IL-1B que en los individuos de control (Jiménez Romero et al., 1998).

En investigación sobre marcadores de superficie celular, en los enfermos de EM/SFC de inicio brusco, se evidenció un incremento en los porcentajes de células CD8 con expresión CD1 1b, que es una característica de la población celular T supresora. Pues bien, se intuye que los niveles altos de la citada población celular, más un aumento de IL-2, son manifestaciones de una intervención infecciosa en la precipitación de enfermos en EM/SFC. Por el contrario en los enfermos con inicio gradual, los niveles de células NK, CD56 CD2, son inferiores a los individuos de control, sin que exista diferencia alguna, entre ambos grupos, en lo relativo a la funcionalidad de las células NK (Jiménez Romero et. al. 1998).

Por otra parte, Bates, Schmitt, Buchwald, Ware, Lee y Troyer (1993), han observado la existencia, en un 30% de enfermos de EM/SFC, de complejos inmunes circulantes y de anticuerpos antinucleares.

Además Konstantinov, von Mikecz, Buchwald, Jones, Gerace y Tan (1996), publicaron el hallazgo en el que un 52% de estos enfermos con anticuerpos frente a láminas nucleares B1, evidenciando de manera destacada, la existencia de un trastorno autoinmune en algunos enfermos de EM/SFC.

Otra alteración inmunológica que se ha declarado en enfermos de EM/SFC, ha sido la gran cantidad de casos de atopía (procesos alérgicos por acción anticuerpos IgE) observada a estos pacientes (Steinberg, 1996).

El sistema de defensa antiviral, la vía 2'-5' OAS (2-5 oligoadenilato sintetasa) y la Ribonucleasa L (RNAsa L) están activadas de forma anormal, que se detecta, en pacientes de EM/SFC, al observarse una disminuida actividad Th1 (Suhadolnik, Peterson, O'Brien, Cheney... y Pflleiderer, 1997).

Un 60% de enfermos de EM/SFC en la analítica de antígenos que se realiza durante su enfermedad, debido a una hiperactividad de la respuesta de Th2 (asociada a situaciones de autoinmunidad), muestran Anticuerpos Antinucleares (ANA), Anticuerpos contra el Citoplasma de los Neutrófilos (ANCA), anticuerpos contra estructuras de la glándula tiroides, crioglobulinas, etc., los cuales son causados porque en las personas enfermas de EM/SFC, se produce una activación inmunitaria anormal (García et al., 2006).

En el estudio de Sofuo, Basri y Asdemir (2006) describen el Síndrome de fatiga Crónica Disfunción Inmune (CFIDS) como una disfunción del Sistema Nervioso Central que se caracteriza por una fatiga severa, de al menos seis meses de duración, con alteración multisistémica y sintomatología neuroendocrina e inmunológica. Sahu y Vaghela (2011) resaltaron la importancia del estrés oxidativo en la fisiopatología de la EM/SFC y consideraban necesaria la utilización de antioxidantes para su tratamiento. Maes, Mihaylova, Kubera, Leunis, Twisk, y Geffard (2012) revelaron las consecuencias del estrés oxidativo, y como éste determina unas respuestas autoinmunes más significativas en la EM/SFC que en la depresión. En un estudio anterior Maes (2011), partiendo de planteamientos sobre la comorbilidad entre la depresión y la EM/SFC (Skapinakis, Lewis y Mavreas 2003, 2004; Roy-Byrne, Afari, Ashton, Fischer, Goldberg y Buchwald, 2002; Harvey y Wessely, 2009) y de otros estudios que utilizaban la denominación de depresión somática, por la sintomatología que evidenciaban las personas depresivas (Alonso Fernández, 2001), pues en éstas se observaban síntomas como fatiga crónica, pérdida de energía, dolores musculares, parestesias, colon irritable, dolor de cabeza y vértigo. Ya Maes (2009) había estudiado como los citados síntomas eran predictores de la gravedad y cronicidad de la depresión. Pues bien, Maes (2011), expone que aunque la depresión y la EM/SFC comparten una sintomatología somática, sin embargo la EM/SFC puede diferenciarse de una forma completa debido a la sintomatología tan particular que presenta la EM/SFC: Alto malestar después de haber realizado un esfuerzo, dificultad en la respiración, sueño no reparador, desorientación y confusión (Hawk, Jason y Torres-Harding, 2006). Concluyendo que la depresión y la EM/SFC son dos trastornos diferentes: En la EM/SFC la influencia de las infecciones por virus y bacterias es mas determinante que en la depresión. Tanto para la EM/SFC como para la depresión, podrían considerarse como factores de inicio y mantenimiento tanto las alteraciones del sistema inmunológico como los estresores tanto físicos como psicológicos. Y que, a pesar de que tanto en la depresión como en la EM/SFC pudiese darse una predisposición inmunológica de tipo genético, los factores predisponentes en la

depresión vendrían de la mano de una disminución de la actividad de la *peptidasa*, mientras en la EM/SFC el factor responsable sería la *hipogamma globulinemia*.

- Hipótesis de etiología neuroendocrina.

No se han podido confirmar los hallazgos relativos a alteraciones en el eje (HHS) hipotálamo-hipofisario-suprarrenal ni tampoco en las funciones de regulación del Sistema Nervioso Neurovegetativo (Neeck y Crofford, 2000).

Alteraciones del ciclo vigilia-sueño y del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, considerados mecanismos importantes del Sistema Nervioso Central, caracterizan la clínica de esta enfermedad.

Pues bien, hay estudios que han comprobado como operarios de turno de noche, presentaban alteración de la respuesta CRF (factor liberador corticotropina), a través del eje pituitario-adrenal (Leese, Chattington, Fraser, Vora, Edwards y Williams, 1996), observándose comportamientos similares a los que muestran enfermos de EM/SFC. En estos enfermos ha sido descrita una producción de CRF, por el hipotálamo, inferior a lo normal, con bajas concentraciones de cortisol sérico y niveles altos de ACTH.

Se han explorado elementos de la ritmicidad circadiana (función hipotalámica significativa). Entre ellos: parámetros relativos a amplitud, valores medios o duración del pico del ritmo circadiano (acrofase) de la temperatura corporal, o tiempo de inicio de la secreción de melatonina. Pues bien, en controles sanos se dio correlación significativa entre los dos parámetros (acrofase de la temperatura e inicio de secreción melatonina), y en enfermos de EM/SFC no resultó esta correlación normal (Williams, Pirmohamed, Minors, Waterhouse, Buchan, Arendt y Edward, 1996).

Por lo tanto, puede considerarse la disritmia circadiana, en enfermos de EM/SFC, como un elemento a tener en cuenta, tanto para el comienzo como para la cronificación de la sintomatología que padecen estos enfermos.

Lyle, Gomes, Sur, Munshi, Paul, Chatterjee y Bhattacharyya (2009), partiendo de la hipótesis del estrés oxidativo en la EM/SFC, intervienen con el Extracto *Nardostachys Jatamansi* (NJE), dicho extracto tiene una acción calmante y sedante en el Sistema Nervioso Central, concluyendo que los resultados de dicha investigación son indicativos de como el citado extracto al poseer, además, la propiedad antioxidante atenúa dicho estrés oxidativo causado por la EM/SFC.

En esta misma dirección Sahu y Vaghela (2011) exponen la relevancia del rol del estrés oxidativo en la fisiopatología de esta enfermedad, indicando varios antioxidantes que podrían servir para el tratamiento (*glychyrrhiza glabra*, *racemosus espárragos* y *pluricaulis convulvulus*).

2. DEFINICIÓN OPERATIVA DE LA EM/SFC.

Se ha seleccionado la definición que plantearon Carruthers et al. (2003) los cuales consideraron que para definir desde una perspectiva clínica la EM/SFC hay que tener en cuenta tanto la sintomatología que presentan estos enfermos como todas aquellas señales que la diferencian. Exponen que las áreas y síntomas más característicos son:

1. Cansancio/Fatiga/Agotamiento máximo: La persona con EM/SFC está en un nivel muy significativo de abatimiento físico y mental, el cual no había existido antes, imposible de explicar, continuo y recurrente que disminuye mucho el nivel de las actividades habituales.
2. Cansancio/abatimiento/fatiga después de haber realizado un esfuerzo: La persona con EM/SFC, después de realizar actividades que le requieren esfuerzos, posteriormente (a las 24 horas) se encuentra con un alto grado de cansancio muscular y cognitivo, niveles altos de malestar y dolores. Con una propensión a una activación negativa de otros síntomas.
3. Perturbaciones en el sueño: La persona con EM/SFC presenta diferentes tipos de alteraciones en el sueño: En el ritmo y tiempo de sueño, con un sueño no reparador, invertido y diurno muy desordenado y anárquico.
4. Dolores: Hay un grado significativo de mialgias. Pueden presentarse dolores tanto a nivel de músculos como de articulaciones, suelen ser de naturaleza generalizada y migratoria. También aparecen significativos dolores de cabeza. Marshall et al. (2010), en su estudio muestran resultados objetivos sobre la severidad del dolor en los enfermos de EM/SFC, consideran que deben ser atendidos al mismo nivel que aquellas personas con enfermedades en las cuales el dolor es el síntoma principal.
5. Dos o más de las siguientes manifestaciones neurocognitivas deben estar presentes: confusión, dificultades en la concentración, problemas con la memoria a corto plazo, desorientación, entorpecimiento para el procesamiento de información, para encontrar y clasificar palabras, con trastornos sensoriales y perceptivos: inestabilidad y desorientación espacial, también dificultad para el enfoque visual. Además de ataxia, debilidad muscular, pueden darse fofobia e hipersensibilidad a los ruidos, así como estados de niveles altos de ansiedad.
6. La persona con EM/SFC debe presentar un síntoma de dos de las siguientes categorías:
 - a. Manifestaciones neurovegetativas: Intolerancia ortostática, trastornos en el intestino con o sin colon irritable, palpitaciones con o sin arritmias

cardíacas, aumento de la frecuencia urinaria y disfunción de la vejiga, Hipotensión Neuralmente Mediada (HNM), síndrome de taquicardia ortostática postural (POTS), hipotensión postural retardada, palidez extrema, disnea post-esfuerzo.

- b. Manifestaciones neuroendocrinas: pérdida de la estabilidad termostática: temperatura corporal baja y con marcadas fluctuaciones diurnas, episodios de sudoración, recurrentes sensaciones de fiebre y extremidades frías; intolerancia de las extremidades al frío y calor; oscilaciones de mucho o poco apetito; pérdida de adaptabilidad y empeoramiento de los síntomas con el estrés.
 - c. Manifestaciones inmunes: nódulos linfáticos sensibles y/o dolorosos, dolor de garganta frecuente, síntomas similares a la gripe, malestar general, nuevas sensibilidades ante alimentos, medicamentos y/o productos químicos.
7. Éstos síntomas tienen que continuar de forma persistente, al menos durante seis meses. (Carruthers et al., 2003, pp. 2-3).

3. MEDIOS DIAGNÓSTICOS DE LA EM/SFC.

En base a la significativa relevancia que tienen para la realización de un correcto y preciso diagnóstico de la EM/SFC, consideramos que los Criterios de Consenso Internacional (ICC) (Carruthers y Van de Sande, 2011) son una eficaz herramienta para ello. Progresivamente cada uno de los apartados (3.2., 3.3., 3.4 y 3.5.) se ha decidido que los iremos titulando y redactando como en el texto original.

Entre las primeras demandas que se expresan en los mismos, contraria a anteriores criterios, está la de solicitar a los médicos que no tengan en cuenta para la realización del diagnóstico que haya transcurrido 6 meses desde que la persona padece la enfermedad de EM/SFC.

3.1. Entrevista.

Como apuntan Valverde et al. (2009), durante la realización de la entrevista diagnóstica, la persona entrevistada deberá sentirse rodeada de un ambiente pleno de comprensión, interés y empatía.

En diferentes estudios se han constatado errores a la hora de realizar diagnósticos a enfermos de EM/SFC, estos mismos estudios advierten a los profesionales médicos que sean precisos y utilicen instrumentos diagnósticos más fiables (Deale y Wessely, 2000; Morris y Wearden, 1998).

Para evitar lo anteriormente señalado, García et al. (2006) recomiendan realizar la entrevista de una manera minuciosa, amplia y completa y cita textualmente que hay que tener en cuenta: “... aspectos sutiles con el ritmo circadiano de la fatiga, la fatiga en periodos de vacaciones, la superación de la fatiga mediante la fuerza de voluntad, la duración del malestar post-esfuerzo, el cambio de hábitos por la afectación cognitiva, si el paciente puede conducir un vehículo, posibles potenciales de estados de fatiga por fármacos o tóxicos químicos, aspectos de fatiga en el área sexual, etc.” (p. 208).

Además deberá incluir la exploración sobre el grado de severidad de la sintomatología que presente de todas las áreas, que como en ASSEM (2010) expresan que tienen que tenerse en cuenta las siguientes: “cansancio extremo, fatiga post-esfuerzo, trastornos del sueño, dolores musculares/articulares, trastornos neurocognitivos, trastornos neurovegetativos, manifestaciones inflamatorias, manifestaciones neuroendocrinas, sensibilidades a medicamentos/olores/productos químicos, infecciones recurrentes, cáncer”. Añaden que se continúe comprobando la comorbilidad existente, que se realice un diagnóstico diferencial con otras enfermedades como la depresión, Addison, Cushing, diabetes, cáncer, trastorno del sueño, reuma, artritis, SIDA, enfermedades neurológica, infecciosa, etc.

3.2. Sintomatología neuroinmune post-esfuerzo.

Como puede observarse para la realización diagnóstica de la EM/SFC constantemente se viene resaltando la importancia de comprobar la no recuperación después de la realización de un esfuerzo, pues esta particularidad es sumamente relevante para dicho diagnóstico.

García et al. (2006) aconsejan para explorar el esfuerzo físico en las personas enfermas de EM/SFC, utilizar el protocolo Balke mejor que el Bruce, pues dicha prueba de esfuerzo es más fácil de realizar para los enfermos de EM/SFC, pues la intensificación del nivel se lleva a cabo de una forma mas pausada.

En los Criterios de Consenso Internacional, anteriormente citados, se considera que hay que tener en cuenta para el diagnóstico:

Agotamiento neuroinmune post-esfuerzo:

1. Marcada y rápida fatigabilidad física y/o cognitiva en respuesta al esfuerzo, que puede ser mínimo, como las actividades de la vida diaria o simples tareas mentales; puede ser debilitante y provocar una crisis.
2. Exacerbación de síntomas post-esfuerzo: por ejemplo, agudos síntomas estilo gripe, dolor y empeoramiento de otros síntomas.

3. Agotamiento postesfuerzo que puede ocurrir inmediatamente después de la actividad, o no aparecer hasta horas o días más tarde.
4. El período de recuperación es prolongado, por lo general precisa 24 horas o más. Una crisis puede durar días, semanas o más.
5. Bajo umbral de fatigabilidad física y mental (falta de aguante) que se traduce en una reducción sustancial del nivel de actividades previo a la enfermedad. (Carruthers y Van de Sande, 2011, pp. 5-6).

3.3. Sintomatología por el deterioro neurológico.

Según los Criterios de Consenso Internacional citados, para el diagnóstico de la EM/SFC, los déficits neurológicos a tener en cuenta:

Al menos un síntoma de tres de las cuatro siguientes categorías de síntomas

1. Deterioros neurocognitivos
 - a. Dificultades para procesar información: pensamiento más lento, deterioro de la concentración ej. confusión, desorientación, sobrecarga cognitiva, dificultades para tomar decisiones, el habla más lenta, dislexia adquirida o por esfuerzo.
 - b. Pérdida de memoria a corto plazo ej. Dificultades para recordar que uno quería decir, que estaba diciendo, encontrar palabras, recordar información, pobre memoria de trabajo.
2. Dolor
 - a. Cefaleas: ej. Dolores de cabeza crónicos, generalizados que a menudo implican dolor de ojos, detrás de los ojos o en la parte trasera de la cabeza que pueden estar asociados con tensión muscular cervical; migraña; cefaleas tensionales.
 - b. Se puede experimentar dolor significativo en músculos, uniones músculo-tendón, articulaciones, abdomen o pecho. Es de naturaleza no inflamatorio y a menudo migra. ej. hiperalgesia generalizada, dolor generalizado (puede cumplir los criterios de la fibromialgia), dolor miofascial o irradiando.
3. Alteraciones del sueño
 - a. Alteración de los patrones del sueño: ej. insomnio, prolongado sueño incluyendo siestas, dormir la mayor parte del día y estar despierto la mayor parte de la noche, frecuentes despertares, despertar mucho más temprano que antes de enfermar, sueños vívidos/pesadillas.
 - b. Sueño no reparador: ej. Despertar sentirse agotado no importa la duración del sueño, somnolencia diurna.

4. Alteraciones neurosensoriales, perceptuales y motoras
 - a. Neurosensorial y perceptual: ej. Incapacidad para enfocar la visión, sensibilidad a luz, ruido, vibraciones, olores, sabores y tacto; deterioro de la percepción de la profundidad.
 - b. Motora: ej. Debilidad muscular, espasmos, pobre coordinación, sentirse inestable, ataxia (Carruthers y Van de Sande, 2011, pp. 6-7).

3.4. Sintomatología por alteraciones inmunes, gastrointestinales y genitourinarias.

Según los citados Criterios la sintomatología a tener en cuenta en este apartado, para el diagnóstico de la EM/SFC es de:

Al menos un síntoma de tres de las siguientes cinco categorías de síntomas.

1. Síntomas estilo gripe pueden ser recurrentes o crónicos y se activan o empeoran típicamente con el esfuerzo. ej. dolor de garganta, sinusitis, nódulos linfáticos cervicales y/o axilares pueden agrandar o ser sensibles a la palpación.
2. Susceptibilidad a infecciones virales con prolongados periodos de recuperación.
3. Tracto gastrointestinal: ej. nausea, dolor abdominal, hinchazón, síndrome de colon irritable.
4. Genitourinario: ej. Urgencia o frecuencia urinaria, nocturia
5. Sensibilidades a alimentos, medicamentos, olores o productos químicos (Carruthers y Van de Sande, 2011, pp. 7-8).

3.5. Sintomatología por alteraciones de producción/transporte de energía.

En este apartado según los mencionados Criterios se ha de tener en cuenta:

Al menos un síntoma

1. Cardiovascular: ej. Incapacidad para tolerar postura vertical – intolerancia ortostática, hipotensión mediada neuralmente, síndrome de taquicardia ortostática postural, palpitaciones con o sin arritmias cardiacas, ligereza en cabeza/mareos.
2. Respiratorios: ej. Hambre de aire, dificultad para respirar, fatiga de los músculos de la pared torácica.
3. Pérdida de estabilidad termostática: ej. Temperatura corporal subnormal, marcadas fluctuaciones diurnas; episodios de sudoración, recurrentes sensaciones febriles con o sin febrícula, extremidades frías.
4. Intolerancia a extremos de temperatura (Carruthers y Van de Sande, 2011, p. 8).

3.6. Pruebas diagnósticas.

A) De laboratorio.

Las pruebas de laboratorio que serán útiles para el diagnóstico de la EM/SF:

“CBC (hemograma completo) con diferencial; Proteínas totales; Glucosa; Proteína C reactiva; Fósforo; Electrolitos; Fosfatasa alcalina; Creatinina; Nitrógeno ureico en la sangre (BUN); Albúmina; ANA y factor reumatoide; Globulina; Calcio; Alanina aminotransferasa (ALT) o aspartato transaminasas (AST); Pruebas de función tiroidea (TSH y T4 libre); Uroanálisis “. (CDC, s.d.)

B) Neurofisiológicas.

Con el fin de detectar posibles anomalías cerebrales:

Tomografía de emisión por fotón único (SPETC-Single Photon Computed Tomography); Imagen de Resonancia Magnética; PET Tomografía por Emisión de Positrones); Mapas del cerebro con EEG; Test de Romberb (examen neurológico) (Valverde et al., 2009).

C) Neuropsicológicas.

Test de Stroop (atención dividida, procesamiento lectura, inhibición respuesta); Dígitos (atención); SCIP-S (Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría, evalúa memoria, atención, función ejecutiva, velocidad de procesamiento); LURIA DNA (Diagnóstico Neuropsicológico de Adultos, evalúa lenguaje, memoria, atención, funciones visoespaciales); Trail Making Test (rapidez psicomotora, flexibilidad cognitiva); Torre de Londres (capacidad ejecutiva motora); Fluencia (capacidad de expresión); Test auditivo de Rey (memoria); Figura compleja de Rey (memoria evocación, integración visoespacial); Test CogHealth (procesamiento de información).

4. TRATAMIENTOS.

Como ya se ha ido exponiendo en diferentes apartados, en el Síndrome de Sensibilidad Central en el que está integrada la EM/SFC, la alteración que se produce en la comunicación interactiva constante que realizan el Sistema Nervioso Central, Inmunológico y Endocrino, parece que hay acuerdo, que es donde estaría la base etiológica de todas estas enfermedades. En los siguientes apartados se ha realizado una revisión de los trabajos de investigación para la búsqueda de tratamientos que fuesen eficaces para la EM/SFC.

4.1. Intervenciones farmacológicas.

Diferentes tipos de causas pueden estar en la base de una sintomatología caracterizada por una "fatiga anormal": enfermedades autoinmunes, neurológicas, post-virales, por el uso de fármacos, sustancias tóxicas. Parece ser que el denominador común de todas estas patologías es la existencia de una afectación mitocondrial (las enfermedades mitocondriales o encefalomiopatías mitocondriales son perturbaciones donde se observa encefalopatía y daños en musculatura y puede haber lesiones en riñones, corazón, hígado, retina, médula ósea, nervios periféricos y páncreas (Di Mauro y Moraes, 1993; Barrera, Barragán y Sánchez-Guerrero, 2000; Montoya, Playan, Solano, Alcaine, López-Pérez y Pérez-Martos, 2000; Ruano, 2002; Rubio y Verdecia, 2004). Las mitocondrias son orgánulos citoplasmáticos cuya función es suministrar energía en forma de ATP -adenosin trifosfato- macromolécula que proporciona energía a todo el cuerpo (Wallace y Lott, 2002). Por lo que una elección de tratamiento idóneo sería de Ubiquinona (CoQ10), D-Ribosa, L-Carnitina y Magnesio.

Hay evidencias sobre déficits de Coenzima Q10 en personas con EM/SFC, siendo tratadas con Ademetionina, L-Carnitina y magnesio.

Lerner, Beqaj, Fitzgerald, Gill, Gill y Edington (2010), han observado mejoría en pacientes con EM/SFC al ser tratados con antivirales (Valaciclovir, Famciclovir, Valganciclovir).

A partir de las investigaciones en 2011 del equipo noruego de los Drs. Flüge y Mella, sobre la eficacia del Rituximab, con su aplicación se consigue una disminución de los linfocitos CD20, tratando de suprimir la actividad autoinmune que afecta a esta enfermedad (Fluge et al., 2011).

Como se va a ir evidenciando en los siguientes párrafos las terapias antivirales, inmunológicas y con antibióticos, aunque a veces se asocian con una mejora de los síntomas, pueden ser más perjudiciales que beneficiosas para enfermos con EM/SFC. En cuanto a los estimulantes, en algunos enfermos de EM/SFC pueden ser beneficiosos, sin embargo no están claros sus efectos a largo plazo. Respecto a la utilización de antidepresivos, éstos no curan la enfermedad de EM/SFC, aunque a veces pueden ser de utilidad para disminuir la ansiedad y depresión que paralelamente estén presente con la EM/SFC. No existen evidencias de que las personas con EM/SFC puedan beneficiarse de otros tipos de fármacos (p.ej. esteroides), suplementos dietéticos, productos de medicina complementaria.

Theoharis. Asadi, Weng y Zhang (2011), constatan que los antidepresivos tricíclicos son más eficaces que los ISRS (Inhibidores Selectivos Recaptación Serotonina) tanto para enfermos de EM/SFC como de FM (fibromialgia).

Advierten que la administración de ISRS aumenta el riesgo de producir hemorragia gastrointestinal y que este riesgo aumenta cuando es administrado junto a antiinflamatorios no esteroideos, por lo que consideran que se debe tener en cuenta estos riesgos y descartar ambos fármacos para enfermos con EM/SFC.

Según Van Houdenhove, Un Pae y Luyten (2010), la farmacoterapia, al día de hoy, no puede ser considerada como tratamiento definitivo y total para la EM/SFC. Para llegar a esta conclusión en dicho estudio realizaron una revisión sobre los tratamientos farmacológicos que se están utilizando con personas enfermas de EM/SFC. Consideran deficitarios e insuficientes los resultados evidenciados por los tratamientos antivirales/inmunológicos, así como los tratamientos donde se utilizan antibióticos, antidepresivos, como en los que se trata con suplementos dietéticos. A pesar de haber encontrado algún efecto positivo con el estimulante metilfenidato (mejora de la fatiga y la concentración) no se ha podido determinar su efectividad a largo plazo. Sin embargo apuntan una significativa prevalencia de efectos secundarios negativos de estos mismos tratamientos, que hacen que los mismos sean abandonados, ya que los daños superan los beneficios que pudieran aportar, incluyendo a los suplementos dietéticos, de los cuales informan que se salvaría el suplemento de magnesio.

Anteriormente citado Evengard y Klimas (2002), afirman que esta enfermedad está afectando entre un 0'2-0'7% de la población de los países de occidente, detallando como características sobresalientes de la misma: la fatiga, a la cual no se encuentra explicación para la misma, con una duración de al menos seis meses, con trastornos neurocognitivos y afectando al sueño. Además, se observa la presencia de diferentes tipos de dolores (garganta, muscular y de cabeza), mostrándose muy presente un profundo malestar después de la realización de un esfuerzo. Se detecta alteración del sistema inmune, así como del eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal y otras partes del Sistema Nervioso Central.

Concluyen afirmando la no existencia de tratamiento terapéutico para esta enfermedad. Que se está utilizando la Terapia Cognitivo-Conductual para una mejora de la calidad de vida de estos enfermos, y resaltaron la importancia de una continuidad en la investigación biomédica y psicológica, con el fin de encontrar tratamientos más eficaces.

4.2. Ejercicio Físico.

La adaptación a la enfermedad que padecen las personas con EM/SFC, pasa por una aceptación de las limitaciones que la propia enfermedad les impone. Priorizar el reposo ante cualquier impulso o deseo no realista, propiciará una adecuada adaptación a la misma. La realización del ejercicio o actividad física se realizará de

forma muy cuidadosa y reflexiva. Siendo necesaria la implementación de la idónea actividad, ajustada de forma individualizada, para prevenir atrofas musculares que se presentan por la ausencia de la misma (García et al., 2006).

Goudsmit, Nijs, Jason y Wallman (2012) proponen que una estimulación adaptada de forma individualizada puede ayudar a los enfermos de EM/SFC a disminuir el malestar del post-esfuerzo.

En la misma línea que la propuesta, anteriormente citada, es la de Jason, Torres-Harding, Friedberg, Corradi... y Papernik (2007) que con el objetivo de mejorar el malestar ocasionado después de la realización de un esfuerzo físico, la persona debe tomar conciencia de su energía total y no sobrepasar sus propios límites. Se expone como Black, O'Connor y McCully (2005) hallaron que un incremento medio del 28% en el transcurso de cuatro semanas, en el ejercicio físico en una muestra de personas con EM/SFC, ocasionó en estas personas un decaimiento en su estado anímico, aumentó el dolor muscular y la sensación de estar fatigado, produciéndoles una intolerancia al ejercicio físico y que se sintieron obligados a abandonar cualquier tipo de actividad física. Jason, Torres-Harding, Friedberg, Corradi... y Papernik (2007) habían obtenido pocos resultados cuando estudiaron la eficacia de 4 tipos de tratamientos: Terapia Cognitiva, Terapia Cognitivo-Conductual, Relajación y Actividad Anaeróbica. Cabe destacar que aquellas personas que recibieron tratamiento con Relajación, evidenciaron una mejora mayor que los tratados con Terapia Cognitiva. Argumentaron que el tratamiento con Relajación hace disminuir la tensión muscular, produce un estiramiento muscular suave y una mejoría de la conciencia corporal, observándose eficaz para reducir el estado de ánimo ansioso en estos enfermos. En este mismo estudio se cita que diferentes investigaciones habían sacado a la luz los negativos resultados del ejercicio gradual que va incrementando el promedio de la actividad física en un periodo de tiempo, produciendo un aumento del dolor muscular, de la fatiga y una bajada del estado de ánimo (Edmonds, McGuire y Price, 2004; Black et al., 2005), siendo el motivo por el que se decidió intervenir con un tipo de ejercicio anaeróbico, donde se tuviese en cuenta la energía total y se gestione dicha energía con el fin de no sobrepasar los propios límites. Pudieron observar mejoría del malestar post-esfuerzo y del funcionamiento físico en general.

4.3. Tratamientos psicológicos.

En cuanto a los tratamientos de tipo psicológico, el que más ha sido indicado y utilizado ha sido el de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC): O'Dowd, Gladwell, Rogers, Hollinghurst y Gregory (2006), en su estudio para comprobar la

eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en un grupo de personas enfermas de EM/SFC, las cuales eran atendidas en un servicio de atención primaria, informaron de haber obtenido resultados positivos en cuanto a la sintomatología relacionada con la fatiga física, el estado físico y el ánimo, sin embargo no se alcanzaron ningún tipo de mejora en relación a la calidad de vida y a la función cognitiva.

En el estudio de Jason et al. (2007), en el punto anterior citado, sugieren que las terapias cognitivas que enfocan el tratamiento en la modificación de pensamientos negativistas e irracionales sobre la enfermedad, pueden resultar eficaces para el tratamiento de la depresión y del dolor de las articulaciones. También Price y Couper (2008), hizo una revisión sobre trece ensayos efectuados con Terapia Cognitiva Conductual (TCC) aplicada en adultos con EM/SFC, resultando que solo tres ensayos alcanzaban un nivel adecuado de calidad y que mejoraban el funcionamiento físico de estos pacientes.

Burges, Andiappan y Chalder (2012), investigaron la eficacia de la TCC realizada en la consulta de forma presencial y la TCC de forma telefónica. Observaron que se obtuvieron mejoras tanto en el funcionamiento físico como en la fatiga. Los enfermos quedaron satisfechos con ambas terapias. Concluyeron que en la TCC realizada en consulta de forma presencial no es un tratamiento viable para los enfermos de EM/SFC y que ambas terapias resultaron ser un tratamiento con eficacia entre leve y moderada en estos enfermos.

Sin embargo Núñez, Fernández-Sola, Núñez, Fernández-Huerta, Godás, y Gómez-Gil (2011), al investigar la eficacia de un tratamiento multidisciplinario (Terapia Cognitivo-Conductual/TCC, Terapia de Ejercicio Graduado/TEG y tratamientos farmacológicos), observaron un resultado positivo solo a corto plazo. Que no estaba clara la efectividad tanto de la TCC como de la TEG. Además comprobaron que la ayuda que puede facilitar la TCC para un mejoramiento de la ansiedad, de la depresión como del marco físico de la persona, no estaba clara. Después de realizar una revisión de la investigación de Twisk y Maes (2009), en relación a los resultados obtenidos de la combinación de TCC y TEG, y que no solamente no se obtuvieron resultados positivos, sino que se manifestaron efectos adversos, pues un esfuerzo en la actividad física, en estos enfermos, traía como consecuencia un aumento del malestar post-esfuerzo, Nuñez et al. (2011) determinaron que dichos tratamientos terapéuticos no causaron un aumento de resultados positivos, por el contrario, fueron más bajos.

Por otra parte, Quirosa y Gutierrez (2012), pronostican para la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) un importante devenir, en su aplicación a las

diferentes enfermedades crónicas, pudiendo ser un instrumento eficaz a la hora de paliar aquellos procesos anexos a estas enfermedades.

4.4. Otros tratamientos.

Es de significativa relevancia la elección y seguimiento de una dieta alimenticia sana, integral y equilibrada, en la cual no existan componentes aditivos químicos de ningún tipo y donde los productos a consumir sean naturales.

Porter, Jason, Boulton, Bothne y Coleman (2010) en su estudio sobre la eficacia de la medicina alternativa aplicada a estos enfermos, no han podido llegar a conclusiones consistentes.

Por otra parte es importante la realización de controles periódicos:

- Dos veces al año, se recomienda que la persona enferma de EM/SFC visite de forma periódica al facultativo médico que tenga asignado, el cual, mediante entrevistas clínicas y los análisis pertinentes, pueda determinar la evolución de la enfermedad. A partir de dichos datos, aplicar las medidas terapéuticas mas adecuadas.
- Una vez al año es aconsejable la exploración del área inmunológica (NK, CD16, CD57, cociente CD4/CD8, Th1/Th2 y subunidad C3). En respuesta inmediata como de recuerdo (IgM, IgG respectivamente) (Web del Institut Ferran: http://www.institutferran.org/fatiga_cronica.htm).

DEPRESIÓN Y DESESPERANZA

1. DEPRESIÓN.

1.1. Definición operativa de Depresión.

Consideramos que lo expuesto por Gavino y Godoy (1999) cuando realizan la descripción de las diferentes conductas que exhibe una persona en depresión, se ajusta perfectamente para configurar una definición operativa de la misma. Aunque con distinto formato, ellos expresan que los comportamientos que la persona en estado depresivo suele mostrar son:

- *Nivel afectivo*: Se siente infeliz, triste, con pena, abatida y decaída, irritable, ganas de llorar y/o con ansiedad.
- *Nivel emocional*: Siente un vacío emocional, no siente satisfacción por casi nada, en una persistente anhedonia.
- *Nivel motivacional*: La persona se siente desinteresada y apática, no sintiendo apetencia por casi nada, con un alto desaliento y con la moral muy baja (libido sexual muy baja, inapetencia alimentaria, abandono o alejamiento de las aficiones).
- *Nivel cognitivo*: Pensamientos negativistas sobre el presente, su mundo y lo que vive, negativismo sobre el futuro, pensamientos recurrentes sobre la muerte, con tendencia a estar disgustada y lamentándose. Déficits de memoria, dificultades en la concentración. Con alto nivel de indecisión.
- *Autoimagen*: Muy negativa de sí mismo, se percibe torpe e inútil. Con falta de aprecio por sí mismo. Constante autorreproche, culpándose de cualquier cosa, con la creencia de que merece ser castigada y morir.
- *Desesperanza*: Considera que no puede esperar que algo cambie, que todo le irá mal, y no hay posibilidad de que llegue nada mejor.
- *Actividad*: A nivel físico se muestra improductiva e inactiva, con poco efectividad.
- *Sociabilidad*: Se aleja de los contactos sociales, sin fuerza para iniciar o querer mantener nuevas relaciones sociales.
- *Nivel somático*: La persona se siente fatigada y cansada, se siente tensa, agitada, inquieta y/o con lentitud motora. Con trastornos tanto alimentarios como del sueño (Gavino y Godoy, 1999).

1.2. Definición de la Depresión desde el DSM-IV

La significativa preponderancia que ha tenido, dicho manual diagnóstico, en los estamentos médico-psiquiátricos, tanto a nivel público como privado, donde, y además, sin bases científicas que lo sustenten, ha servido para "dar cobertura" a todo un estamento, como expresan López y Costa (2012 p. 35) "... los diferentes tipos de "patología mental"...Al definirlo como un asunto de la patología médica, se autolegitima también la intervención médica". Sin embargo, ya comienza a cuestionarse seriamente su continuidad. En este sentido el Consejo General de la Psicología de España emitió en mayo de 2013 la siguiente noticia: "Un amplio grupo de psiquiatras, liderados por el doctor S. Timimi, han enviado una petición formal al Colegio de Psiquiatras de Reino Unido en la que solicitan la abolición de los sistemas de clasificación diagnóstica, CIE y DSM" (www.cop.es).

A continuación se exponen las descripciones que el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) realiza dentro de la denominación de "depresión". El DSM-IV distingue entre Trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado :

F3x.x Trastorno depresivo mayor (296.xx), queda situado dentro de los "Episodios afectivos" siendo los criterios a tener en cuenta para determinarlo como tal:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

(1) estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.

(2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o en casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes) o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

(4) insomnio o hipersomnia casi cada día.

(5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

(6) fatiga o pérdida de energía casi cada día.

(7) sentimiento de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

(8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

(9) pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracteriza por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor (Pichot, López-Ibor y Valdés, 1995, p. 333)

El mencionado DSM-IV continúa realizando una distinción dentro del Trastorno depresivo mayor: Trastorno depresivo mayor, episodio único y trastorno depresivo mayor recidivante.

La diferencia entre ambos consiste: En el primero únicamente se ha padecido, dicho estado depresivo, una sola vez, por el contrario, en el trastorno depresivo mayor recidivante han existido dos más episodios depresivos mayores.

Además, en ambos, no tienen que darse la presencia de trastornos psicóticos (esquizaafectivo, esquizofrenia, delirante, esquizofreniforme), así como, tampoco, se debe haber producido algún episodio maníaco o hipomaníaco.

Por otra parte, el DSM-IV, dentro del apartado de “Trastorno Depresivos”, incluye dos tipos de trastornos depresivos, además de los citados anteriormente:

Trastorno distímico y Trastorno depresivo no especificado, exigiendo, dicho manual, como criterios a tener en cuenta para considerarlos como tales, los siguientes:

F34.1 Trastorno distímico (300.4):

- A. Estado de ánimo crónicamente deprimido la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.
- B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
 - (1) pérdida o aumento de apetito.
 - (2) insomnio o hipersomnias.
 - (3) falta de energía o fatiga.
 - (4) baja autoestima.
 - (5) dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
 - (6) sentimientos de desesperanza.
- C. Durante el periodo de dos años de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
- D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración, por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo)
- H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Del trastorno **F32.9 depresivo no especificado (311)**, del DSM-IV, se puede extraer que:

Este diagnóstico se dará, cuando la sintomatología que presente la persona no pueda enmarcarse en ninguna de las actuales tipologías diagnósticas de depresión, por ejemplo:

1. Trastorno disfórico premenstrual. Los síntomas... se presentaron con regularidad durante la última semana de la fase luteínica (y remitieron a los pocos días del inicio de las menstruaciones) en la mayoría de los ciclos menstruales del último año. Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos 1 semana después de las menstruaciones.
2. Trastorno depresivo menor: episodios de al menos 2 semanas de síntomas de síntomas depresivos pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor.
3. Trastorno depresivo breve recidivante: episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses (no asociados con los ciclos menstruales).
4. Trastorno depresivo parapsicótico en la esquizofrenia: un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.
5. Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.
6. Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia (Pichot et al., 1995, p. 357-358).

1.3. Prevalencia de la Depresión.

Cano, Martín, Mae, Dongil y Latorre (2012) en una revisión que realizaron sobre la prevalencia de la Depresión en Atención Primaria, exponen como en un estudio ESEMeD, epidemiológico realizado en diferentes países europeos, hallaron una incidencia de Depresión de un 4% en población adulta española (Alonso, Angermeyer, Bernert, Bruffaerts, Brughe... y Vollebergh, 2004), siendo similar a la encontrada en otro estudio ESEMeD de un 3'9% (Haro, Palacin, Vilagut, Martinez... y Alonso, 2006).

En la Encuesta Nacional de Salud realizada por el INE (Instituto Nacional de Estadística) entre Julio/2011 y Junio/2012, hallaron un incidencia de ansiedad-depresión de un 14'6% (INE, 2013), este porcentaje es superior a los anteriores debido a que se hace referencia a una incidencia conjunta de la ansiedad y de la depresión.

También, en dicha revisión, exponen diferentes estudios realizados sobre una muestra de personas de población española atendidas en Atención Primaria, donde se ha encontrado una incidencia de un 14% (Caballero Aragones, Garcia-Campayo, Rodriguez-Artalejo... y Gilaberte, 2008), un 16'3% (King, Levy, Walker, Morris y Torres-González, 2008) y un 9'6% (Serrano Blanco, Palao, Luciano, Pinto-Meza... y Haro, 2010).

Además, muestran como en un trabajo realizado en pacientes con enfermedad física crónica se obtuvo una prevalencia entre un 9'3% y un 23% (Mousavi, Chatterji, Verdes, Tandon, Patel y Ustun, 2007).

Diferentes estudios muestran que los niveles de depresión en enfermos de EM/SFC son más elevados que en otros enfermos (Wessely y Powell, 1989; Henningsen, Zimmermann y Sattel, 2003; Taillefer, Kirmayer, Robbins y Lasry, 2003), llegando a obtener una incidencia entre el 50-80% de depresión en los mismos (estudios citados en Dancey y Friend, 2007), los cuales, también, hallaron en su investigación con enfermos de EM/SFC, que el 68'6% estaban en depresión.

1.4. Breve historia de la Depresión.

Galeno e Hipócrates fueron los que confeccionaron una primera clasificación de la depresión. Plantearon una teoría humoral, según la cantidad en exceso de bilis negra, distinguían entre tres tipos de depresiones en relación a que si esta bilis afectaba de forma primaria o secundaria al cerebro. Entonces clasificaron según la afectación hubiese sido: a) al cerebro, b) a la sangre y c) a los órganos abdominales ubicando aquí la melancolía hipocondríaca. (es.wikipedia-org/wiki/Historia_de_la_depresión). Esta teoría humoral había surgido del ámbito agrario (excrementos y fluidos de enfermos) (Thivel, 1981).

La clasificación la realizaron en base a dos criterios: humoral y clínico, dependiendo de que se tratase de la bilis negra o del órgano que estuviese más afectado por la misma.

Durante la Edad Media, las conductas que exhibían las personas que sufrían trastornos psicológicos, eran asociadas a una idea de tipo mágica o religiosa. Se consideraba que dicha persona estaba "poseída por el demonio", y, en otros casos, que tenía que ver con algún tipo de intervención de brujería (Burton, 2006).

El concepto de enfermedad se va a iniciar en los siglos XVI y XVII, es decir, estas enfermedades aparecen si se rompe el equilibrio que tiene que haber entre los cuatro humores, en el caso de la melancolía, ésta se relacionaba con una cantidad excesiva en el cerebro de bilis negra (López y Costa, 2012).

En el siglo XVII se partió de dos puntos:

- a. La teoría de la fermentación (fue el modelo aceptado en aquella época).
- b. Órgano dañado por dicha fermentación.

En 1683 Willis planteó cuatro tipos de depresiones, según la sintomatología y la relación que tuviese con los diferentes órganos: a) al cerebro, b) al bazo, c) al abdomen y d) al cuerpo en su totalidad.

Sin embargo, ya a finales del citado siglo, la teoría de la fermentación fue abandonada, y en su lugar se consideró el mecanismo hidrodinámico-animista, que responsabilizaba de hacer enfermar a la sangre y a los espíritus.

También fue en este siglo cuando surgió el concepto de delirio depresivo. En 1683 Willis lo consideraba como el síntoma principal a la “rumiación”, realizó una sistematización de los diferentes tipos de delirio:

- a) Delirios relativos a pensamientos de preocupación, junto a nimias fantasías.
- b) Delirios relativos a acontecimientos o cosas que el enfermo pudiera haber deseado en el pasado.
- c) Delirio sobre ideas distorsionadas que ante pequeños obstáculos son percibidos como insuperables.

En 1726, Blackmore publicó un trabajo monográfico sobre las diferencias entre la hipocondría y la histeria, sin embargo lo que estaba realizando era una distinción entre depresión neurótica y psicótica (Jackson, 1989).

En 1874, Dickson observó como las personas que padecían estados depresivos, mejoraban en las últimas horas del día, siendo las peores horas del día, las de la mañana, cuando la persona se levantaba. A partir de estas observaciones, se ha venido realizando investigaciones sobre los biorritmos, ritmos circadianos/neurotransmisores (Poirel, 1975).

En 1801 Pinel fue el que explicó la depresión desde una posición “monodelirante” (un único pensamiento preocupativo intrusivo que intensamente se sufre) (Lanteri-Laura, 1991).

En 1838, Esquirol continuó la labor realizada por Pinel, hipotetizó la relación de la depresión con las pasiones, siendo éstas las responsables de que las cogniciones no mantengan la racionalidad. Es un autor clave dentro del marco de las hipótesis timocentrista, que avalan el predominio de lo afectivo sobre lo cognitivo. Esta corriente tuvo una fuerte influencia desde el siglo XIX hasta bien entrado el siglo XX. (Berrios, 1988).

A mediados del s. XIX diferentes autores como Guislain, Falret, Kahlbaum, Ludwig y Krafft-Ebing entendían una omnipresencia de la depresión en cualquier patología mental.

Pues bien, la medicina, en dicho siglo construía “el edificio” de la patología humana (García Guerra, 1987; Granjel, 1987), lo cual será utilizado como referente para dar respuestas a las demandas relativas a las enfermedades mentales, de las que se había hecho cargo.

Así, todos aquellos comportamientos que ocurrían dentro de un contexto psicosocial y que se saliesen de la normalidad, serían tipificados como conductas patológicas y se adscribirían, de manera bastante reduccionista, a considerarse como “enfermedad mental”. (Kandel, Schwartz y Jessel, 1997; Pert, 1997; Damasio, 2010; Kandel, 2007). De esta forma, desde mediados del siglo XIX, formando parte de la patología general, se incluirá como subdivisión de la misma y donde figurará la “patología mental”, por lo que ésta asumirá cada uno de los elementos de los que está compuesta la mencionada patología general (etiología, fisiopatología, sintomatología, etc.) (López y Costa, 2012).

A partir de lo anterior, las distintas clases de trastornos mentales irían configurando sistemas taxonómicos y nosológicos, entre ellos cabe mencionar los primeros sistemas clasificatorios de Pinel y Esquirol, los cuales eran sistemas bastantes sencillos, luego aparecieron sistemas con gran abundancia de datos, como fueron los de (Kräpelin, 1988; Kahlbaum, 1995). Por último se desarrollaron los actuales sistemas clasificatorios del DSM y CIE (López y Costa, 2012).

Hoffman y Rogers son los principales precursores de las teorías cognitivas de la depresión, sus aportaciones tuvieron aspectos negativos y positivos. Entre los primeros, cabe mencionar el papel relevante que se dio a la voluntad, *“si te esfuerzas y quieres puedes salir de la depresión”*, y en relación a la parte positiva de las aportaciones de estos autores fue la relevancia que se comenzó a dar a la sintomatología cognitiva de los estados depresivos.

A partir de la 2ª mitad del siglo XX surgieron modelos teóricos, tanto conductuales como cognitivos de relevancia. Entre los conductuales, cabe mencionar:

Las hipótesis de Fester (1965, 1966, 1973), que parte de la idea de que la depresión tiene como causa la falta de refuerzos positivos que la persona recibe cuando emite las conductas.

Lewinsohn (1974), continuó el trabajo iniciado por Fester. Describió una forma de depresión que se produce por la falta de refuerzos sobre las conductas emitidas en el ámbito social.

Costello y Burgess completaron las hipótesis de Fester y Lewinsohn, planteando que no era imprescindible que la cantidad de refuerzos que recibiese la persona fuese mínimo, más bien la carencia de habilidades para obtener dichos refuerzos sería suficiente para que, con una disminución leve de refuerzos, la persona entre en estado depresivo (Burges, 1969; Costello, 1972).

Bandura propuso la teoría del modelado, donde las conductas deprimidas pueden aprenderse al imitar modelos significativos (Bandura, 1971).

Martin E.P. Seligman en 1975 presentó el modelo de Indefensión Aprendida, en el cual se indica que los individuos se deprimen cuando perciben que no poseen ninguna conducta para controlar una situación aversiva, no siendo eficaz ningún tipo de conducta para el manejo de dicha situación, esto les conduce a dejar de actuar y entrar en un proceso de hundimiento y postración.

Posteriormente este modelo tuvo una reformulación, de la cual se encargaron en 1978, Abramson, Seligman y Teasdale. Sería denominado modelo atribucional y manifestaban que ya no era necesario el no control objetivo para el desarrollo de la indefensión, en cambio la indefensión surgirá únicamente con que la persona considere o crea que no tiene posibilidad de poder controlar la situación (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978).

Abramson, Alloy y Metalsky (1988), revisaron el modelo atribucional, proponiendo la Teoría de la Desesperanza, la cual sitúa como núcleo inicial tanto a la experiencia de sucesos negativos como las atribuciones que se hace la persona así misma sobre las causas de dichos acontecimientos negativos.

Desde otra perspectiva, en 1972, Aaron Beck expuso los errores cognitivos que las personas realizaban en estados depresivos, y a partir de unos esquemas de desprecio a sí mismo y de autoculpabilización, precipitan interpretaciones sesgadas negativas (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

1.5. Modelos Teóricos de la Depresión.

- Modelos conductuales.

• Modelo de Fester.

A Fester se le considera como uno de los pioneros en intentar dar una explicación de la depresión desde la vertiente de las teorías del aprendizaje. Relacionará la depresión con el condicionamiento operante. Esto es relevante ya que la visión que se da desde las teorías comportamentales del aprendizaje es que una emoción es una respuesta incondicionada, y para conseguir que dicha emoción sea aprendida o desaparezca, habría que utilizar el condicionamiento clásico.

Para Fester, la persona entra en depresión porque su repertorio comportamental que era reforzado de forma positiva, su frecuencia ha bajado mucho o no se refuerza (Fester, 1965, 1966, 1973).

En definitiva, Fester considera que el nivel muy bajo de refuerzo positivo que recibe la persona por las conductas que exhibe es fundamental para el desarrollo de la depresión, dejando en un segundo nivel los procesos cognitivos y emocionales que la persona en depresión manifiesta.

Para Gavino (1999), desde esta perspectiva, la depresión se produce porque se dan uno de los siguientes tres elementos, la combinación de dos de ellos, o los tres a la vez:

- a) Que la persona al dar los comportamientos que exhibe, reciba muy bajo o ningún tipo de refuerzo.
- b) Que la persona no pueda desarrollar su repertorio comportamental porque no tenga oportunidad para exhibirlo.
- c) La persona dejará de emitir dichos comportamientos porque ha sido castigada cuando los mostraba. se ha producido una extinción de los mismos,(Gavino y Godoy, 1999).

- **Modelo de Lewinsohn.**

Lewinsohn desarrolla sus hipótesis a partir del modelo de Fester. (Lewinsohn, 1974a, 1974b; Lewinsohn y Hoberman, 1985).

Lewinsohn considera que la depresión se va a producir en el contexto social donde la persona establece las relaciones (familiares, laborales, etc.) con los demás.

La persona desarrolla la depresión porque recibe muy poco o ningún tipo de reforzamiento positivo de las conductas que emite, en los contextos medioambientales donde interrelaciona.

Según este autor, el número total de refuerzos positivos que experimente una persona va estar relacionado:

- a) Número de reforzadores existentes en el medio ambiente de la persona.
- b) Tipo de comportamiento y cantidad de los mismos que la persona muestre y una vez que los presente, si recibe refuerzo o castigo.
- c) Si los comportamientos de que dispone la persona son, potencialmente, receptores de los refuerzos positivos existentes en el medio.

Desde la perspectiva de este modelo, se puede deducir que en ambientes donde no se den refuerzos positivos para la persona, existiría riesgo de desarrollar procesos depresivos en muchas personas, ,(Gavino y Godoy, 1999).

Desde la perspectiva de los dos citados modelos, tanto la recuperación de las interacciones sociales como la potenciación de todas aquellas actividades que le

sean placenteras a la persona, producirá tanto una mejora en problemáticas depresivas y servirán para su prevención (Barraca, 2009).

La alta intrusividad en sus vidas (personal, familiar, social y labora) que experimentan las personas que padecen EM/SFC, les repercute, de una forma muy significativa, en la pérdida de reforzadores sociales que, en los modelos antes citados de Fester y Lewinsohn son valorados de manera central. Pues bien, de las variables moduladoras que se seleccionaron para esta investigación, en cuatro de ellas se tiene en cuenta, más directamente, la relevancia de los citados refuerzos sociales (Sentido de Coherencia (en su elemento Manejabilidad), Apoyo Social, Bienestar Psicológico (en dos componentes: "Capacidad de mantener relaciones positivas con otras personas" y "Dominio del entorno") y Calidad de Vida)

- **Modelo de Costello y Burgess.**

Estos autores plantean la siguiente hipótesis: No es necesario que sea muy baja la cantidad de refuerzos positivos que reciba la persona para que una persona pueda desarrollar un estado depresivo (Costello, 1972; Burgess, 1969).

Costello considera que la habilidad de la persona, para conseguir refuerzos del medio, es lo que determinará que sufra estados depresivos. En el caso de no recibir refuerzos, una persona que tuviese suficientes habilidades, tendría la posibilidad de encontrar otros, lo cual no se daría en personas con habilidades muy bajas. Por otra parte, Burgess (1969), considera que los comportamientos depresivos tienen alta posibilidad de ser aprendidos, al ser reforzados por las personas del medio.

Para Liberman y Raskin (1971), la continuidad de comportamientos de tipo depresivo estaría motivada por la aplicación de refuerzos positivos a los mismos, por parte del medioambiente, esto dificultaría la adquisición, durante el proceso terapéutico, de conductas más sanas y adaptativas.

Según Wilcoxon, Schrader y Nelson (1980), la persona no se planteará cambiar la conducta que se le está reforzando por otra que desconoce si posee la capacidad para producirla.

Fester (1973), también coincide en que la persona puede obtener algún tipo de ganancia cuando emite los comportamientos depresivos (p.ej.: evitar situaciones y estímulos negativos y desagradables).

Las personas en estados depresivos disponen de una menor eficacia para la obtención de refuerzos positivos, por parte del medioambiente, que las personas que no se encuentran en dichos estados. (Lewinsohn y Atwood, 1969; Libet y Lewinsohn, 1973; Patterson y Rosenberry, 1969).

Además de las dificultades con las que se encuentran las personas en estados depresivos para recibir reforzamiento por parte de su entorno, éste, también, los percibe como estímulos aversivos (Burgess, 1969).

- **Modelo de Bandura.**

Bandura (1971) considera que las personas que sufren estados depresivos han aprendido los comportamientos de dicho estado al imitar a personas significativas de su entorno.

Sin embargo hay que tener en cuenta lo siguiente:

a) Desde este modelo se puede aceptar como la persona aprende y adquiere unos comportamientos deprimidos que ha observado e imitado, en cambio no nos dice nada en relación a como la persona mantiene los mismos.

b) El aprendizaje por modelado se realiza sobre comportamientos observables, manifiestos, es decir, la persona aprende como mostrar, expresar emociones, pero no nos explica nada en relación al tipo de emoción que se ha de sentir. Lo primero es observable, lo segundo no, ya que se trata de como la persona lo sufre (Gavino y Godoy, 1999).

- **Modelos cognitivos de Depresión**

- **Modelo cognitivo de Beck.**

Investigaciones empíricas y observaciones realizadas en el ámbito de la clínica, motivaron el origen de este modelo cognitivo (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) siendo el punto clave, la forma como las personas realizan la valoración sobre la pérdida.

Para Beck, las particularidades esenciales de la persona depresiva podrían agruparse en cinco apartados:

- 1) Emocional: Pérdida de sentimientos (vacío emocional), pérdida de capacidad para tener alegría y disfrutar de las cosas, desapego, alejamiento social, tristeza, sentirse abatido y desolado.
- 2) Motivacional: Desinterés y apatía general, evitación de afrontamiento a los problemas de la vida.
- 3) Cognitivo: Dificultades en atención, concentración y memoria, errores cognitivos en el procesamiento de la información.
- 4) Motor: Los movimientos son lentos, mostrándose, la persona, pasiva y, a la vez, agitada.
- 5) Fisiológico: Trastornos en la alimentación, sueño, libido sexual.

Para Beck las cogniciones negativas son el elemento más significativo para que la persona desarrolle un proceso depresivo. Sin embargo, considera que no solo van a ser dichas cogniciones las que provocarán el estado de depresión, sino que, tanto las emociones como las actuaciones de la persona influirán de forma determinante en dicho proceso. Es decir estos tres niveles serán como unos "vasos comunicantes", que constantemente provocarán influencias entre ellos (Gavino y Godoy, 1999).

Cabe resaltar uno de los términos básico de este modelo, es el referido a los pensamientos automáticos, los cuáles además de ser automáticos (una vez convertidos en habituales, su práctica repetitiva lo han hecho que se automaticen), también son sesgados, con tenencia a la negatividad y autorreferidos.

Estos pensamientos automáticos y negativos van a configurar la denominada "Tríada Cognitiva", en la cual la persona realiza una distorsión negativa de sí mismo, del presente y del futuro. Siendo esta tríada, para Beck, la causante de la sintomatología depresiva que sufre la persona.

Estos pensamiento automáticos, negativos y sesgados, hacen incurrir a la persona en errores en el procesamiento de la información, siendo éstos:

- 1- Abstracción selectiva: Valorar una situación en base a pequeños aspectos, no teniendo en cuenta los más significativos.
- 2- Minimizar y magnificar: Las experiencias positivas son ignoradas, dándole mucha importancia a las negativas.
- 3- Verbalizaciones y pensamientos absolutos: "Todo", "Nunca", "Jamás", "Siempre", etc.
- 4- Dicotomización: "Todo-Nada", "Nunca-Siempre", etc. No existen valores intermedios.
- 5- Autorreferencia/personalización: Atribuirse experiencias externas sin que exista una causa que lo justifique.
- 6- Sobregeneralización: En base a un dato negativo realiza una extensión negativa a la mayoría de las experiencias.
- 7- Inferencia arbitraria: Sin poder demostrarlo, saca conclusiones negativas.

Ruiz Caballero (1999) considera que para Beck la persona con depresión tiene la tendencia a distorsionar las experiencias que le acontecen, realizando una interpretación muy sesgada de la realidad, viéndose y considerándose como una persona perdedora.

- **Modelos teóricos desde el procesamiento de la información.**

En los modelos cognitivos de Beck, Ellis, etc., la primacía se le otorga a los pensamientos, a los cuales se les hace causantes de los procesos emocionales.

Será a partir de 1980 cuando la psicología cognitiva entenderá la emoción como un pilar base del comportamiento. Situándola en un mismo escalón de relevancia que a la cognición, indicando que deben de tenerse en cuenta ambos prismas, pues los dos se retroalimentan. Ruiz Caballero (1999), destaca dos teorías representativas para explicar la depresión desde el procesamiento de la información:

- **Teoría de Red Asociativa.**

Diversos investigadores se han interesado por esta teoría, la cual proviene de las teorías de red semántica de la memoria a largo plazo (Anderson, 1976; Bower, 1981, Collin y Loftus, 1975; Norman, 1981). Se recalca la importancia de la estructura de conocimiento como se organiza en la memoria a largo plazo.

Desde esta teoría hay que tener en cuenta:

- a) Se tiene como unidad básica de pensamiento la simple proposición.
- b) Proceso básico de pensamiento: poner en marcha, activar, la proposición y los conceptos asociados a ella.
- c) La memoria se configuraría con:
 - c1) Redes cognitivas de conceptos que están asociados.
 - c2) Propositiones descriptivas: representan los acontecimientos en la memoria (Brower, 1981).

A partir de Brower (1981), al realizar un planteamiento de estudio entre afecto y cognición, fue cuando se empezó a asociar memoria y estado de ánimo. También se comenzaron a realizar investigaciones relativas a como la memoria/recuerdo de información emocional está modulada por estados emocionales y afectivos.

Brower considera que las áreas o espacios de las conexiones emocionales son innatas, sin embargo, son aprendidas las conexiones cognitivas por su contigüidad con los sucesos vitales.

Para entender como influye el estado de ánimo sobre la cognición, es preciso tener en cuenta lo siguiente:

- a) Existe una dependencia entre el recuerdo y el estado de ánimo. Es decir, si el estado de ánimo de la persona es semejante a la situación de aprendizaje, entonces aumentará el recuerdo. Lo que generalmente se dará en acontecimientos donde existan indicios de contextos competitivos.

- b) Se aprenderá mejor una información que sea congruente con el estado de ánimo, que una que no lo sea, además su recuperación se realizará con una mayor facilidad y rapidez.

- **Teoría de Esquema.**

El primero en proponer el concepto de esquema fue Piaget (1933), aunque se comenzó a usar, de una forma amplia y generalizada, a partir de 1970.

Cabe señalar que las primeras investigaciones (Neisser, 1976), sobre percepción, atención, imaginación, lenguaje y predicción de la conducta, conducirían a posteriores investigaciones de trastornos emocionales.

En relación al concepto de esquema Kovacks y Beck (1978, pp. 528-529) lo definen: *como una estructura relativamente permanente que funciona como una plantilla que de forma activa selecciona, codifica, categoriza y evalúa la información, por definición, fruto de alguna experiencia anteriormente relevante.*

Gracias a los esquemas se controlan con eficacia las exigencias del procesamiento de información del medio en que vivimos.

La aplicación en psicología clínica será muy significativa, pues un cambio en los esquemas de una persona, llevará a un cambio del procesamiento de la información que posteriormente realice.

Los **autoesquemas** (Markus, 1977), serán indicativos del conocimiento que el individuo tiene de sí mismo.

Hay estudios donde se ha evidenciado que la información procesada en relación al yo, es la que mejor es recordada.

1.6. Instrumentos de evaluación y diagnóstico de la Depresión.

Son tres los instrumentos fundamentalmente utilizados -tanto en investigación como en la práctica profesional- para la recogida de los datos necesarios para hacer la evaluación y el diagnóstico de la depresión:

- **Entrevistas.**

Las características que suele reunir una entrevista dirigida con la finalidad de evaluar el estado depresivo de la persona son: a) Generalmente se realiza por escrito, b) Engloba la biografía de la persona y c) Se realiza de forma estructurada, Gavino y Godoy, 1999). Para Vázquez, Hernangómez, Hervás y Nieto (2005), catalogan a la entrevista como el instrumento básico para la evaluación de la depresión, a la vez, aconsejan la utilización de entrevistas estructuradas y semiestructuradas, con el fin de salvar aquellos sesgos que se pudieran producir por hábitos adquiridos debido a la experiencia.

Se trataría de recopilar información de la persona en todos los ambientes y áreas en los que esté involucrada.

Se trata de evaluar el estado depresivo de la persona, sería significativamente necesario explorar, además de todas las áreas globales biográficas, y con la finalidad de su utilidad para el tratamiento: a) Qué medios/estrategias ha utilizado, hasta el momento, para resolver o salir del estado depresivo, b) Las expectativas, motivaciones, temores, dudas que tenga sobre nuestra intervención, c) Actividades y aficiones que son de su agrado y si, actualmente, las está realizando, familiares, personas de su entorno que pudieran colaborar y feedback sobre su satisfacción sobre las sesiones.

Una vez se ha recogido toda esta información, a continuación es importante esclarecer: a) El tipo de depresión que la persona presenta, b) Variables más relevantes que están desarrollando y manteniendo dicho estado, c) Sobre qué variable intervenir (Gavino y Godoy, 1999).

Según Beck (1967) y Wilcoxon, Schrader y Nelson (1980), es importante recoger aquellos aspectos en los que la persona presenta dificultades y que están relacionados con los siguientes apartados: a) Emocional (sentimientos de estar triste, no sintiendo gusto o placer por nada, irritable y ansioso, b) Cognitivo (sus pensamientos negativistas acerca de sí mismo, el presente y el futuro), c) Motivacional (desgana por hacer cualquier cosa, lentitud a nivel de conductas motoras) y d) Físico (dolores, dificultades en el sueño, agotamiento físico, aumento o pérdida de peso).

Existen dos clases de inventarios/escalas, aquellos que la persona los realiza por sí misma, y aquellos otros en los que interviene el evaluador, para Lambert, Hatch, Kingston y Edwards (1986) los dos poseen una eficacia semejante. Sin embargo, para los casos donde se estime una pobre colaboración por parte del evaluado, Vázquez et al. (2005), consideran recomendable la utilización en los cuales intervenga el evaluador, dos de este tipo de entrevista son: Hamilton (1960) y Grinker, Miller, Sabshin, Nunn y Nunnaly (1961).

- **Cuestionarios, inventarios y escalas.**

Con estos instrumentos se busca medir y cuantificar el nivel de afectación del estado depresivo en el que se encuentra la persona.

- Cuestionario de pensamientos automáticos (Hollon y Kendall, 1980). (Bas y Andrés, 1994), llevaron a cabo una adaptación al castellano.
- Inventario de Depresión de Beck (BDI). Realiza una evaluación sobre los problemas que muestra la persona en estado depresivo, tanto a nivel emocional, cognitivo y físico.

- Inventario de la tríada cognitiva (CTI) (Beckham, Leber, Watkins, Boyer y Cook, 1986). Bas y Andrés (1994) lo adaptaron al castellano.
- Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (SDS). Evalúa y cuantifica la severidad del estado depresivo.
- Escala de actitudes disfuncionales (DAS) (Weissman y Beck, 1978). Se realizó una adaptación al castellano por Bas y Andrés, 1994).
- Escala D del MMPI. Determina la depresión sintomática.
- Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA).
- Registro de adjetivos afectivos múltiples (Zuckerman y Lubin, 1965).
- Listado de adjetivos de depresión (Lubin, 1965).

Estos tres últimos autoinformes contienen un listado de adjetivos relativos a la apatía, insatisfacción, infelicidad, adversidad, etc. La cantidad de adjetivos indicará la intensidad de la depresión. Pueyo (1993) considera los listados de adjetivos como los instrumentos más idóneos para la medición del estado de ánimo.

- **Auto-registros.**

Gavino y Godoy (1999) consideran que la finalidad de los mismos es obtener la mayor cantidad de información y a la vez que la persona con depresión no tenga que realizar grandes esfuerzos. Se buscan datos que serían difíciles de recordar de una forma lo más completa y exacta posible (p.ej. nº de veces que le acude un tipo de pensamiento, número de veces que llora, etc.).

Ejemplos de auto-registros: Anguera, 1994; De la Puente Muñoz, Labrador y De Arce, 1993; Pérez Álvarez, 1994.

2-DESESPERANZA.

Seligman realiza dos propuestas de modelos teóricos diferentes de la “indefensión aprendida” en que se introduce el constructo de la *desesperanza*. Para la indefensión derivada de la extinción dilatada de conductas de escape, Seligman (1975), en su primer modelo señala que la Indefensión Aprendida se refiere a:

- a) Cuando los individuos son expuestos, durante un tiempo prolongado, a experiencias muy aversivas, no proporcionando ningún tipo de efectividad para poder eludir dichas experiencias.
- b) Cuando se está soportando dichas experiencias aversivas, se evidencian los siguientes comportamientos consecutivos:
 - b1) Aumento de la frecuencia de conductas de escape de dicha situación, junto con comportamientos reactivos ansiógenos.

b2) Se inicia un proceso de extinción de respuestas: Como el sujeto va comprobando que las conductas que realiza para escapar de dicha situación, no le están sirviendo para dicho objetivo, la frecuencia va disminuyendo hasta que comienza a dejar de emitir cualquier tipo de conducta. A la vez, aumentan las reacciones depresivas, disminuyendo las ansiógenas.

b3) El individuo permanece en un estado de abatimiento y abandono, con muchos problemas para aprender y emitir conductas de escape de la situación aversiva a la que esté sometido, aunque existan posibilidades de salir de las mismas.

b4) Para que reaccione es necesario obligarlo a que realice las conductas de escape, y de esta forma facilitar el aprendizaje de las mismas.

De este modelo se vislumbra como concepto principal el de "Percepción de incontrolabilidad", que quiere decir: que los individuos cuando perciben que su repertorio conductual no es eficaz para abandonar las situaciones adversas, la reacción que muestran es la de inactividad, desistiendo de la lucha para evitar dicha situación.

Por lo cual, Seligman, determina que el estado depresivo vendrá ocasionado por las creencias, por parte del sujeto, de la incontrolabilidad de la situación y no asociando, dicho estado, a la baja obtención de refuerzos (Gavino y Godoy, 1999).

2.1. La Indefensión y la Teoría Atribucional.

Lo que va a dar continuidad a una segunda propuesta de Seligman va a ser su elección por el concepto de la creencia de incontrolabilidad por parte del individuo. Será por esta vía por la que la teoría de la indefensión guarde relación con otras teorías, entre ellas cabe destacar:

La teoría del aprendizaje social de Rotter (1954, 1966). Rotter considera que la conducta del individuo está mediada por la creencia que éste tenga en cuanto a:

- a) Control interno: Cuando el control o manejo de las experiencias o situaciones, depende de la persona, gracias a sus capacidades y a los recursos que el propio individuo crea tener.
- b) Control externo: Si la persona cree que la situación o experiencia no dependen de su control, sino del exterior (bien de otras personas, o de la suerte o el azar).

Se evidencia una similitud en los conceptos de control externo e incontrolabilidad, y que Abramson, Seligman y Teasdale (1978), diferenciaron entre:

- a) Indefensión universal: Referida a cuando la persona piensa que, aunque no crea tener capacidad para poder controlar la situación, sin embargo, puede ser controlable por otras personas.
- b) Indefensión personal: A pesar de que la persona cree que no tiene capacidad para controlar la situación, sin embargo, si cree que puede ser controlable por otros.

Este último concepto de indefensión personal guarda relación con el término de déficit de Autoeficacia, expuesto por Bandura, el cual distingue entre:

- b1) Suficiente autoeficacia: cuando la persona cree que sus conductas pueden controlar la situación.
- b2) Déficit de autoeficacia: la persona cree que no tiene capacidad o elementos para poder controlar la situación, en cambio sí cree que hay otros que pueden hacerlo. Y también tiene relación con la teoría Atribucional de Weiner (1986), que destaca como la persona se atribuye las causas que le llevan a tener éxito o a fracasar.

Weiner concibe tres elementos:

- Internalidad: Diferenciando entre Interno: cuando la persona cree que depende de él, que posee el control, que lo tiene, similar a lo expuesto por Rotter, y Externo: que hace referencia a todo aquello que no está en uno mismo.
- Estabilidad, y dentro de este apartado distingue: entre Estable, cuando la acción de las causas permanece en el tiempo e Inestable, cuando la acción de las causas cambia o se da en un momento determinado, solo está de forma puntual.
- Controlabilidad: distinguiendo entre Controlable: la persona cree que puede modificar la causa cuando lo desee, e Incontrolable: cuando el individuo no cree que puede cambiar la causa.

2.2. La teoría de la Depresión por Desesperanza.

Desde postulados cognitivos, se ha planteado que poseer factores cognitivos de vulnerabilidad, y, a la vez, sufrir situaciones vitales aversivas, precipita el desarrollo de estados depresivos. (Aloy, Clements y Kolden, 1985; Kwon y Oei, 1992; Olinger et al., 1987; Wise y Barnes, 1986).

Pues bien, a partir de este encuadre surgió la Teoría de la Depresión por Desesperanza (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989), la cual se basa en el modelo de vulnerabilidad-estrés que, en resumen, explica que cuando aparecen situaciones adversas de cierta entidad, los individuos que poseen hábitos o estilos cognitivos,

(referidos a la expectativa negativa de no tener control sobre las consecuencias positivas, incluso ni de modificarlas) entonces, junto a dichas situaciones, es cuando surgen los mencionados estilos cognitivos haciéndoles más vulnerables al estrés y la depresión.

En estos estilos cognitivos, que hacen vulnerable a la persona para sufrir estados de depresión por desesperanza, se observan tres tipos de tendencia:

T1- A realizar atribuciones globales y estables sobre experiencias adversas de la vida.

T2- A extraer conclusiones negativas de las experiencias vitales negativas.

T3- A creer que el hecho de que acontezcan dichas experiencias negativas, tiene que ver con sus propios déficits negativos (Abramson et al., 1989).

Por lo tanto, será a partir de aquí, cuando estas personas realicen una interpretación negativista al dar una explicación del porqué están sucediendo las experiencias adversas, lo cual producirá el desarrollo del estado de desesperanza (en el futuro lo que pasará, también será negativo). Y si, a lo expuesto, se une la creencia de que, cualquier conducta que se realice no servirá para solucionar, evitar o modificar alguna situación, entonces conducirá al desarrollo de la depresión por desesperanza.

Estudios que han explorado como a partir de experiencias en situaciones de sucesos vitales en las cuales se desarrollaban circunstancias de no contingencia, la percepción de no control solamente tenía el valor de ser una conjetura o suposición (Metalsky, Haberstadt y Abramson, 1987; Robins y Block, 1989).

Pues bien, el nuevo nombre que adquirirán las expectativas, las cuales eran la base de la sintomatología depresiva, tanto en el modelo de Indefensión Aprendida, como en su Reformulación, será el de "Expectativas de Desesperanza": es decir, se espera que alguna cosa negativa va a pasar y, además, con la creencia de que no existe posibilidad de hacer algo para evitarlo. Estas expectativas lo que reportarán será la sintomatología depresiva. (Soria, Otamendi, Berrocal, Cano y Rodríguez Naranjo, 2004).

Se ha verificado en un estudio con dos grupos de edad (<26 y >64) como las percepciones negativas sobre la propia energía y la salud, provocaba, en ambos, unos bajos niveles para la recuperación, por el contrario, cuando se obtuvieron puntuaciones bajas en Desesperanza, en ambos grupos, aumentó la citada capacidad para recuperarse (Gooding, Hurst, Johnson y Tarrier, 2012).

Vinaccia Cadena, Juarez, Contreras y Anaya (2004) hallaron en una muestra de enfermos de artritis reumatoide la asociación de variables sociodemográficas, psicológicas y de incapacidad funcional producida por la propia enfermedad, en

su relación con el dolor y la desesperanza, Clarke Cook, Coleman y Smith (2006) en su estudio con enfermos hospitalizados por enfermedades médicas, concluyeron que la depresión que se observó en estos pacientes se caracterizaba por sentimientos de desmoralización, de incapacidad de afrontamiento, impotencia, desesperanza y autoestima baja, también, en esta dirección, Laarhoven, Schilderman, Bleijenberg, Donders, Vissers, Verhagen y Prins (2011) comprobaron en su estudio con pacientes de cáncer, como las estrategias de afrontamiento se correlacionaban de forma significativa con la calidad de vida, la depresión y la desesperanza. La baja calidad de vida correlacionó con niveles altos de desesperanza y depresión (Renz, Koeberle, Cerny y Strasser, 2009), además, en los enfermos que presentaron un mayor desajuste psicológico, aumentaba el riesgo de un aumento de ideación autolítica. La ideación suicida y la desesperanza se ha asociado, en personas con depresión, cuando la persona se encuentra en una situación en la que han desaparecido las razones que para ella son importantes en la vida (como aspectos familiares, esperanza de mejoramiento y sentimientos de capacidad para el afrontamiento) (Khan y Farooq, 2003).

Gutiérrez-García, Contreras y Rodríguez-Orozco (2006), señalan como factores de riesgo de suicidio cuando la persona está aislada, los problemas con el alcohol, una salud deteriorada, autoestima baja, la existencia de rechazo por parte de la familia y de tipo social, cuando la persona se encuentra en un estado de depresión y desesperación.

Las personas que padecen EM/SFC, debido a las características de esta enfermedad, están expuestas, diariamente, a vivenciar situaciones adversas. Esta investigación busca la incidencia que pueda tener este tipo de depresión en estos enfermos. Esto respalda nuestra decisión de elegir la Escala de Desesperanza de Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974), que se ha utilizado como medida de la Desesperanza, desmoralización e impotencia en estos enfermos, aunque en su catalogación viene indicado como una medida de Riesgo de Suicidio, para lo cual, como ya se explica en el apartado siguiente, se han utilizado los 4 ítems del grupo 9 del Inventario de Depresión de Beck.

2.3. Instrumentos de evaluación y diagnóstico de desesperanza.

Uno de los más utilizados es la *ED-Escala de Desesperanza* de Beck, Weissman, Lester, y Trexler (1974). Adaptación española realizada por Bas y Andrés (1986). Es autoadministrada con una duración aproximada de 10 minutos. Evalúa el nivel de desesperanza, el cual predice la existencia de riesgo de suicidio en personas en estados depresivos.

Material como se presenta el instrumento: Hoja con 20 ítems, con dos opciones: V = Verdadero, F = Falso (ver en anexo 3). La fiabilidad/consistencia interna –calculada con los participantes en esta tesis- ha sido: $\alpha = .94$.

La *ADHS-Escala de Disposición a la Esperanza en Adultos* de Snyder, Harris, Anderson, Holleran, Irving, Sigmon, Yoshinobu, Gibb, Langelle y Harney (1991) (adaptación española: de Flores-Lucas, Martín-Antón, Carbonero-Martín, Valdivieso y Martínez-Sinovas (2013) podría considerarse, en mi opinión, un instrumento de evaluación y diagnóstico de esperanza (hope) lo inverso de desesperanza. Un concepto nuevo introducido por los investigadores de *psicología de lo positivo*.

Es autoadministrada en aproximadamente siete minutos. Está compuesta de 12 ítems que exploran la disposición a la esperanza en adultos. Cuatro ítems analizan al pensamiento orientado a las *vías* (capacidad con la que se percibe la persona para crear caminos que le dirijan hacia algún lugar), otros cuatro ítems al pensamiento orientado a la *agencia* (energía/fuerza de voluntad para comenzar a dirigirse hacia la meta) y por último los restantes cuatro ítems son de despiste.

Material como se presenta el instrumento: Hoja con los 12 ítems con formato de respuesta del 1 al 4, donde 1=totalmente de acuerdo, 2=mayormente falso, 3=mayormente cierto, 4=totalmente cierto (ver en anexo 5). La fiabilidad/consistencia interna en el estudio original fue una Alfa de Cronbach de 0.74 a 0.84 (Snyder, 1995). La fiabilidad/consistencia interna –calculada con los participantes en esta tesis- ha sido: Objetivos $\alpha = .83$; Agencia $\alpha = .77$; Global Esperanza $\alpha = .87$.

3. RIESGO DE SUICIDIO.

3.1. Contextualización.

Starabinski (1974), considera que la culpa, la angustia y la desesperación están en la base explicativa del comportamiento suicida.

Las ideaciones o pensamientos sobre el suicidio pueden presentarse de una forma variada en relación al riesgo de materialización del mismo. Desde pensamientos pasajeros sobre la muerte, pasando por no encontrar ningún tipo de motivación para seguir viviendo, hasta llegar a reflexiones sobre la planificación de la consumación del acto (Goldeney, Winefield, Tiggemann, Winefield y Smith, 1989). Aunque los pensamientos e ideaciones son indicadores muy importantes para la valoración del Riesgo de Suicidio, sin embargo hay que tener en cuenta la variabilidad de como se presentan dichos pensamientos autolíticos, es decir, desde personas que no lo comunican, los que lo expresan, hasta aquellas personas que dicen no tenerlos, a pesar de la existencia de dicho riesgo (Brown, Beck, Steer y

Grisham, 2000; Fawcett, Scheftner, Fogg, Clark, Young y Hedeker, 1990; Waern, Beskow, Runeson y Skoog, 1999, citados en Heisela, Dubersteina, Connera, Franusa, Beckmana y Conwella, 2006).

Por otro lado, en el desarrollo de dichos pensamientos de autolisis, no solamente se tiene que tener en cuenta la estructura de la personalidad, además, también son importantes los aspectos sociales, culturales y del contexto (Heisela et al., 2006).

Fuller-Thomsona y Nimigonb (2008), en sus conclusiones aconsejan, al cuerpo médico, que consideren que es tan importante la evaluación de la depresión como las ideaciones o pensamientos suicidas en las personas que padecen EM/SFC, pues en una muestra (con población canadiense) que analizaron, el 36% tenía depresión y un 22% de éstos habían realizado un planteamiento con riesgo grave de autolisis. En esta misma línea, Smith, Noonan y Buchwald (2006), insistían en animar a los médicos que prestasen una atención especial al realizar la exploración tanto de la depresión como de las ideaciones suicidas de estos pacientes, pues en los resultados de dicho estudio (con muestra estadounidense) reflejaron el hallazgo de una incidencia ocho veces superior a la obtenida en la población americana general. Además, se ha podido comprobar que entre las tres causas más frecuente de muerte de los enfermos de EM/SFC, una de ella es el suicidio, junto a la insuficiencia cardíaca y el cáncer (Jason, Corradi, Gress, Williams y Torres-Harding, 2006), estos autores también informaron de que han podido constatar desde diferentes estudios la significativa asociación de distintos factores con el desarrollo de estados de depresión, desesperanza y riesgo de suicidio en estos enfermos: (alejamientos de familiares, amigos, compañeros de trabajo (Friedberg y Jason, 1998); al no encontrar mejoras en su salud, abandono de búsqueda de tratamientos médicos (Anderson y Ferrans, 1997); experimentar un trato negativo por parte de los profesionales sanitarios (David, Wessely y Pelosi, 1991; Twemlow, Bradshaw, Coyne y Lerma, 1997).

Calandre, Vilchez, Molina-Barea, Tovar... y Rico-Villademoros (2011) investigaron tanto el riesgo como los intentos de suicidio en una muestra española compuesta por 795 enfermos de Fibromialgia. Este estudio tiene sentido citarlo por muchos motivos, en primer lugar, no se halla uno igual con enfermos de EM/SFC, también al ser esta una enfermedad que pertenece junto con la EM/SFC al conjunto de patologías Síndromes de Sensibilidad Central, por la comorbilidad existente entre ambas y porque uno de los síntomas más significativo en FM, dolor crónico, también lo sufren los enfermos de EM/SFC, los resultados que obtuvieron fueron un 16.7% de intentos de suicidio, muy por encima al resultante en la

población global española que está sobre el 4.4% (Gabilondo, Alonso, Pinto-Meza, Vilagut... y Haro, 1998). Además apuntan que tanto los efectos de la enfermedad como la situación de paro guardan una relación con dichos intentos de autolisis y que de esta muestra un 65% presentaban depresión, de los cuales un 52.2% mostraban algún tipo de ideación suicida.

3.2. Prevalencia.

Pues bien, en nuestra investigación se encontró una incidencia del 12.74% de ideación suicida, que es notablemente superior a lo que Casey, Dunn, Kelly, Birkbeck... y Dowrick (2006) estudio realizado para ODIN (Outcome of Depression International Network) con una muestra de 7710 personas pertenecientes a cinco países europeos (Finlandia, Gales, Irlanda, Noruega y España), correspondiendo 1245 personas a nuestro país, siendo la incidencia de esta muestra española de un 2.3%, y también superior a la encontrada por Bernal, Haro, Bernert, Brhuga... y Alonso (2007), que realizaron un estudio para ESEMED (European Study on the Epidemiology of Mental Disorders), en seis países europeos, resultando la prevalencia de ideación de suicidio en la muestra española de un 4.4%.

En el estudio de Casey, Dunn, Kelly, Birkbeck... y Dowrick (2006), al igual que en el nuestro, se utilizó para determinar la incidencia de ideación suicida, el "ítem-grupo 9" del Inventario de Beck (1961), compuesto por cuatro categorías:

- 1) No tengo ningún pensamiento de hacerme daño,
- 2) A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré,
- 3) Desearía poner fin a mi vida y
- 4) Me suicidaría si tuviese oportunidad.

Cabe resaltar que el porcentaje obtenido de un 2.3% en el citado estudio surgió al considerar las respuestas en las categorías 2), 3) y 4), pues se tuvieron en cuenta aquellas que alcanzaban algún grado de pensamiento o ideación suicida.

El mencionado porcentaje obtenido en nuestro estudio, proviene de las categorías 3) y 4) marcadas. En el caso que se hubiesen tenido en cuenta también la categoría 2), el porcentaje que se habría alcanzado sería del 55.39%, lo cual nos indica la gravedad en el sufrimiento y desesperación en el que se encuentran las personas de nuestra muestra, enfermas de EM/SFC. Este porcentaje se asemeja al encontrado por el estudio arriba citado de Calandre et al. (2011) con una muestra de enfermos de fibromialgia y que se elevó a un 52.2%.

CONSTRUCTOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS CON LA ENCEFALOMIELITIS MIÁLGICA/SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA (EM/SFC)

1. VARIABLES MODULADORAS DE LA DEPRESIÓN Y LA DESESPERANZA EN PERSONAS CON EM/SFC.

En la revisión de los conocimientos disponibles sobre el tema, se encontraron una serie de constructos psicológicos que constantemente aparecen asociados a la EM/SFC. Si esa asociación es consistente, entonces una adecuada conceptualización de los mismos (o de los más relevantes) puede permitir – primero- la *evaluación* del grado de incidencia en cada enfermo y –posteriormente- la *intervención* psicológica que proceda (preventiva, correcta u optimizadora) para aliviar -en lo que se pueda- el sufrimiento de estas personas.

Se acotaron/seleccionaron siete constructos -en nuestra opinión y la de los expertos-como los más relevantes. En consecuencia se presentan aquí una sintética *conceptualización* de los mismos. Más adelante en la parte del Estudio empírico se describirán los instrumentos de *evaluación* utilizados y en las conclusiones se adelantaran las *intervenciones* que en cada caso son posibles.

2. VARIABLES MODULADORAS ASOCIADAS.

2.1. Esperanza

La esperanza, según Snyder (1994a), es *un estado positivo de motivación*, con dos componentes:

- 1) La *agencia*, que sería la energía, la fuerza de voluntad para iniciar un camino hacia un objetivo.
- 2) Las *vías*, que hace referencia a la planificación para alcanzar las metas.

El elemento cognitivo que fija la Teoría de la Esperanza es el objetivo (Snyder, 1994a, 1994b, 1998; Snyder, Cheavens y Simpson, 1997; Snyder, Simpson, Michael y Cheavens, 2000). Los objetivos pueden ser visualizaciones de imágenes mentales o verbalizaciones descriptivas (Pylyshyn, 1973). Además pueden ser de un tiempo corto y limitado o que la duración del tiempo se prolongue. Por otra parte, los objetivos tienen que ser lo más específicos y concretos posibles, porque los objetivos vagos y abstractos no potencian la esperanza.

Hay dos tipos de objetivos:

- a) Aquellos que se presentan desde una perspectiva positiva:
 - a1) El objetivo propuesto que se alcanza por primera vez.
 - a2) Aquel objetivo que se quiere mantener cuando ya se ha alcanzado.
 - a3) Aumentarlo cuando ya se ha iniciado.
- b) Los que se dan desde una vertiente negativa:
 - b1) Estar convencido de que el objetivo es que nunca llegue.
 - b2) O para que se retrase.

En relación con el tiempo, es positivo que exista reciprocidad de los diferentes tiempos (presente, pasado y futuro), pues cuando se planifica una meta, se puede realizar una toma de decisión en el presente para conseguir un objetivo en el futuro, con la finalidad de prevenir algo que ocurrió en el pasado.

También es importante que el camino o ruta, para llegar a la meta, esté muy bien planificada, articulada. La esperanza es alta cuando se especifica claramente la meta, previendo la secuencia a seguir para conseguirla (Craig, 1943; Woodbury, 1999), ayudarán mucho las autoverbalizaciones del tipo: *"voy a encontrar una manera de hacer esto"* (Snyder, Lapointe y Crowson, 1998).

Es también positivo tener la flexibilidad de tomar rutas o caminos alternativos en relación al que en un principio se inició, esto fortalece la esperanza en el individuo, es decir adaptar de la forma más rápida y eficaz el camino o ruta que se dirige a alcanzar la meta propuesta (Irving, Snyder y Crowson, 1998; Snyder, Harris, C., Anderson, J. R., Holleran... y Harney, 1991; Snyder, Sympson, Ybasco, Borders, Babyak y Higgins, 1996; Tierney, 1995).

El 2º componente de la Esperanza, que es denominado como Agencia, se refiere a la percepción que se tiene de la capacidad para ponerse en marcha e iniciar el camino con el fin de alcanzar las metas que se han señalado.

Pues bien, para tener un nivel alto de Esperanza, son necesarias que se apliquen, conjuntamente, tanto las vías como la agencia. Una interacción entre ambos componentes es imprescindible (Snyder, 1995; Snyder, Harris, Anderson, Holleran... y Harney, 1991). Cabe resaltar que las personas con nivel alto de Esperanza, se recuperan con rapidez ante las adversidades o los problemas que la vida plantea, y así, continuar el camino para alcanzar la meta, por lo que no abandonan cuando se presentan los obstáculos (Rakke, 1997; Snyder et al. 1996; Diener, 1984; Emmons, 1986; Little, 1983; Omodei y Wearing, 1990; Palys y Little, 1983; Ruchman y Wolnik, 1988).

Para mantener un nivel alto de Esperanza, cuando los acontecimientos o circunstancias de la vida puedan convertirse en obstáculos o barreras para continuar el camino hacia la meta elegida, la persona debe saber afrontar el estrés

que se presente (Lazarus, Deese y Osler, 1952). Al afrontar dichos obstáculos y no abandonar, la persona adquirirá nuevas formas para encarar las contrariedades que en el futuro se presenten (Mcdermott y Snyder, 1999).

2.2. Sentido de Coherencia.

La propuesta de Antonovsky (1987) surge a partir de cuestionarse: ¿qué es lo que hacen bien las personas, o qué variables o características manejan acertadamente para que en situaciones altamente estresantes y muy agotadoras, realicen una buena adaptación y presenten una aceptable salud física y mental ?

Antonovsky (1987) plantea un modelo orientado hacia la salud, es decir, no tiene en cuenta el daño que producen las diferentes situaciones estresoras, en cambio considera cómo las personas afrontan dichas situaciones. Una orientación salutogénica va dirigida a descubrir los factores que fomentan el estado de salud, tanto de la persona como del medio social. Por lo que el objetivo será el de descubrir cómo las personas afrontan el estrés, en lugar de analizar la repercusión negativa que éste produce.

El Sentido de Coherencia para Antonovsky (1990), será todo aquello que tenga que ver con la habilidad con que la persona afronta cualquier tipo de situación conflictiva. Ante una situación estresante, la persona será capaz de elegir la manera más adecuada para encarar esa situación. El constructo Sentido de Coherencia se compone de unas variables a las que Antonovsky denominó "*recursos de resistencia generalizados*", siendo estos recursos los que potenciarían el incremento de la salud de la persona cuando tuviese que enfrentarse a las vivencias y experiencias estresantes. El Sentido de Coherencia sería el elemento cognitivo resultante que quedaría de todo el global de dichas experiencias vitales. (Moreno, Alonso y Álvarez, 1997).

Tres elementos muestra Antonovsky (1990) en su definición de Sentido de Coherencia:

- *Comprensibilidad*: La persona se da cuenta de lo que está sucediendo, su percepción de lo que ocurre es equilibrada, aceptando sus sensaciones, emociones y sabiendo qué conductas realizar.
- *Manejabilidad*: Para que se produzca un buen manejo de las situaciones, tiene que existir un equilibrio en la balanza entre las demandas del medio y los recursos que la persona crea que dispone para atender dichas demandas.

- *Significatividad*: Se refiere a la motivación que hace que la persona se active hacia los objetivos a alcanzar, al esfuerzo y lucha a realizar para alcanzar las metas propuestas.

Diferentes estudios han demostrado la correlación entre el Sentido de Coherencia, la salud y el bienestar tanto físico como psicológico de la persona (Carmel, Anson, Levenson, Bonneh y Maoz, 1991; Flannery y Flannery, 1990; Ryland y Greendfeld, 1991).

2.3. Locus de Control.

Los individuos tienen la necesidad de poder comprender y manejar el medio ambiente que les envuelve, para lo cual pueden percibir que tienen dicho control o que lo tienen.

Cuando la persona es consciente que ninguna de sus conductas sirve para el manejo o el control de las circunstancias que harían efectivo un cambio, sentirá indefensión (Boggiano, 1998).

La necesidad de control que tienen las personas, en ocasiones se transforma en una *ilusión de control* (Langer, 1975), en este caso, el individuo tiene la creencia de que controla el medio-ambiente que le rodea, atribuyéndolo a su propia capacidad, cuando, realmente, los resultados se han producido de una forma fortuita o azarosa. Mantener este tipo de ilusión puede tener consecuencias positivas, ya que producirá una reducción de los golpes traumáticos de los sucesos negativos que se produzcan.

Por otra parte, una derivación de la necesidad de control sería el deseo de control (Burger, 1985), el cual se relaciona con comportamientos de logros (metas con mayor dificultad, esperar resultados más altos, tareas de dificultad elevada ser más constantes).

La definición de Locus de Control (LC) es la creencia que un individuo tiene sobre la influencia de sus respuestas sobre la obtención de un refuerzo (Rotter, 1966).

Se pueden distinguir dos tipos de Locus de Control: LC Interno, que hace referencia cuando una persona cree que la obtención de refuerzos o resultados está directamente relacionada o se debe a su propio comportamiento.

El LC Externo es cuando la persona cree que los resultados que se obtengan no se derivan de su esfuerzo o a de sus propias conductas, sino que dichos refuerzos o resultados se deben a los demás, no son controlables y que la suerte o el azar juegan un papel fundamental.

Las personas con un LC Interno tienen una capacidad más desarrollada para la prevención de la enfermedad y mantenerse sanas, por otro lado, cuando están enfermas se adaptan más fácilmente y tienen un repertorio conductual más eficaz para una remisión más rápida de la patología (Pérez-García, 1999). En esta misma línea, dependiendo si la persona utiliza un locus de control interno o externo, hay estudios que indican que a la persona obtendrá consecuencias preventivas o nocivas, respectivamente, para la salud (Pilisuk, Montgomery, Parks y Acredolo, 1993; Hoon, Hoon, Rand y Johnson, 1991; McNaughton, Patterson, Smith y Grant, 1995) (citados en Beatriz, 2005).

Personas con LC externo, que ante los acontecimientos estresantes, su percepción y creencia es que no tienen recursos para el manejo de dichas situaciones, estas personas son más vulnerables a la enfermedad, existiendo evidencias de anomalías en el funcionamiento de su sistema inmunológico (Lefcourt y Davidson-Katz, 1991).

Wierma, Van Oppen, P., Van Schaik, Van der Does, Beekman, y Pennix (2011), al investigar sobre la cronicidad de la depresión, manifiestan que los resultados obtenidos, en los que, además, de la rumiación y la extraversión, también el locus de control externo son indicativos de la incidencia en el mantenimiento de dicha cronicidad.

Diversas investigaciones han comprobado que cuando la persona padece una enfermedad crónica, una rápida adaptación posibilitará a que la persona se crea más eficaz para interaccionar hábilmente con los factores que le envuelven (Smith, Dobbins y Wallston, 1991; Wallston, 1992 (citado en Fernández y Edo, 1994)

Marquart, Overholser y Peak (2009) estudiaron en pacientes con depresión, como influían las expectativas que tenían de su capacidad para manejar los estados emocionales adversos, y concluyeron que tanto la gravedad de la depresión como el riesgo de suicidio, de forma significativa, se relacionaba con estas expectativas de control.

2.4. Apoyo Social.

Se viene estudiando, desde la segunda mitad de 1970, que las personas que se benefician de un soporte de apoyo social, el cual reciben de los diferentes estamentos sociales existentes, como consecuencia de ello, les posibilita a la amortiguación de los estresores a los cuales tienen que hacer frente, así como a un fortalecimiento ante las enfermedades (Cassel, 1976; Cobb, 1976; Dean y Lin, 1977; Kaplan, Cassel y Gore, 1977).

Pérez-García (1999), realiza un planteamiento de la conceptualización del apoyo social, indicando que la persona al conseguir los medios o recursos tanto físicos/materiales, como psicológicos/afectivos, por parte de su medio ambiente, lo que podrá amortiguar los niveles de estrés, acometer dichas situaciones estresantes con mayor eficacia, bajando la frecuencia de contraer patologías y que éstas remitan más rápidamente.

Se han realizado muchas investigaciones sobre como el apoyo social interviene en la salud, particularmente el relacionado con la pareja, hallándose una correlación mayor entre mortalidad y personas sin pareja estable, comprobándose como en los hombres que estaban casados existía una menor tasa de mortalidad que en hombres solteros, separados o viudos (Kraus y Lilienfeld, 1959).

Otros estudios también han evidenciado como afecta el tener pareja estable para que se de una menor incidencia de sufrir diferentes enfermedades, hipertensión, infartos de miocardio, cáncer (Berle, Pinsky, Wolf y Wolf, 1952; Jarvinen, 1955; Weisman y Worden, 1975).

Por otra parte, también hay evidencias del beneficio que se recibe por asistencia y pertenencia a grupos de apoyo, sobresaliendo los formados por enfermedades crónicas (Gottlieb, 1981, 1983). También se ha podido comprobar como el apoyo social disminuye el estrés que se produce cuando la persona se queda en paro (Cobb y Kasl, 1977; Gore, 1978).

Ante estresores vitales importantes que hacen que las personas sean vulnerables para sufrir estados depresivos, se ha comprobado la efectividad del apoyo social tanto a nivel de superación de la misma como a nivel preventivo (Brown, Bhrolchain y Harris, 1975; Dean, Walsh, Downing y Shelley, 1981; Miller y Ingham, 1976; Brown y Harris, 1978).

La incidencia positiva del apoyo social en diferentes tipos de enfermedades crónicas, ha sido demostrada en una variedad de estudios:

En enfermedades Cardiovasculares (Medalie y Goldbourt, 1976; Seeman y Syme, 1987; Blumenthal, Burg, Barefoot, Williams, Haney y Zimet, 1987; Mathews, 1982; Orth-Gomer y Undeen, 1990; Malcom y Janisse, 1991).

Cáncer (Lichtman, Wood y Taylor, 1982; Dunkel-Schetter, 1984; Wortman y Dunkel-Schetter, 1987; Reeve, Wollman y Felton, 1983).

El efecto del apoyo social en la salud, fundamentalmente es de tipo modulador más que su incidencia de una forma directa, es decir, gracias al apoyo social las intervenciones o conductas que la persona realiza se transforman en mucho más saludables que si carece de éste (Pérez García, 1999).

Es relevante que la percepción que tengan de la depresión las personas del entorno social de la persona que la sufre no se diferencie, ni discrepe significativamente de lo que sienten las personas que la están padeciendo, esto hará que el apoyo social que se dispense sea útil y más eficaz (Vollmann, Scharloo, Dienst, Klaus y Renner, 2010).

Por otra parte Panzarella, Alloy y Whitehouse (2006) sacan a la luz una forma de apoyo social al que denominan "Retroalimentación Adaptativa Inferencial", que ellos consideran más próximo y preciso para la protección de la desesperanza y depresión que el proporcionado por los Servicios Sociales, el cual consistiría en enseñar a las personas que están dentro del círculo social cercano a proporcionar un feedback realista, racional y adaptativo a la persona cuando muestra un estilo cognitivo negativista en sus autoafirmaciones y valoraciones.

Por otra parte Heisela, Dubersteina, Connera, Franusa, Beckmana y Conwella (2005) sugieren en su estudio que si las personas que tienen pensamientos suicidas los comunican, esto haría posible que aumentase el apoyo y la atención por parte de los demás y haría disminuir el riesgo de los comportamientos suicidas.

2.5. Afrontamiento.

En el transcurso de nuestra vida, de formas diversas, se presentarán situaciones o acontecimientos que se valorarán y percibirán como estresantes, éstos demandarán una respuesta por nuestra parte, y dependerá, tanto del nivel de creencia en la disposición de encontrarnos con los suficientes recursos y de como ponerlos en marcha para hacer frente a dichas demandas, lo que determinará el nivel de como nos afectará las citadas experiencias. Según Stone, Helder y Schneider (1988) el afrontamiento hace referencia a *"pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles"*.

Las actuaciones para hacer frente a lo valorado y percibido como peligro o amenaza es lo que se considera como estrategias de afrontamiento o coping.

Es de significativa relevancia a tener en cuenta, dos factores: a) la percepción que se realiza del peligro, b) los medios o recursos que se consideran que son necesarios para hacer frente a dicho peligro percibido. Lo que puede llevar a la persona a actuar desde tres vertientes: 1) cambiar la forma de como percibe la situación, 2) aceptar y asumirla por no encontrar otras salidas, 3) evitar o escapar de la misma (Lazarus y Folkman, 1984).

En el afrontamiento hay intencionalidad, donde la persona va realizando una continua percepción y valoración de las situaciones que se van dando, con los

diferentes recursos puestos en marcha para afrontar la situación, de esta forma se pueden ir modificando tanto la percepción de la misma como la forma de afrontarla (Bermúdez, 1996).

A la hora de distinguir las formas en como las personas realizan el coping o afrontamiento, se encuentran dos:

- (1) Acercamiento o aproximación a las dificultades o problemas (Haan, 1977; Vaillant, 1977).
- (2) Repetición del modo de enfrentarse ante igual problemática y también estresores iguales en diferentes situaciones (Lazarus y Folkman, 1984).

Al estudiar la asociación de las diferentes formas de afrontamiento con otros factores, se ha podido comprobar la correlación existente entre:

- Optimismo y persistencia en el esfuerzo con el fin de llegar a la resolución de la problemática presentada y utilización de herramientas para una mejor adaptación.
- Pesimismo y utilización de estrategias no adaptativas (Scheier y Carver, 1987; Scheier, Weintraub y Carver, 1986).
- Afrontamiento activo y el locus de control interno (Anderson, 1977; Lu, 1991; Parkes, 1984).

Reynolds, Brown y Jason (2009) observaron como enfermos de EM/SFC que estaban en fase de crisis sufrían una sintomatología, tanto física como psicológica, de un nivel más elevado de gravedad que los enfermos que estaban en fase de estabilización o de resolución y que utilizaban estrategias de afrontamiento más pobres y menos adaptativas.

Por otra parte Schroder y Ollis (en prensa) concluyeron como la capacidad de Afrontamiento se mostró como un potente predictor del estado depresivo y de desesperanza, incluso con más potencia que el estilo atribucional que exploraron. Además, dicha capacidad de afrontamiento tenía efectos significativos para amortiguar el impacto del estrés y los sucesos negativos de la vida. Confirmando Wei, Heppmer y Mallinckrodt (2003), como la percepción de capacidad de afrontamiento se muestra con una relevancia significativa y similar en fuerza, a la evitación y ansiedad, para los estados depresivos y de desesperanza.

Hay también estudios, en otros padecimientos, donde queda demostrada la asociación entre la gravedad de la depresión y el nivel de afrontamiento o "espíritu de lucha", como es el caso de la investigación llevada a cabo por Alcalar, Ozkan, Kucucuk, Aslay y Ozkan (2012) al estudiar mujeres con cáncer de mama, y donde se mostró la correlación entre estilos cognitivos y de afrontamiento no adecuados y el empeoramiento en depresión.

2.6. Bienestar Psicológico.

El bienestar ha sido presentado desde dos vertientes, una primera hedónica, referida a las emociones positivas y otra eudaimónica, que es indicativo de las potencialidades que la persona despliega o desarrolla. La calidad de vida se entiende como el resultado de dos componentes: el tipo de medio ambiente y grado de satisfacción. De esta forma se comenzará a plantear el bienestar psicológico (Campbell, Converse y Rodgers 1976). Más tarde se conceptualizará el bienestar psicológico dentro del marco de lo que las personas juzgan en relación a la satisfacción que tienen de su vida (Diener, 1994; Veenhoven, 1994; Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2000; Campbell et al., 1976).

Los enfermos de EM/SFC experimentan una grave intromisión en áreas relevantes de sus vidas, reduciendo su bienestar psicológico y calidad de vida, y en consecuencia manifestándose estados depresivos (Dancey, Hutton-Young, Moye y Devins 2002; Looper y Kirmayer, 2004; Devins, 1994 y Devins, Styra, O'Connor, Gray, Seland, Klein y Shapiro 1996, citados en Dancey y Friend, 2007).

El despliegue de capacidades y crecimiento personal son los dos pilares básicos para un buen funcionamiento positivo y que caracterizan al bienestar psicológico. Aunque con anterioridad hubo intentos de conceptualizarlo con denominaciones del tipo: auto-actualización, funcionamiento pleno o madurez (Maslow, 1968; Rogers, 1961, Allport, 1961), no fue hasta Ryff (1989a, 1989b), el cual conglomeró lo aportado hasta ese momento, cuando indicó un modelo de bienestar psicológico con seis componentes:

- **Auto-aceptación:**

Keyes, Ryff y Shmotkin (2002) subrayaban la importancia de tener una buena disposición hacia uno mismo con el objetivo de permanecer estable emocionalmente. Tener complicidad con uno mismo, incluso ante los errores que se cometan, y que sirvan estos como parte importante del proceso de aprendizaje.

- **Capacidad de mantener relaciones positivas con otras personas.**

Es una característica de fortalecimiento y crecimiento personal el tener confianza en las interrelaciones que se mantengan con otras personas. Para lo cual es preciso fomentar el ser empáticos, generosos y efectivos con los demás (Allardt, 1996; Ryff, 1989b). En el ángulo opuesto se situaría la falta de apoyo social y el aislamiento, que suelen conducir a un aumento de las posibilidades de sufrir trastornos psicológicos y padecer enfermedades (Berkman, 1995; Davis, Morris y Kraus, 1998).

- **Autonomía.**

Las características esenciales que la definirían serían: autodeterminación-independencia-autoridad personal (Ryff y Keyes, 1995). Los que puntúan alto, son personas con criterios bien establecidos, no siendo influenciados por las opiniones de los demás.

- **Dominio del entorno.**

Buena capacidad para configurar el medio ambiente social a sus propias características personales, lo que le facilitará la consecución de sus propios objetivos y de influir en las personas que pertenezcan al mismo.

- **Propósito en la vida.**

Es básico para estar con un buen funcionamiento psicológico, tener objetivos y metas realistas que aportarán significado y sentido de vida.

- **Crecimiento personal.**

No será posible un crecimiento personal sin que se mantenga una constante dedicación y esfuerzo. Por lo que la combinación de capacidad, esfuerzo y dedicación constante hará posible que se establezca el mejor funcionamiento psicológico (Keyes et al., 2002).

2.7. Calidad de Vida.

Desde siempre se ha venido teniendo en cuenta este concepto de calidad de vida (Rodríguez Marín, 1995; Buela-Casal, Caballo y Sierra 1996), sin embargo no va a ser hasta 1980 en adelante cuando su presencia va a ser muy generalizada.

Calidad de vida hace referencia al interés que tiene tanto la persona como los estamentos sociales por el aumento positivo en la forma de vivir, tanto en lo concerniente al vivir cotidiano del día a día, como referido a la salud (Schwartzmann, 2003).

Una persona que padece una enfermedad crónica como es la EM/SFC, experimentará una reducción muy incapacitante y significativa de las actividades y quehaceres diarios, por lo que, en estas condiciones, de una forma similar a como ocurre en otras enfermedades de curso crónico, y con similares limitaciones, hace que la persona sufra estados de depresión (Gil-Roales, 2004).

Dickson, Toft y O'Carroll (2009) al comparar la calidad de vida de un grupo de personas con EM/SFC, con otros dos grupos: uno con Enfermedad Tiroidea Autoinmune y otro sano, observaron como la calidad de vida de los enfermos de EM/SFC estaba más disminuida, resaltando los efectos muy negativos de la misma en el aspecto social, con pérdidas de las relaciones sociales, debido a la

incapacidad que tienen en poder participar de las actividades sociales, lo que va producirles una pérdida de identidad y de autoestima. Similares resultados fueron los obtenidos por Van Heck y De Vries (2002) cuando compararon un grupo de personas enfermas de EM/SFC con otro sano, y concluyeron que el impacto que produce esta enfermedad en las personas que la padecen afecta de manera muy significativa en su calidad de vida, pues deteriora áreas relevantes del día a día de estas personas. Por otra parte, Wells (2009), informa que el disponer de un animal como "mascota" aumenta la percepción subjetiva de la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad.

En general en las enfermedades crónicas, y en particular en la EM/SFC, en mayor o menor grado, todas las áreas del espectro vivencial de la persona quedan afectadas (Rodríguez-Marín, 1995), lo cual tendrá unas consecuencias relativas a cambios tanto a nivel socio-familiar como laboral, éstos cambios serán fuente de procesos de tensión, estrés, ansiedad, preocupación, miedos, etc., que, a su vez, los mismos pueden cronificarse junto a la misma enfermedad (Brannon y Feist, 2001; Latorre y Beneit, 1994). En esta línea Sepede, Racciatti, Gorgoretti, Nacci, Di Gianntonio y Gambi (2011) sugieren la necesidad de intervención terapéutica en la depresión comórbida que se presenta en estos enfermos, con el objeto de reducir los niveles de tensión y alexitimia que padecen.

Rakib, White, Pinching, Hedge, Newbery, Fakhoury y Priebe (2005) en su estudio expresan como estos enfermos comunican no estar satisfechos con su situación económica, con todo lo relacionado con el ocio y con la vida a nivel global. Además revelan que, independientemente de como las personas hayan adquirido esta enfermedad, las consecuencias sobre la calidad de vida son negativas. También evidencian que la sintomatología depresiva en las personas que padecen esta enfermedad, les encamina hacia una percepción subjetiva que les ocasiona experimentar una calidad de vida baja, por lo que consideran necesario que se continúe investigando tanto desde un marco farmacológico como psicológico con el fin de poder encontrar tratamientos que puedan ayudar a estos enfermos.

Diferentes estudios (Taylor, O'Brien, Kielhofner, Lee, Katz y Mean, 2010; Kennedy, Underwood y Belch, 2010), resaltan la afectación y el deterioro de la calidad de vida en los niños con la enfermedad de la EM/SFC, que les produce un fuerte agotamiento, déficits cognitivos, que les obliga al absentismo escolar, impidiéndoles el normal desenvolvimiento en sus actividades e interrelaciones sociales, influyendo muy negativamente en la calidad de vida de los mismos.

Para este estudio se ha utilizado el Cuestionario de Salud SF-36 (Ware, Snow, Kosinski y Gandek 1993), que consta de 36 ítems que exploran los estados de salud, tanto a nivel positivo como negativo (Vilagut, Ferrer, Rajmil, Rebollo... y Alonso, 2005).

Está compuesto por ocho escalas, relativas a los aspectos de la salud que generalmente son más tenidos en cuenta (Ware, 2000), siendo éstos: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Además existe un ítem, cuya finalidad es explorar el estado de salud que tuvo la persona el año antes de la pasación del cuestionario, y aunque no es tenido en cuenta a la hora del cálculo con las restantes escalas, pero si nos proporciona el estado de salud de la persona sobre el mencionado año (Alonso, Prieto y Anton, 1995).

Segunda parte:
ESTUDIO EMPÍRICO

MÉTODO

1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1.1. Objetivos.

1. Analizar la incidencia de Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio en enfermos con EM/SFC.
2. Identificar la repercusión de qué datos (factores o circunstancias) sociodemográficos y clínicos de los enfermos con EM/SFC tienen sobre la Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio.
3. Comprobar la influencia de qué variables relacionadas con el bienestar tienen para modular positivamente (reducir) la Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio.
4. Proponer un modelo de probabilidad de la Depresión, Desesperanza y Riesgo de suicidio en enfermos con EM/SFC.

1.2. Hipótesis.

A partir de los objetivos -y orientados por ellos- postulamos las siguientes hipótesis:

Hipotesis-1. En las personas con EM/SFC existe una incidencia superior a la media poblacional, sin EM/SFC, de Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio.

Hipotesis-2. Existen datos (factores o circunstancias) sociodemográficos y clínicos asociados de forma significativa con Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio.

Hipotesis-3. Existen variables (Esperanza, Bienestar Psicológico, Locus de Control, Apoyo Social, Afrontamiento, Sentido de Coherencia y Calidad de Vida) que modulan positivamente (reducen) los efectos producidos por los Datos (factores o circunstancias) Sociodemográficos en Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio.

H3.1. La *Esperanza* reduce el efecto negativo producido por las circunstancias sociodemográficas en la Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio en las personas con EM/SFC.

H3.2. El *Bienestar psicológico* reduce el efecto negativo producido por las circunstancias sociodemográficas en la Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio en las personas con EM/SFC.

H3.3. El *Locus de control* reduce el efecto negativo producido por las circunstancias sociodemográficas en la Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio en las personas con EM/SFC.

H3.4. El *Apoyo social* reduce el efecto negativo producido por las circunstancias sociodemográficas en la Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio en las personas con EM/SFC

H3.5. El *La Afrontamiento* reduce el efecto negativo producido por las circunstancias sociodemográficas en la Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio en las personas con EM/SFC.

H3.6. El *Sentido de coherencia* reduce el efecto negativo producido por las circunstancias sociodemográficas en la Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio en las personas con EM/SFC.

H3.7. La *Calidad de vida* reduce el efecto negativo producido por las circunstancias sociodemográficas en la Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio en las personas con EM/SFC.

2. PARTICIPANTES.

Han participado en esta investigación 205 personas, todas ellas diagnosticadas de Encefalomielitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica (Tabla 1). De la muestra citada, 187 son mujeres y 18 hombres.

Siendo el estado civil: 41 personas solteras, 119 casadas o en pareja estable, 37 separadas y 8 personas viudas.

El nivel educativo: 14 personas con estudios Primarios, 39 con ESO, 72 de Bachillerato y 80 Universitario.

Tabla 1
Estado civil y nivel educativo de la muestra

	Estado Civil				Nivel educativo			
	Solteros	Casados	Separados	Viudos	Primarios	ESO	Bachillerato	Universitarios
Nº	41	119	37	8	14	39	72	80
Total			205				205	

La ubicación residencial por Comunidades Autónomas está distribuida de la siguiente forma: 7 de Andalucía, 1 de Aragón, 1 de Asturias, 5 de Canarias, 4 de Castilla la Mancha, 15 de Castilla y León, 102 de Cataluña, 7 de Galicia, 22 de Madrid, 1 de Murcia, 14 de Navarra, 5 del País Vasco, 3 de La Rioja y 18 de Valencia.

3. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA.

3.1. Variables dependientes

3.1.1. Depresión.

IDB-Inventario de Depresión de Beck.

Autores: Beck, Rush, Shaw y Emery (1979).

Pasación: Autoadministrada.

Duración aproximada: 12 minutos.

Significación: Está dirigido a cuantificar la sintomatología depresiva en poblaciones normales y clínicas.

Material: Dos hojas donde aparecen los 21 ítems, con cuatro opciones de respuesta, a elegir una en cada uno de ellos, que será marcada en la misma hoja (0, 1, 2, 3).

Adaptación española realizada por Sanz y Vázquez (1991). La fiabilidad/consistencia interna obtenida por Sanz y Vázquez (1998) fue un Alpha de Cronbach de 0.83.

La Fiabilidad resultante en esta tesis con los 205 participantes todos ellos enfermos de EM/SFC ha sido: Alpha de Cronbach: 0.92

3.1.2. Desesperanza.

ED-Escala de Desesperanza.

Autores: Beck, Weissman, Lester, y Trexler (1974).

Pasación: Autoadministrada.

Duración aproximada: 10 minutos

Significación: Evalúa el nivel de desesperanza, el cual predice la existencia de riesgo de suicidio en personas en estados depresivos.

Material: Hoja donde se expresan los 20 ítems, con 2 opciones de respuesta en cada uno de ellos, que será marcada en la misma hoja. V = Verdadero, F = Falso.

Adaptación española realizada Bas y Andrés (1986).

La Fiabilidad resultante en esta tesis con los 205 participantes todos ellos enfermos de EM/SFC ha sido: Alpha de Cronbach: 0.94.

3.1.3. Riesgo de Suicidio.

IDB-*Inventario de Depresión de Beck*.

Grupo-9 del Inventario que tiene estas cuatro opciones de respuesta:

- 1-*No tengo ningún pensamiento de suicidio.*
- 2-*A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.*
- 3-*Desearía poner fin a mi vida.*
- 4-*Me suicidaría si tuviese oportunidad.*

Se considera Riesgo de Suicidio, cuando las personas eligen las respuesta a los ítems 3 y 4.

3.2. Variables independientes asignadas o moduladoras.

3.2.1 Esperanza.

ADHS-*Escala de Disposición a la Esperanza en Adultos*.

Autores: Snyder, Harris, Anderson, Holleran, Irving, Sigmon, Yoshinobu, Gibb, Langelle, y Harney (1991). Adaptación española: Flores-Lucas, Martín-Antón, Carbonero-Martín, Valdivieso y Martínez-Sinovas (en prensa).

Pasación: Autoadministrada.

Duración aproximada: 7 minutos.

Significación: Escala compuesta por 12 ítems explora la disposición a la esperanza en adultos. Cuatro ítems analizan el pensamiento orientado a las *vías* (capacidad con la que se percibe la persona para crear caminos que le dirijan hacia algún lugar), otros cuatro ítems al pensamiento orientado a la *agencia* (energía/fuerza de voluntad para comenzar a dirigirse hacia la meta) y por último los restantes cuatro ítems son de despiste.

Material: Hoja con los 12 ítems. Opciones de respuesta de 1 al 4, donde 1=totalmente de acuerdo, 2=mayormente falso, 3=mayormente cierto, 4=totalmente cierto.

La fiabilidad/consistencia interna en el estudio original fue de (Alfa de Cronbach) 0.74 a 0.84 (Snyder, 1995).

La Fiabilidad resultante en esta tesis con los 205 participantes todos ellos enfermos de EM/SFC ha sido: Alpha de Cronbach: Objetivos $\alpha = .83$; Agencia $\alpha = .77$; Global Esperanza $\alpha = .87$.

3.2.2. Sentido de Coherencia.

SOC-13 *Escala de Sentido de Coherencia*.

Autores: Aaron y Antonovsky (1993). Adaptación española realizada por Manga y Rodríguez (2006).

Pasación: Autoadministrada.

Duración aproximada: 8 minutos.

Significación: consta de 13 ítems que se responden en una escala tipo Likert con siete puntuaciones que van desde siempre (1) a nunca (7).

Su composición es de cuatro ítems sobre *significatividad* (hace referencia a lo significativo que son tanto los retos como la vida, es importante comprometerse en esforzarse por conseguirlos y por vivir la vida) cinco sobre *comprensibilidad* (sentimiento consciente de que se está en disposición de comprender lo que está sucediendo) y cuatro sobre *manejabilidad* (la persona se encuentra con los recursos suficientes para hacer frente a los problemas que le sobrevengan).

Material: Hoja donde constan los 13 ítems,

La fiabilidad se encuentra entre 0.70 y 0.92 según Nunnally y Bernstein (1994).

La Fiabilidad resultante en esta tesis con los 205 participantes todos ellos enfermos de EM/SFC ha sido: Alpha de Cronbach: Comprensibilidad $\alpha = .73$; Manejabilidad $\alpha = .64$; Significatividad $\alpha = .73$; Global $\alpha = .87$.

3.2.3. Locus de Control.

Escala de Internalismo-Externalismo de Rotter.

Autor: Rotter (1966). Adaptación española realizada por Pérez-García (1984).

Pasación: Autoadministrada.

Duración aproximada: 15 minutos.

Significación: Evalúa el constructo "locus de control" – expectativas generalizadas de control sobre los refuerzos, facilitando la medición en internos o externos.

Material: Hoja donde se expresan los 29 ítems, con dos opciones de respuesta a elegir en cada uno de ellos, que será marcada en la misma hoja.

La Fiabilidad/consistencia interna resultante en esta tesis con los 205 participantes todos ellos enfermos de EM/SFC ha sido: Alpha de Cronbach: 0.83

3.2.4. Apoyo Social.

SS-A-R *Escala de Apoyo Social*.

Autores: Vaux, Jellrey, Lori, Thomson, Williams y Stewart (1986). Adaptación española: Bermúdez, Sánchez-Elvira y Pérez-García (1990).

Pasación: Autoadministrada.

Duración aproximada: 15 minutos.

Significación: Evalúa el constructo “Apoyo Social” – la obtención de recursos (materiales, cognitivos y/o afectivos) que considera la persona que está recibiendo en su interacción con familia, amigos, pareja, colaboradores, vecinos, profesionales, etc.

Material: Hoja donde se expresan los 30 ítems, con cuatro opciones de respuesta a elegir en cada uno de ellos, que será marcada en la misma hoja. 0 = totalmente en desacuerdo, 1= En desacuerdo, 2 = De acuerdo, 3 = totalmente de acuerdo.

La Fiabilidad/consistencia interna resultante en esta tesis con los 205 participantes todos ellos enfermos de EM/SFC ha sido (Alpha de Cronbach): Apoyo Familiar $\alpha = .93$; Apoyo Amigos $\alpha = .91$; Búsqueda Apoyos $\alpha = .64$; Global $\alpha = .89$.

3.2.5. Afrontamiento.

WOC-RR *Escala de Afrontamiento*.

Autores: Revisión abreviada del *Ways of Coping Revised* (WOC-R) de Folkman y Lazarus (1988). Adaptación española: Bermúdez, Sánchez-Elvira y Pérez-García (1990).

Pasación: Autoadministrada.

Duración aproximada: 10 minutos.

Significación: Evalúa el constructo “afrontamiento” acotando siete estrategias de afrontamiento: *Confrontación* (ítems: 1, 7, 20), *Distanciamiento* (5, 8, 16), *Control* (autocontrol y aceptación de la responsabilidad) 3, 6, 10, 13, 18), *Búsqueda de Apoyo Social* (2, 17, 19), *Escape/evitación* (4, 12, 15, 23, 24), *Planificación* (9, 21) y *Reevaluación positiva* (11, 14, 22, 25).

Material: Hoja donde se expresan los 25 ítems, con cuatro opciones de respuesta (desde 0 = No, en absoluto hasta 3 = Totalmente) a elegir en cada uno de ellos, que será marcada en la misma hoja.

La Fiabilidad/consistencia interna resultante en esta tesis con los 205 participantes todos ellos enfermos de EM/SFC ha sido (Alpha de Cronbach) baja en cualquiera de las escalas: Confrontación $\alpha = .59$; Distanciamiento $\alpha = .53$;

Control $\alpha = .24$; Apoyo Social $\alpha = .58$; Escape $\alpha = .60$; Planificación $\alpha = .57$; Evaluación Positiva $\alpha = .66$.

3.2.6. Bienestar Psicológico.

SPWB-*Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff*

Autores: Denominación propuesta por Ryff (1989a): Scales of Psychological Well-Being. Van Dierendonck (2004) elabora la versión que se ha utilizado (Díaz, et al., 2006). En esta nueva versión, los niveles de consistencia interna mejoran (α de Cronbach 0.84 a 0.70). Además, las escalas mostraron un nivel de ajuste excelente al modelo teórico propuesto por Van Dierendonck (2004).

Pasación: Autoadministrada.

Duración aproximada: 25 minutos.

Significación: Evalúa estas seis dimensiones del bienestar psicológico: *Autoaceptación*: (ítems +1, +7, -13, +19, +31, -25). *Relaciones positivas*: (ítems -2, +8, +14, -20, -26, +32). *Autonomía*: (ítems +3, -4, -9, +10, -15, +21, -27, -33). *Dominio del entorno*: (ítems -5, +11, +16, -22, +28, +39). *Crecimiento personal*: (ítems +24, -30, -34, +35, -36, +37, +38). *Propósito en la vida*: (ítems +6, +12, +17, +18, +23, -29). Pauta para la puntuación: (1=6), (2=5), (3=4), (4=3), (5=2), (6=1)

Los ítems que se detallan con signo negativo, se les invierte para asignarle la puntuación.

Material: 39 ítems. Opciones de respuestas desde 1 = totalmente en desacuerdo hasta 6 = totalmente de acuerdo.

La Fiabilidad/consistencia interna resultante en esta tesis con los 205 participantes todos ellos enfermos de EM/SFC ha sido (Alpha de Cronbach): Autoaceptación $\alpha = .85$; Relaciones Positivas $\alpha = .87$; Autonomía $\alpha = .79$; Dominio del entorno $\alpha = .67$; Crecimiento personal $\alpha = .55$; Propósito en la vida $\alpha = .83$; Global $\alpha = .92$.

3.2.7. Calidad de Vida.

SF-36 *Escala de Calidad de Vida*.

Autores: Ware, Snow, Kosinski y Gandek (1993). Versión española realizada por Alonso, Prieto y Antón (1995).

Pasación: Autoadministrada.

Duración aproximada: 20 minutos.

Significación: Evalúa ocho dimensiones del constructo "Calidad de vida" (Explora la salud física y el estado emocional): *Función física*: Nivel de limitación en las actividades físicas básicas diarias debido a la falta de salud. *Rol físico*:

Nivel más bajo de rendimiento en la actividad laboral, a causa de la falta de salud. *Dolor corporal*: Nivel de intensidad del dolor padecido y como afecta en el trabajo y en los quehaceres del hogar. *Salud general*: Como evalúa la persona su estado de salud tanto en la actualidad como en el futuro. *Vitalidad*: Con qué energía y sentimiento de vitalidad se encuentra la persona cuando está en un estado de ánimo bajo y se siente cansado. *Función social*: Nivel de afectación en la vida social de la persona cuando está sufriendo problemas emocionales o físicos, causados por la falta de salud. *Rol emocional*: Nivel de afectación de la problemática emocional en las actividades laborales y cotidianas. *Salud mental*: Como evalúa la persona su salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general.

Material: 3 hojas donde se relacionan los 36 ítems.

La fiabilidad/consistencia interna en el estudio original es alta ($\alpha = .80$ en cada una de las dimensiones a excepción de la Función Social que es $\alpha = .76$). En la versión española los valores son muy semejantes.

La Fiabilidad/consistencia interna resultante en esta tesis con los 205 participantes todos ellos enfermos de EM/SFC ha sido (Alpha de Cronbach): Función Física $\alpha = .92$; Rol Físico $\alpha = .84$; Rol Emocional $\alpha = .97$; Vitalidad $\alpha = .80$; Salud Mental $\alpha = .90$; Función Social $\alpha = .81$; Dolor $\alpha = .92$, Salud General $\alpha = .79$.

4. PROCEDIMIENTO

El inicio del proceso de recogida de datos fue en Septiembre de 2011. Una paciente que asistía a consulta por sufrir ansiedad, enferma de EM/SFC, nos pone en contacto con dos asociaciones catalanas de la EM/SFC (Liga del Síndrome de Fatiga Crónica y ASSEM-Asociación Sanitarios al Servicio de la Encefalomiélitis Miálgica). Posteriormente nos facilitan el contacto con la Presidenta de ASQUIFYDE (Asociación Estatal de Afectados por los Síndromes de Sensibilidad Química Múltiple y Fatiga Crónica, Fibromialgia y para la Defensa de la Salud Ambiental), la cual publica nuestra carta de solicitud de colaboración y anima a las diferentes asociaciones de las distintas comunidades autónomas y capitales de provincia a que informen en sus páginas Webs y que publiquen dicha carta. Es menester mencionar que dicha colaboración se hizo efectiva una vez que, por nuestra parte, se permitió la colaboración de la Presidenta de la Asociación Estatal en la elaboración de los 96 ítems de los Datos Sociodemográficos y Clínicos.

Estas asociaciones publicaron nuestra carta de solicitud de colaboración en sus páginas Webs.

Vía correo electrónico comenzaron a ponerse en contacto con nosotros las personas interesadas en participar. Se les pidió que facilitasen una dirección de correo postal, con el objeto de hacerles llegar las diferentes escalas e inventarios. Una vez se comenzó a disponer de dichas direcciones, se les adjuntaron los diferentes cuestionarios, junto a un sobre sellado con nuestra dirección.

Podían participar las personas que estuviesen diagnosticadas de padecer EM/SFC y que residieran en cualquiera de las comunidades españolas.

Desde Diciembre de 2011 hasta Enero de 2013 se enviaron 257 cartas a las personas que previamente solicitaban participar y facilitaban su dirección de correo postal, se les adjuntaba el *Cuadernillo de Recogida de datos* (ver en anexo) donde se les explicaba la forma de cumplimentarlos.

Obtuvimos respuesta de 216 (84%). Se excluyeron a 3 que no residían en España, 2 que eran personas enfermas de Fibromialgia pero no tenían el diagnóstico de EM/SFC y 6 que no completaron suficientemente los cuestionarios.

Finalmente se pudo obtener una muestra de 205 (79'77%) personas enfermas de EM/SFC, las cuales habían cumplimentado correctamente el *Cuadernillo de Recogida de datos*.

RESULTADOS

Se presenta la relación de ítems numerados de los datos sociodemográficos y clínicos que guiarán los resultados que se desarrollarán a continuación.

- i1. Edad
- i2. Sexo
- i3. Estado Civil
- i4. Nivel Educativo
- i5. Residencia
- i6. ¿Cuánto tiempo hace que se inició la enfermedad?
- i7. ¿Cuánto tiempo hace que obtuvo el diagnóstico?
- i8. ¿Cuántos especialistas ha visitado hasta conseguir el diagnóstico?
- i9. ¿Qué especialista realizó el diagnóstico?
- i10. ¿El diagnóstico fue obtenido en la Sanidad Pública o Privada?
- i11. En caso de haber obtenido el diagnóstico por la Sanidad Privada, ¿le pareció elevado el coste económico?
- i12. ¿Cuánto le costó?
- i13. ¿Qué grado actual de EM/SFC padece?
- i14. Además de EM/SFC ¿le han diagnosticado otras enfermedades?
- i15. ¿Le han realizado, además, un diagnóstico diferencial de Fibromialgia (FM), Sensibilidad Química Múltiple (SQM) o de Electrohipersensibilidad (EHS)?
- i16-) ¿Qué otras enfermedades le han diagnosticado?
- i17. ¿Le han informado los médicos de que la EM/SFC que padece Vd. es una enfermedad de Sensibilización Central y que pertenece al grupo de enfermedades neuroendocrinas?
- i18. ¿Le han informado los médicos sobre las posibles causas de la EM/SFC que padece?
- i19. ¿Le han informado los médicos de cómo paliar el efecto de los síntomas que padece?
- i20. ¿Se considera Vd. bien informado?
- i21. ¿Ha utilizado otras vías de información para saber lo que considera necesario acerca de la EM/SFC?
- i22. ¿Qué otras vías de información ha utilizado?
- i23. ¿Le hacen seguimiento médico de la EM/SFC?
- i24. ¿Con qué periodicidad le hacen el seguimiento médico?
- i25. ¿Le hacen el seguimiento médico en la Sanidad Pública o Privada?
- i26. ¿Le han informado los médicos que las exposiciones a químicos cotidianos como colonias, ambientadores, etc. influyen en las enfermedades de Sensibilización Central, entre las que se encuentra la EM/SFC?
- i27. ¿Tiene sensibilidad o intolerancia a algunos agentes químicos?
- i28. ¿Tiene sensibilidad o intolerancia a las ondas eléctricas o electromagnéticas?
- i29. ¿Ha observado si la exposición medioambiental a sustancias químicas le repercute en la EM/SFC de forma negativa?
- i30. ¿Utiliza mascarilla para el contacto con el exterior?
- i31. ¿Utiliza algún tipo de soporte para la fatiga o el dolor?
- i32. ¿Debe realizar control ambiental debido a su enfermedad?

- i33. ¿Realizar dicho control ambiental le supone un gasto económico superior al que tenía antes de enfermar?
- i34. Cuando debe acudir a un profesional de la salud, ¿éste tiene en cuenta los posibles efectos de los agentes químicos en su salud?
- i35. En el caso de que los agentes químicos repercutan negativamente en su salud, ¿son controlados cuando debe acudir a un centro sanitario?
- i36. ¿Es fácil de localizar los materiales o productos que Vd. necesita para realizar el control ambiental?
- i37. ¿Tiene familia a su cargo?
- i38. ¿Cuánta familia tiene a su cargo?
- i39. ¿Su situación laboral es de trabajo?
- i40. ¿Su situación laboral es de paro?
- i41. ¿Su situación laboral es de baja por enfermedad?
- i42. ¿Su situación laboral es de invalidez permanente total?
- i43. ¿Su situación laboral es de invalidez permanente absoluta?
- i44. ¿Su situación laboral es de subsidio de desempleo?
- i45. ¿Su situación laboral es de cobrando ayuda familiar?
- i46. ¿Su situación laboral es de jubilación/otras ayudas familiares?
- i47. En caso que lo necesite ¿le han adaptado el puesto de trabajo a la patología que padece?
- i48. ¿Le ha sido fácil de conseguir la adaptación del puesto de trabajo?
- i49. ¿Por qué motivo no ha sido fácil conseguir la adaptación del puesto de trabajo?
- i50. ¿Se le ha reconocido alguna minusvalía?
- i51. ¿Qué porcentaje de minusvalía se le ha reconocido?
- i52. ¿Considera justo el porcentaje de minusvalía reconocido?
- i53. ¿Se le ha reconocido algún grado de dependencia?
- i54. ¿Qué grado de dependencia le han reconocido?
- i55. ¿Cobra la ayuda de dependencia?
- i56. ¿Ha tenido que recurrir a los tribunales para poder acceder a los derechos que le corresponde?
- i57. ¿Qué número de veces ha tenido que recurrir a los tribunales?
- i58. ¿Le ha supuesto un gasto añadido recurrir a los tribunales para el reconocimiento de sus derechos?
- i59. ¿Cuánto tiempo ha tardado cada caso en los tribunales?
- i60. ¿Considera que se encuentra en una situación justa desde el punto de vista del reconocimiento de sus derechos sociales y
- i61. ¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de familiares?
- i62. ¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de amistades?
- i63. ¿La enfermedad le ha supuesto pérdida o reducción de trabajo?
- i64. ¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o reducción de ingresos?
- i65. ¿Mantiene alguna de las actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad?
- i66. ¿Qué actividades lúdicas mantiene?
- i67. ¿El personal médico ha trivializado su enfermedad?
- i68. ¿El trato recibido por los profesionales de la salud (ICAM,INSS) le ha hecho sentirse mal o culpable por padecer EM/SFC?

- i69. ¿Se ha sentido menospreciado, ridiculizado en alguna ocasión cuando ha tenido que acudir a algún centro sanitario en solicitud de atención médica?
- i70. Cuando acude a un profesional de la salud que, de forma evidente, desconoce la patología que Vd. padece, ¿intenta Vd. informarle o llevarle documentación informativa?
- i71. ¿Cómo suele reaccionar normalmente este profesional ante su voluntad de darle información?
- i72. ¿En alguna ocasión se ha sentido menospreciado en su ámbito socio-laboral por padecer esta enfermedad?
- i73. ¿En alguna ocasión le han derivado o aconsejado tratamiento psicológico o psiquiátrico?
- i74. ¿Le explicaban el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico o psiquiátrico?
- i75. ¿Consideraba necesario el tratamiento psicológico/psiquiátrico para tratar la EM/SFC?
- i76. Le ha sido de utilidad el tratamiento psicológico o psiquiátrico?
- i77. Se ha sentido manipulado/engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico o psiquiátrico?
- i78. ¿Le han prometido curación con el tratamiento psicológico o psiquiátrico?
- i79. ¿Le estimaron tiempo de curación?
- i80. ¿Cuánto tiempo de curación le estimaron?
- i81. Durante el tratamiento psicológico o psiquiátrico le calificaron de alguna manera negativa?
- i82. ¿Le han dado medicación que ha empeorado su salud o que no ha tolerado?
- i83. ¿Considera que la sanidad y los estamentos públicos dan respuesta a los problemas de calidad de vida que plantea vivir con esta enfermedad?
- i84. ¿Qué resultado ha obtenido con los tratamientos prescritos por la Sanidad Pública?
- i85. ¿Qué resultado ha obtenido con los tratamientos prescritos por la Sanidad Privada?
- i86. En caso de que no le hayan ayudado a mejorar, ¿cree que hay tratamientos que le podrían ayudar?
- i87. Si cree que hay tratamientos que le pueden ayudar, ¿cuál es el motivo por el cual no accede a ellos?
- i88. ¿Su familia respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad que padece?
- i89. En el caso de padecer además SQM y/o EHS, ¿colabora en el control ambiental?
- i90. Las relaciones íntimas con su pareja ¿se han visto afectadas por padecer esta patología?
- i91. El proyecto vital con su pareja (concebir hijos, viajes, etc.) ¿se ha visto afectado por padecer esta patología?
- i92. El hecho de padecer esta patología, ¿merma la capacidad económica de la unidad familiar?
- i93. ¿Necesita recurrir en ocasiones a la familia para hacer frente a sus necesidades cotidianas?
- i94. ¿Su círculo social respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad que padece?
- i95. ¿Cómo calificaría su relación con el vecindario?
- i96. ¿Cree que su condición de mujer influye de forma negativa ante la respuesta sanitaria, política y social global frente al padecimiento de esta patología?

1. ANÁLISIS DE LA ASOCIACIÓN ENTRE LAS VARIABLES PREDICTORAS Y LAS VARIABLES CRITERIO.

1.1. Asociación entre las puntuaciones de Depresión y las variables sociodemográficas y clínicas.

Para analizar la posible existencia de asociación se utilizaron las siguientes pruebas estadísticas en función del tipo de variable:

- Variable cuantitativa. Se evalúa la relación lineal entre las dos variables utilizando el coeficiente de correlación lineal de Pearson.
- Variable cualitativa. Para ver la asociación con este tipo de variables, se utilizó un contraste de igualdad de medias de la escala de depresión de Beck entre los grupos definidos por la variable cualitativa. En el caso de dos grupos se utiliza el contraste t-Student para muestras independientes. En el caso en el que el número de grupos sea mayor que 2 se plantea un contraste global utilizando un análisis de la varianza con un factor y cuando la hipótesis global de igualdad de medias se rechaza el contraste post-hoc de Tukey para hacer las comparaciones dos a dos. En el caso de que sean ordinales, además se calcula el coeficiente de correlación de Spearman.

VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS

Variables cuantitativas

En la tabla 2 se observa la correlación obtenida entre la variable Depresión (IDB) y la variable Edad (1). (El número que aparece entre paréntesis hace referencia al número de orden que tiene cada variable en los Datos Sociodemográficos y Clínicos explorados).

Tabla 2
Coeficiente de correlación lineal de Pearson de "Edad".

	N	Rho Pearson	IC 95% para rho		H ₀ : rho=0	
			Inf.	Sup.	t-valor	p-valor
Edad (1)	192	-0.1034	-0.2414	0.0388	-1.4325	0.1536

Variables cualitativas

En la tabla 3 puede comprobarse cómo las diferencias entre medias se encuentran entre Separado y Casado o Soltero. en la variable Estado Civil en relación con la variable Depresión,

Tabla 3

Contraste de igualdad de medias de Estado Civil en relación con la variable Depresión.

	N	Media	DT	IC 95% para la		Med.	Mín.	Max.	H0: igualdad de medias		
				media					Est.	p-valor	
				Inf.	Sup.						
Estado Civil (3)	Soltero	34	21.76	9.46	18.52	25.01	20.5	4	50	2.9004	0.0363
	Casado	112	22.84	9.6	21.02	24.65	22	5	51		
	Separado	36	27.81	11.72	23.9	31.71	27	6	50		
	Viudo	8	26.12	8.24	20.3	31.95	25.5	16	42		
	Total	190	23.73	10.11	22.26	25.19	22	4	51		

Como se observa en la tabla 3 la relación entre el estado civil y Depresión (IDB) es significativa. Las comparaciones dos a dos muestran que las diferencias se encuentran entre Separado y Casado, siendo mayor su puntuación en el inventario IDB en los separados. Además, encontramos una tendencia a la significación entre soltero y separado. El resultado en el inventario IDB es mayor en los separados.

En la tabla 4 se puede comprobar cómo la relación entre la variable Estado Civil y depresión es significativa, observándose que las diferencias se encuentran entre Separado y Casado o Soltero.

Tabla 4

Relación "Estado Civil" con Depresión.

Nivel (I)	Nivel (II)	Diferencia	IC 95% para la diferencia		p-valor
			Inf.	Sup.	
Soltero	Casado	1.0746	-3.9837	6.1329	0.9463
	Separado	6.0408	-0.1370	12.2187	0.0579
	Viudo	4.3603	-5.7909	14.5115	0.6817
Casado	Separado	4.9663	0.0169	9.9156	0.0489
	Viudo	3.2857	-6.1682	12.7397	0.8043
Separado	Viudo	-1.6806	-11.7779	8.4168	0.9730

Variables ordinales

En la tabla 5 puede comprobarse cómo en la variable Nivel Educativo las diferencias entre las medias se encuentran entre Universitario y ESO o Bachillerato.

Tabla 5

Contraste de igualdad de medias en la variable Nivel Educativo en relación con Depresión.

Nivel Educativo (4)	N	Media	DT	IC 95% para la media		Med.	Mín.	Max.	H0: igualdad de medias		Rho de Spearman	
				Inf.	Sup.				Est.	p-valor	rho	p-valor
ESO	35	26.89	9.91	23.54	30.24	28	12	50				
Bachillerato	69	25.8	9.94	23.4	28.19	26	5	51				
Universitario	78	20.5	9.9	18.26	22.74	18.5	4	50				
Total	190	23.85	10.24	22.37	25.34	22	4	51				

DT=Desviación Típica; Med. = Mediana; Mín.=Mínimo; Máx. = Máximo, KS = Kolmogorv-Smirnov

Como muestra la tabla 5 la relación entre nivel educativo y depresión (IDB) es significativa, a medida que aumenta el nivel de estudios disminuye la puntuación en este inventario. Las comparaciones dos a dos muestran que las diferencias se encuentran entre el nivel Universitario y ESO sí hay una diferencia significativa y entre el nivel Universitario y Bachillerato hay una tendencia a la significación, las personas con estudios universitarios presentan menores índices de Depresión.

En la tabla 6 se puede comprobar como la relación entre la variable Nivel Educativo y el IDB es significativa, observándose que las diferencias se encuentran entre el nivel Universitario y ESO o Bachillerato.

Tabla 6
Relación Nivel Educativo con Depresión.

Nivel (I)	Nivel (II)	Diferencia	IC 95% para la diferencia		p-valor
			Inf.	Sup.	
Primario	ESO	0.3857	-9.6951	10.4665	0.9996
	Bachillerato	-0.7029	-10.3105	8.9047	0.9976
	Universitario	-6.0000	-15.5499	3.5499	0.3650
ESO	Bachillerato	-1.0886	-6.4269	4.2496	0.9520
	Universitario	-6.3857	-11.6193	-1.1521	0.0098

VARIABLES CLÍNICAS

Variables cuantitativas

En la tabla 7 se observa la correlación obtenida entre la variable Depresión y las variables “Tiempo transcurrido hasta obtener el diagnóstico” y “¿Le estimaron tiempo de curación?”.

Tabla 7
Correlación “¿Tiempo transcurrido hasta obtener el diagnóstico?” y “¿Le estimaron tiempo de curación?” con Depresión.

	N	Rho Pearson	IC 95% para rho		H ₀ : rho=0	
			Inf.	Sup.	t-valor	p-valor
T diagnóstico (7)	183	-0.2055	-0.3404	-0.0623	-2.8244	0.0053
T curación (80)	6	-0.8682	-0.9854	-0.1917	-3.4991	0.0249

Como muestra la tabla 7 son significativas las relaciones entre el inventario depresión (IDB):

-Ítem 7: Tiempo transcurrido hasta obtener el diagnóstico. La relación es negativa, es decir que el resultado en el inventario IDB disminuye a medida que aumenta el tiempo en que se obtuvo el diagnóstico.

-Ítem 80: ¿Le estimaron tiempo de curación?. La relación es negativa, es decir que el resultado en el inventario IDB disminuye en aquellos que son informados del aumento del tiempo de curación. En este caso sólo hay información de 6 pacientes.

Variables cualitativas

En la tabla 8 se observa el contraste de igualdad de medias en el IDB entre los grupos definidos por cada una de las variables cualitativas en las que la relación de éstas con el IDB ha resultado significativa. Siendo estas variables: ¿Le han informado los médicos de que la EM/SFC que padece Vd. es una enfermedad de Sensibilidad Central y que pertenece al grupo de enfermedades neuroinmunoendocrinas? (17), ¿Le hacen seguimiento médico de la EM/SFC? (23), ¿Su situación laboral es trabaja? (39), ¿Su situación laboral es en paro? (40), ¿Le ha sido fácil de conseguir la adaptación del puesto de trabajo? (48), ¿Considera que se encuentra actualmente en una situación justa desde el punto de vista del reconocimiento de sus derechos sociolaborales? (60), ¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos familiares? (61), ¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de amistades? (62), ¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o de trabajo?(63), ¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o reducción de ingresos? (64), ¿Mantiene algunas de las actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad? (65), ¿Se ha sentido menospreciado, ridiculizado en alguna ocasión cuando ha tenido que acudir a algún centro sanitario en solicitud de atención médica? (69), Cuando acude a un profesional de la salud que, de forma evidente, desconoce la patología que Vd. padece ¿intenta Vd. informarle o llevarle documentación informativa? (70), ¿En alguna ocasión se ha sentido menospreciado en su ámbito socio-laboral, por padecer esta enfermedad? (72), ¿En alguna ocasión le han derivado o aconsejado tratamiento psicológico o psiquiátrico por padecer EM/SFC? (73), ¿Le explicaban cuál era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico o psiquiátrico? (74), ¿Consideraba Vd. necesario el tratamiento psicológico/psiquiátrico para tratar la EM/SFC? (76), ¿Se ha sentido manipulado, engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico? (77), ¿Le estimaron tiempo de curación durante el tratamiento psicológico/psiquiátrico ? (79), Los tratamiento prescritos por la sanidad privada: ¿Le han ayudado a mejorar? (85), ¿Su familia respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad que padece? (88), Las relaciones íntimas con su pareja ¿se han visto afectadas por padecer esta patología? (90), El hecho de padecer estas patologías, ¿merma la capacidad económica de la unidad familiar? (92), ¿Necesita recurrir en ocasiones a la familia para hacer frente a sus necesidades cotidianas? (93), ¿Su círculo social respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad que padece? (94).

Tabla 8

Contraste de igualdad de medias de variables cualitativas y relación con Depresión.

		N	Media	DT	IC 95% para la media		Med.	Mín.	Max.	Ho: igualdad de medias	
					Inf.	Sup.				Est.	p-valor
Médicos informan SFC enfermedad (17)	Sí	91	21.85	10.18	19.71	23.98	20	4	50	-2.566	0.0111
	No	99	25.56	9.69	23.61	27.5	25	8	51		
	Total	190	23.78	10.08	22.32	25.24	22	4	51		
Seguimiento médico (23)	Sí	132	22.44	10.06	20.69	24.19	21	4	51	-2.666	0.0087
	No	61	26.51	9.76	24.01	29.01	26	8	46		
	Total	193	23.73	10.12	22.27	25.18	22	4	51		
Actualmente trabaja (39)	Sí	30	20.3	8.12	17.33	23.27	18.5	5	41	-2.388	0.0209
	No	163	24.33	10.3	22.72	25.94	23	4	51		
	Total	193	23.7	10.08	22.25	25.16	22	4	51		
En paro (40)	Sí	46	26.54	10.45	23.46	29.62	28	4	50	2.050	0.0439
	No	148	22.97	9.97	21.33	24.6	21.5	5	51		
	Total	194	23.81	10.17	22.35	25.27	22	4	51		
Fácil conseguir adaptación (48)	Sí	6	17.17	3.97	13.92	20.41	17.5	12	21	-3.325	0.003
	No	34	25.56	11.31	21.68	29.44	25	6	51		
	Total	40	24.3	10.93	20.84	27.76	22	6	51		
Derechos socio-laborales (60)	Sí	24	17.33	8.65	13.8	20.87	16	7	44	6.97	0.0012
	No	151	25.07	10.25	23.4	26.74	25	4	51		
	A medias	1	11	.	.	.	11	11	11		
	Total	176	23.94	10.39	22.37	25.5	22	4	51		
Pérdidas familiares (61)	Sí	125	25.77	9.94	23.99	27.55	25	5	51	3.539	0.0005
	No	67	20.52	9.71	18.15	22.89	18	4	50		
	Total	192	23.94	10.15	22.47	25.4	22.5	4	51		
Pérdidas amistades (62)	Sí	163	24.61	10.06	23.04	26.19	24	4	51	2.456	0.0189
	No	28	19.54	10.11	15.71	23.36	17	7	50		
	Total	191	23.87	10.2	22.39	25.35	22	4	51		
Pérdida trabajo (63)	Sí	173	24.43	10.28	22.87	25.99	24	4	51	2.325	0.0321
	No	15	19	8.52	14.6	23.4	18	7	43		
	Total	188	23.99	10.23	22.5	25.49	23	4	51		
Pérdida ingresos (64)	Sí	164	24.54	10.14	22.96	26.13	23.5	4	51	2.683	0.0108
	No	27	19.41	9.05	15.92	22.89	18	5	50		
	Total	191	23.82	10.13	22.35	25.28	22	4	51		
Mantenimiento actividad lúdica (65)	Sí	109	20.67	8.29	19.08	22.26	20	4	43	-4.798	<0.0001
	No	81	27.59	10.84	25.18	30	28	5	51		
	Total	190	23.62	10.04	22.16	25.08	22	4	51		
Sentido menosprecio centro salud (69)	Sí	154	24.64	10.25	22.99	26.3	23.5	4	51	2.217	0.0303
	No	38	20.79	9.42	17.73	23.85	18	6	44		
	Total	192	23.88	10.19	22.41	25.35	22	4	51		
Intenta informar profesional (70)	Sí	160	24.41	10.41	22.76	26.05	24	4	51	2.012	0.0489
	No	34	21.03	8.52	18.11	23.95	20	7	45		
	Total	194	23.81	10.17	22.35	25.27	22	4	51		
Menosprecio socio-laboral (72)	Sí	134	25.28	10.39	23.49	27.08	25	5	51	3.509	0.0007
	No	46	19.83	8.62	17.29	22.37	18	4	41		
	Total	180	23.89	10.22	22.36	25.41	22	4	51		
Derivación tto psicológico (73)	Sí	181	24.31	10.22	22.8	25.83	23	5	51	3.902	0.0014
	No	12	16.5	6.42	12.79	20.21	16	4	32		
	Total	193	23.83	10.19	22.36	25.3	22	4	51		
Explicación motivo tto	No deriva	11	16.82	6.63	12.82	20.82	16	4	32	3.586	0.0297
	Sí	113	24.99	10.33	23.05	26.93	25	5	51		

		N	Media	DT	IC 95% para		Med.	Mín.	Max.	H ₀ : igualdad de medias	
					la media					Est.	p-valor
					Inf.	Sup.					
psicológico (74)	No	60	23.02	10.16	20.39	25.64	22	7	50	4.719	0.0034
	Total	184	23.86	10.25	22.35	25.37	22	4	51		
	No deriva	12	16.5	6.42	12.79	20.21	16	4	32		
Tto psicológico necesario (76)	Sí	29	23.69	8.16	20.66	26.72	23	12	41	4.997	0.0077
	No	81	26.43	10.76	24.04	28.82	25	5	50		
	Adaptación	59	22.08	9.81	19.53	24.64	21	7	51		
Manipulado cuando derivaron (77)	Total	181	23.92	10.14	22.41	25.43	22	4	51	4.997	0.0077
	No deriva	13	15.77	6.69	12.06	19.48	16	4	32		
	Sí	102	25.09	10.31	23.05	27.13	25	5	50		
Estimación tiempo curación (79)	No	64	23.88	10.06	21.36	26.39	22	7	51	-2.602	0.0255
	Total	179	23.98	10.24	22.45	25.51	23	4	51		
	Sí	10	16.9	9.02	11.19	22.61	16.5	5	31		
Tto sanidad privada (85)	No	159	24.61	10.05	23.02	26.2	23	7	51	4.5151	0.0018
	Mejorado	52	18.87	7.72	16.72	21.01	18	4	33		
	Empeorado	11	21.64	7.35	17.2	26.07	22	7	30		
Familia respeta limitaciones (88)	No	49	25.92	10.27	22.98	28.85	25	7	51	-2.361	0.0204
	No sabe	10	27.2	12.12	19.54	34.86	25	12	44		
	Sin tto	34	25.09	10.75	21.4	28.77	22	9	50		
Relaciones íntimas (90)	Total	156	23.17	9.97	21.57	24.76	22	4	51	7.678	<0.0001
	Sí	136	22.62	9.93	20.91	24.32	22	4	51		
	No	52	26.62	10.55	23.69	29.54	26	5	46		
Merma economía familiar (92)	Total	188	23.72	10.24	22.23	25.22	22	4	51	4.893	<0.0001
	Sí	167	24.63	10.2	23.06	26.21	24	4	51		
	No	10	12.4	4.38	9.63	15.17	13	5	18		
Familia necesidades cotidianas (93)	Total	177	23.94	10.35	22.39	25.5	23	4	51	3.167	0.0021
	Sí	170	24.7	10.3	23.12	26.28	23.5	4	51		
	No	19	16.84	6.09	14.05	19.64	17	7	26		
Circulo social respeta limitaciones (94)	Total	189	23.91	10.22	22.42	25.4	22	4	51	-3.143	0.0021
	Sí	143	25.09	10.23	23.38	26.8	25	4	51		
	No	49	20.14	9.15	17.53	22.76	17	7	43		
Circulo social respeta limitaciones (94)	Total	192	23.83	10.18	22.36	25.3	22	4	51	-3.143	0.0021
	Sí	112	21.87	9.78	20.02	23.71	20	4	50		
	No	67	26.81	10.4	24.26	29.35	28	5	51		
Circulo social respeta limitaciones (94)	Total	179	23.72	10.27	22.18	25.25	22	4	51	-3.143	0.0021
	Sí	112	21.87	9.78	20.02	23.71	20	4	50		
	No	67	26.81	10.4	24.26	29.35	28	5	51		

DT=Desviación Típica; Med. = Mediana; Mín.=Mínimo; Máx. = Máximo, KS = Kolmogorv-Smirnov

Son significativas las relaciones entre la escala IDB y,

Como se ha observado en la tabla 8:

-Ítem 17: "¿Le han informado los médicos de que la EM/SFC que padece Vd. es una enfermedad de Sensibilidad Central y que pertenece al grupo de enfermedades neuroinmunoendocrinas?". El resultado en el inventario IDB es significativamente mayor entre los individuos a los que no se les informan.

-Ítem 23: "¿Le hacen seguimiento médico de la EM/SFC?". El resultado en el inventario IDB es significativamente mayor entre los individuos sin un seguimiento médico.

-Ítem 39: "¿Su situación laboral es trabaja? ". El resultado en el inventario IDB es significativamente mayor entre los individuos que no trabajan.

-Ítem 40: "¿Su situación laboral es en paro?". El resultado en el inventario IDB es significativamente mayor entre los individuos que están en paro.

-Ítem 48: "¿Le han adaptado el puesto de trabajo a la patología que padece?". El resultado en el inventario IDB es significativamente mayor entre los individuos que no consiguen la adaptación al puesto de trabajo.

-Ítem 60: "¿Considera que se encuentra actualmente en una situación justa desde el punto de vista del reconocimiento de sus derechos sociolaborales?". El resultado en el inventario IDB es significativamente mayor entre los individuos que no están en estas circunstancias.

-Ítem 61: "¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos familiares?". El resultado en el inventario IDB es significativamente mayor entre los individuos que han tenido pérdidas o alejamientos familiares.

-Ítem 62: "¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de amistades?". El resultado en el inventario IDB es significativamente mayor entre los individuos que han tenido pérdidas o alejamientos de amistades.

-Ítem 63: "¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o de trabajo?". El resultado en el inventario IDB es significativamente mayor entre los individuos que han tenido pérdidas o reducción de trabajo.

-Ítem 64: "¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o reducción de ingresos?". El resultado en el inventario IDB es significativamente mayor entre los individuos que han tenido pérdidas o reducción de ingresos.

-Ítem 65: "¿Mantiene algunas de las actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad?". El resultado en el inventario IDB es significativamente mayor entre los individuos que no han mantenido sus actividades lúdicas.

-Ítem 69: "¿Se ha sentido menospreciado, ridiculizado en alguna ocasión cuando ha tenido que acudir a algún centro sanitario en solicitud de atención médica?". El resultado en el inventario IDB es significativamente mayor entre los individuos que sí han tenido ese sentimiento.

-Ítem 70: "Cuando acude a un profesional de la salud que, de forma evidente, desconoce la patología que Vd. padece ¿intenta Vd. informarle o llevarle documentación informativa?". El resultado en el inventario IDB es significativamente mayor entre los individuos que sí intentan informar a dicho profesional.

-Ítem 72: "¿En alguna ocasión se ha sentido menospreciado en su ámbito socio-laboral, por padecer esta enfermedad?" El resultado en el inventario IDB es significativamente mayor entre los individuos que sí han tenido ese sentimiento.

-Ítem 73: "¿En alguna ocasión le han derivado o aconsejado tratamiento psicológico o psiquiátrico por padecer EM/SFC?". El resultado en el inventario IDB es significativamente mayor entre los individuos que sí han sido derivados. Los ítems siguientes (74, 76, 77, 79) adquieren sentido a partir de la respuesta "Sí" en este ítem 73, pues las diferencias siempre van a estar entre los grupos de NO derivados y los SI derivados, independientemente que éstos contesten SI o NO.

-Ítem 74: "¿Le explicaban cuál era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico o psiquiátrico?". Como puede observarse en la tabla 9 las comparaciones dos a dos muestran que las diferencias se encuentran entre los no derivados a este tipo de tratamiento y los derivados a los cuales se les ha explicado el motivo de la derivación. El resultado en el inventario IDB es mayor cuando consideran que se les ha explicado el motivo.

Tabla 9

Relación "¿Le explicaban cuál era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico o psiquiátrico?" con Depresión.

Nivel (I)	Nivel (II)	Diferencia	IC 95% para la diferencia		p-valor
			Inf.	Sup.	
No deriva	Sí	8.1730	0.6295	15.7164	0.0302
	No	6.1985	-1.6349	14.0319	0.1504
Sí	No	-1.9745	-5.7895	1.8406	0.4411

-Ítem 76: "¿Le ha sido de utilidad el tratamiento psicológico/ psiquiátrico?". Como se observa en la tabla 10 las comparaciones dos a dos muestran que las diferencias se encuentran entre los no derivados a este tipo de tratamiento y los que consideran que no ha sido útil. El resultado en depresión (IDB) es mayor cuando consideran que el tratamiento no ha sido útil. Al borde de la significación está la diferencia entre No y sólo para periodo de adaptación.

Tabla 10

Relación "¿Le ha sido de utilidad el tratamiento psicológico/ psiquiátrico?" con Depresión.

Nivel (I)	Nivel (II)	Diferencia	IC 95% para la diferencia		p-valor
			Inf.	Sup.	
No deriva	Sí	7.1897	-1.5743	15.9536	0.1483
	No	9.9321	2.0343	17.8299	0.0072
	Adaptación	5.5847	-2.5008	13.6703	0.2809
Sí	No	2.7424	-2.7828	8.2677	0.5722
	Adaptación	-1.6049	-7.3954	4.1855	0.8895
No	Adaptación	-4.3474	-8.7174	0.0227	0.0518

-Ítem 77: "¿Se ha sentido manipulado, engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?" Como se observa en la tabla 11 las comparaciones dos a dos muestran que las diferencias se encuentran entre los no derivados a este tipo de tratamiento y el resto. El resultado en el inventario IDB es menor cuando no han sido derivados a este tratamiento.

Tabla 11

Relación "¿Se ha sentido manipulado, engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?" con Depresión.

Nivel (I)	Nivel (II)	Diferencia	IC 95% para la diferencia		p-valor
			Inf.	Sup.	
No deriva	Sí	9.3190	2.3478	16.2902	0.0053
	No	8.1058	0.9044	15.3071	0.0231
Sí	No	-1.2132	-4.9880	2.5616	0.7282

-Ítem 79: "¿Le estimaron tiempo de curación durante el tratamiento psicológico/ psiquiátrico?". El resultado en el inventario IDB es significativamente mayor entre los individuos en los que no se ha estimado el tiempo de curación.

-Ítem 85: ¿Qué resultado han tenido los tratamientos prescritos por la sanidad privada?. Como se observa en la tabla 12 las comparaciones dos a dos muestran que las diferencias se encuentran entre los que dicen haber mejorado con estos tratamientos y los que dicen que no les ha dado resultado o están sin tratamiento. El resultado en el inventario IDB es menor cuando consideran que el tratamiento les ha mejorado.

Tabla 12

Relación "¿Qué resultado han tenido los tratamientos prescritos por la sanidad privada?" con Depresión.

Nivel (I)	Nivel (II)	Diferencia	IC 95% para la diferencia		p-valor
			Inf.	Sup.	
Mejorado	Empeorado	2.7710	-5.9795	11.5214	0.9059
	No resultado	7.0530	1.8035	12.3025	0.0027
	No sabe	8.3346	-0.7698	17.4390	0.0900
	Sin tto	6.2229	0.4076	12.0381	0.0294
Empeorado	No resultado	4.2820	-4.5151	13.0791	0.6642
	No sabe	5.5636	-5.9569	17.0841	0.6709
	Sin tto	3.4519	-5.6941	12.5978	0.8354
No resultado	No sabe	1.2816	-7.8676	10.4309	0.9952
	Sin tto	-0.8301	-6.7153	5.0550	0.9951
No sabe	Sin tto	-2.1118	-11.5969	7.3734	0.9726

-Ítem 88: "¿Su familia respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad que padece?". El resultado en depresión (IDB) es significativamente mayor entre los individuos en los que la familia no respeta las limitaciones.

-Ítem 90: "Las relaciones íntimas con su pareja ¿se han visto afectadas por padecer esta patología?". El resultado en el inventario IDB es significativamente mayor entre los individuos que sí han visto afectadas sus relaciones íntimas.

-Ítem 92: "El hecho de padecer estas patologías, ¿merma la capacidad económica de la unidad familiar?". El resultado en el inventario IDB es significativamente mayor entre los individuos que sí han visto afectada su capacidad económica.

-Ítem 93: "¿Necesita recurrir en ocasiones a la familia para hacer frente a sus necesidades cotidianas?". El resultado en el inventario IDB es significativamente mayor entre los individuos que sí recurren a la familiar.

-Ítem 94: "¿Su círculo social respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad que padece ". El resultado en depresión (IDB) es significativamente mayor entre los individuos cuyo círculo social no respeta las limitaciones de la enfermedad.

Variables ordinales

En la tabla 13 se observa la correlación obtenida entre la variable Depresión y la variable "¿Con qué periodicidad le hacen el seguimiento médico?".

Tabla 13

Relación "¿Con qué periodicidad le hacen el seguimiento médico?" con Depresión

Periodicidad seguimiento médico (24)	N	Media	DT	IC 95% para la media		Med.	Mín.	Max.	H ₀ : igualdad de medias		Rho de Spearman	
				Inf.	Sup.				Est.	P- valor	rho	P- valor
Sin seg.	61	26.51	9.76	24.01	29.01	26	8	46	2.0041	0.0957	- 0.17	0.0187
6-12 m	86	22.44	10.77	20.12	24.76	21	4	51				
>12-18 m	34	22.85	9.52	19.59	26.12	21	5	43				
>18-24 m	9	21.22	5.65	17.45	24.99	21	15	30				
>24 m	1	13	.	.	.	13	13	13				
Total	191	23.71	10.17	22.24	25.18	22	4	51				

Son significativas las relaciones entre Depresión (IDB):

-Ítem 24: "¿Con qué periodicidad le hacen el seguimiento médico?". El análisis correlacional muestra una asociación inversa y significativa entre estas variables. Como se muestra en la tabla 13 a menor periodicidad mayor puntuación en el inventario IDB. Sin embargo, no encontramos confirmación de este resultado en el análisis de comparación de medias.

-Ítem 31: "¿Utiliza algún tipo de soporte para la fatiga o el dolor: bastón, silla plegable, etc.". A mayor uso de soporte mayor puntuación en el inventario de IDB. Como se observa en la tabla 14 las comparaciones dos a dos muestran

diferencias estadísticamente significativas entre A veces y Nunca, el resultado en el inventario IDB es mayor entre los que a veces utilizan soportes.

Tabla 14

Relación "¿Utiliza algún tipo de soporte para la fatiga o el dolor: bastón, silla plegable, etc.?" con Depresión.

Nivel (I)	Nivel (II)	Diferencia	IC 95% para la diferencia		p-valor
			Inf.	Sup.	
Nunca	A veces	5.1028	0.7518	9.4537	0.0143
	Mucho	3.3516	-3.9139	10.6171	0.6301
	Muchísimo	2.4849	-6.2277	11.1975	0.8810
A veces	Mucho	-1.7512	-9.4083	5.9059	0.9341
	Muchísimo	-2.6179	-11.6596	6.4239	0.8763
Mucho	Muchísimo	-0.8667	-11.6189	9.8855	0.9968

-Ítem 66: "¿Con qué intensidad mantiene las actividades lúdicas?". La intensidad de actividades lúdicas se correlaciona negativamente con el inventario IDB, es decir a menor frecuencia de actividades mayor es el resultado en el inventario IDB. Además, como se observa en la tabla 15 las comparaciones dos a dos muestran que las diferencias se encuentran entre los que dicen no mantener actividades lúdicas y los que dicen mantenerlas con una intensidad baja o moderada, el resultado en el inventario IDB es mayor entre los que no mantienen actividades lúdicas.

Tabla 15

Relación "¿Con qué intensidad mantiene las actividades lúdicas?" con Depresión

Nivel (I)	Nivel (II)	Diferencia	IC 95% para la diferencia		p-valor
			Inf.	Sup.	
No mantiene	Muy baja	-3.4873	-9.7984	2.8238	0.4807
	Baja	-6.7418	-10.8305	-2.6532	0.0002
	Moderada	-9.8653	-15.8177	-3.9130	0.0002
Muy baja	Baja	-3.2545	-9.6897	3.1807	0.5570
	Moderada	-6.3780	-14.1320	1.3761	0.1467
Baja	Moderada	-3.1235	-9.2072	2.9603	0.5444

1.2. Asociación entre las puntuaciones de Desesperanza y las variables sociodemográficas y clínicas.

Para analizar la posible existencia de asociación se utilizaron las mismas pruebas que en el análisis anterior en función del tipo de variable.

Variables cualitativas

En la tabla 16 se observa el contraste de igualdad de medias en la Escala de Desesperanza (ED) entre los grupos definidos por cada una de las variables cualitativas en las que la relación de éstas con la ED ha resultado significativa,

Tabla 16

Contraste de igualdad de medias de variables cualitativas y relación con Desesperanza (ED).

		N	Media	DT	IC 95% para la media		Med.	Mín.	Max.	Ho: igualdad de medias						
					Inf.	Sup.				Est.	p-valor					
En paro (40)	Sí	45	11.71	5.24	10.15	13.27	12	1	20	2.101	0.039					
	No	133	9.83	5.08	8.95	10.71	9	0	20							
	Total	178	10.3	5.17	9.53	11.08	10	0	20							
Jubilación (46)	Sí	28	12.14	4.28	10.52	13.76	11.5	5	20	2.3385	0.0239					
	No	147	9.99	5.28	9.12	10.86	10	0	20							
	Total	175	10.34	5.18	9.55	11.12	10	0	20							
Reconocida minusvalía (50)	Sí	100	11.18	5.11	10.16	12.2	12	0	20	2.5679	0.0114					
	No	62	9.06	5.09	7.77	10.36	8	1	20							
	Total	162	10.37	5.19	9.55	11.19	10	0	20							
Derechos socio-laborales (60)	Sí	23	7.43	5.19	5.27	9.6	6	0	20	9.6638	0.0022					
	No	139	10.99	5.05	10.13	11.84	11	1	20							
	A medias Total	0			162	10.48	5.21	9.66	11.3	10.5	0	20
Pérdidas familiares (61)	Sí	116	11.27	4.89	10.36	12.18	11.5	1	20	3.2927	0.0013					
	No	61	8.61	5.22	7.27	9.94	8	0	20							
	Total	177	10.35	5.15	9.58	11.12	10	0	20							
Pérdidas amistades (62)	Sí	149	10.81	4.78	10.02	11.59	11	1	20	2.7156	0.0106					
	No	27	7.33	6.32	4.9	9.77	4	0	20							
	Total	176	10.27	5.18	9.49	11.05	10	0	20							
Mantenimiento actividad lúdica (65)	Sí	100	8.77	4.99	7.77	9.77	8	0	19	-4.690	<0.0001					
	No	73	12.25	4.68	11.15	13.34	12	2	20							
	Total	173	10.24	5.15	9.45	11.02	10	0	20							
Sentido menosprecio centro salud (69)	Sí	143	11.06	4.93	10.24	11.89	12	0	20	3.8747	0.0003					
	No	34	7.35	5.04	5.62	9.08	6	1	20							
	Total	177	10.35	5.15	9.58	11.12	10	0	20							
Reacción profesional (71)	No intento	29	9.41	5.2	7.48	11.34	8	1	18	3.1271	0.0062					
	Escucha y agradece	25	8.56	5.9	6.2	10.92	8	0	20							
	Escucha sin atención	30	8.43	5.04	6.59	10.27	7	1	20							
	No escucha con atención	40	11.47	4.89	9.93	13.02	12	1	20							
	importancia al material															
	No escucha en absoluto	3	12.33	5.77	5.67	19	9	9	19							
	ni acepta información															
	No escucha, no acepta información y descalifica la información suministrada	46	12.26	4.22	11.02	13.51	12.5	3	20							
	Todas las anteriores	3	7.67	6.51	0.15	15.18	8	1	14							
	Total	176	10.36	5.17	9.58	11.14	10.5	0	20							
Menosprecio	Sí	125	10.84	4.82	9.98	11.7	11	0	20	2.2993	0.0249					

		N	Media	DT	IC 95% para		Med.	Mín.	Max.	Ho: igualdad de medias	
					la media					Est.	p-valor
					Inf.	Sup.					
socio-laboral (72)	No	41	8.61	5.56	6.87	10.35	8	1	20	2.8835	0.0375
	Total	166	10.29	5.09	9.5	11.08	10.5	0	20		
	No deriva	12	7.58	5.14	4.61	10.55	6	1	18		
Tto psicológico necesario (76)	Sí	28	10.36	5.89	8.13	12.58	9	1	20	4.0173	0.0198
	No	75	11.48	4.86	10.36	12.6	12	1	20		
	Adaptación	54	9.52	4.98	8.16	10.87	10	0	20		
Manipulado cuando derivaron (77)	Total	169	10.39	5.18	9.59	11.19	10	0	20	3.1606	0.0161
	No deriva	13	7.31	5.02	4.52	10.09	6	1	18		
	Sí	93	11.31	4.64	10.35	12.27	12	0	20		
Tto sanidad privada (85)	No	60	10.18	5.44	8.78	11.59	10.5	1	20	4.618	0.0006
	Total	166	10.59	5.06	9.8	11.38	11	0	20		
	Mejorado	49	8.41	4.55	7.11	9.71	8	1	20		
Relaciones íntimas (90)	Empeorado	10	8.2	4.18	5.55	10.85	7.5	3	14	4.2024	0.0003
	No resultado	44	11.2	4.93	9.72	12.69	12	0	18		
	No sabe	9	11.56	6.23	7.4	15.71	9	6	20		
Merma economía familiar (92)	Sin tto	29	11.41	5.04	9.54	13.29	12	1	20	2.4931	0.0151
	Total	141	10.09	5.01	9.24	10.93	10	0	20		
	Sí	150	10.73	5.19	9.88	11.57	11	0	20		
Familia necesidades cotidianas (93)	No	10	5.3	3.47	3.11	7.49	5.5	1	12	4.2024	0.0003
	Total	160	10.39	5.26	9.56	11.22	11	0	20		
	Sí	154	10.87	5.11	10.05	11.69	11	1	20		
Familia necesidades cotidianas (93)	No	19	6.58	4.07	4.71	8.45	6	0	13	2.4931	0.0151
	Total	173	10.4	5.17	9.61	11.19	11	0	20		
	Sí	135	10.81	5.15	9.93	11.7	12	0	20		
Familia necesidades cotidianas (93)	No	41	8.56	5.05	6.99	10.14	7	1	20	2.4931	0.0151
	Total	176	10.29	5.2	9.51	11.07	10	0	20		
	Sí	176	10.29	5.2	9.51	11.07	10	0	20		

Como se comprueba en la tabla 16 son significativas las relaciones entre la escala ED:

-Ítem 40: "¿Su situación laboral es en paro?". La desesperanza (ED) es significativamente mayor entre los individuos que están en paro.

-Ítem 46: "¿Su situación laboral actual es jubilación/otras ayudas sociales?". La escala ED es significativamente mayor entre los individuos que están en esta situación laboral.

-Ítem 50: "¿Se le ha reconocido una minusvalía?". La escala ED es significativamente mayor entre los individuos que tienen reconocida la minusvalía.

-Ítem 60: "¿Considera que se encuentra actualmente en una situación justa desde el punto de vista del reconocimiento de sus derechos sociolaborales?". La escala ED es significativamente mayor entre los individuos que no están en estas circunstancias.

-Ítem 61: "¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos familiares?". La desesperanza es significativamente mayor entre los individuos que han tenido pérdidas o alejamientos familiares.

-Ítem 62: "¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de amistades?". La escala ED es significativamente mayor entre los individuos que han tenido pérdidas o alejamientos de amistades.

-Ítem 65: "¿Mantiene algunas de las actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad?". La escala ED es significativamente mayor entre los individuos que no han mantenido sus actividades lúdicas.

-Ítem 69: "¿Se ha sentido menospreciado, ridiculizado en alguna ocasión cuando ha tenido que acudir a algún centro sanitario en solicitud de atención médica?". La desesperanza es significativamente mayor entre los individuos que sí han tenido ese sentimiento.

-Ítem 71: "Cómo suele reaccionar normalmente el profesional de la salud cuando Ud. intenta darle información de esta enfermedad?. Como se observa en la tabla 17 las comparaciones dos a dos muestran que las diferencias se encuentran entre la opción No escucha, no acepta información y descalifica la información suministrada y las dos primeras opciones: Escucha y agradece y Escucha pero no presta atención al material. La desesperanza es mayor cuando el profesional no escucha.

Tabla 17

Relación "Cómo suele reaccionar normalmente el profesional de la salud cuando Ud. intenta darle información de esta enfermedad ?con desesperanza

Nivel (I)	Nivel (II)	Diferencia	IC 95% para la diferencia		p-valor
			Inf.	Sup.	
No intento	Escucha y agradece	-0.8538	-4.9200	3.2124	0.9959
	Escucha sin atención al material	-0.9805	-4.8605	2.8995	0.9888
	No escucha con atención ni da importancia al material	2.0612	-1.5726	5.6950	0.6219
	No escucha en absoluto ni acepta información	2.9195	-6.1165	11.9556	0.9609
	No escucha, no acepta información y descalifica la inf.	2.8471	-0.6857	6.3799	0.2030
	Todas las anteriores	-1.7471	-10.7832	7.2890	0.9974
	Escucha sin atención al material	-0.1267	-4.1614	3.9081	1.0000
Escucha y agradece	No escucha con atención ni da importancia al material	2.9150	-0.8836	6.7136	0.2549
	No escucha en absoluto ni acepta información	3.7733	-5.3303	12.8769	0.8787
	No escucha, no acepta información y descalifica la inf.	3.7009	-0.0012	7.4029	0.0500
	Todas las anteriores	-0.8933	-9.9969	8.2103	0.9999
Escucha sin atención al material	No escucha con atención ni da importancia al material	3.0417	-0.5568	6.6402	0.1579
	No escucha en absoluto ni acepta información	3.9000	-5.1220	12.9220	0.8557
	No escucha, no acepta información y descalifica la inf.	3.8275	0.3310	7.3240	0.0220

	Todas las anteriores	-0.7667	-9.7886	8.2553	1.0000
No escucha con atención ni da importancia al material	No escucha en absoluto ni acepta información	0.8583	-8.0605	9.7772	1.0000
	No escucha, no acepta información y descalifica la inf.	0.7859	-2.4352	4.0070	0.9907
	Todas las anteriores	-3.8083	-12.7272	5.1105	0.8628
No escucha en absoluto ni acepta información	No escucha, no acepta información y descalifica la inf.	-0.0725	-8.9506	8.8057	1.0000
	Todas las anteriores	-4.6667	-16.8319	7.4985	0.9132
Todas las anteriores	No escucha, no acepta información y descalifica la inf.	-4.5942	-13.4724	4.2840	0.7176

-Ítem 72: "¿En alguna ocasión se ha sentido menospreciado en su ámbito socio-laboral, por padecer esta enfermedad?". La desesperanza es significativamente mayor entre los individuos que sí han tenido ese sentimiento.

-Ítem 76: "¿Consideraba Vd. necesario el tratamiento psicológico/psiquiátrico para tratar la EM/SFC?" Tanto este ítem como el siguiente ítem 77 adquieren sentido a partir de la respuesta "Sí" en el ítem 73: "¿En alguna ocasión le han derivado o aconsejado tratamiento psicológico o psiquiátrico?", pues las diferencias siempre van a estar entre los grupos de NO derivados y los SI derivados, independientemente que éstos contesten SI o NO.

Como se observa en la tabla 18 las comparaciones dos a dos muestran que las diferencias, al borde de la significación, se encuentran entre los no derivados a este tipo de tratamiento y los que consideran que no ha sido útil. La escala Desesperanza (ED) es mayor cuando consideran que el tratamiento no ha sido útil.

Tabla 18

Relación "¿Le ha sido de utilidad el tratamiento psicológico/ psiquiátrico?" desesperanza.

Nivel (I)	Nivel (II)	Diferencia	IC 95% para la diferencia		p-valor
			Inf.	Sup.	
No deriva	Sí	2.7738	-1.7900	7.3376	0.3943
	No	3.8967	-0.2158	8.0092	0.0703
Sí	Adaptación	1.9352	-2.2862	6.1565	0.6341
	No	1.1229	-1.8065	4.0522	0.7526
No	Adaptación	-0.8386	-3.9190	2.2417	0.8944
		-1.9615	-4.3221	0.3992	0.1399

-Ítem 77: "¿Se ha sentido manipulado, engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?". Como se observa en la tabla 19 las comparaciones dos a dos muestran que las diferencias se encuentran entre los no derivados a este tipo de tratamiento y los que se consideran engañados. La desesperanza es mayor cuando consideran que han sido engañados.

Tabla 19

Relación "Manipulad/engañado derivación tratamiento psicológico/psiquiátrico" y Desesperanza.

Nivel (I)	Nivel (II)	Diferencia	IC 95% para la diferencia		p-valor
			Inf.	Sup.	
No deriva	Sí	4.0041	0.5235	7.4848	0.0196
	No	2.8756	-0.7205	6.4717	0.1444
Sí	No	-1.1285	-3.0750	0.8180	0.3583

-Ítem 85: ¿Qué resultado han tenido los tratamientos prescritos por la sanidad privada?. Como se observa en la tabla 20 las comparaciones dos a dos muestran que las diferencias se encuentran entre los que dicen haber mejorado y los que dicen que no les ha dado resultado o están sin tratamiento (al borde de la significación). La desesperanza es menor cuando consideran que el tratamiento les ha mejorado.

Tabla 20

Relación ¿Qué resultado han tenido los tratamientos prescritos por la sanidad privada? con desesperanza.

Nivel (I)	Nivel (II)	Diferencia	IC 95% para la diferencia		p-valor
			Inf.	Sup.	
Mejorado	Empeorado	-0.2082	-4.8747	4.4583	0.9999
	No resultado	2.7964	0.0033	5.5895	0.0496
	No sabe	3.1474	-1.7297	8.0245	0.3870
	Sin tto	3.0056	-0.1451	6.1564	0.0693
Empeorado	No resultado	3.0045	-1.7067	7.7158	0.3993
	No sabe	3.3556	-2.8235	9.5346	0.5634
	Sin tto	3.2138	-1.7179	8.1455	0.3769
No resultado	No sabe	0.3510	-4.5689	5.2709	0.9997
	Sin tto	0.2092	-3.0074	3.4259	0.9998
No sabe	Sin tto	-0.1418	-5.2732	4.9896	1.0000

-Ítem 90: "Las relaciones íntimas con su pareja ¿se han visto afectadas por padecer esta patología?".La desesperanza es significativamente mayor entre los individuos que sí han visto afectadas sus relaciones íntimas.

-Ítem 92: "El hecho de padecer estas patologías, ¿merma la capacidad económica de la unidad familiar?".La desesperanza es significativamente mayor entre los individuos que sí han visto afectada su capacidad económica.

-Ítem 93: "¿Necesita recurrir en ocasiones a la familia para hacer frente a sus necesidades cotidianas?".La desesperanza es significativamente mayor entre los individuos que sí recurren a la familia.

VARIABLES ORDINALES

En la tabla 21 se observa el contraste de igualdad de medias en la Escala de Desesperanza (ED) entre los grupos definidos por cada una de las variables ordinales en las que la relación de éstas con la ED ha resultado significativa.

Tabla 21

Contraste de igualdad de medias en cuatro variables ordinales (i29-i54-i66-i95).

		N	Media	DT	IC 95% para la media		Med.	Mín.	Max.	H ₀ : igualdad de medias		Rho de Spearman	
					Inf.	Sup.				Est.	p-valor	rho	p-valor
Sustancias químicas repercute negativamente SFC (29)	Nada	25	8.32	4.38	6.57	10.07	8	1	19	2.5031	0.0444	0.0259	0.7398
	Un poco	38	10.74	5.7	8.89	12.59	11.5	1	20				
	Bastante	43	11.47	4.98	9.95	12.98	12	1	20				
	Mucho	29	11.21	5.53	9.15	13.26	12	0	19				
	Muchísimo	32	8.84	4.3	7.32	10.36	9	1	17				
	Total	167	10.28	5.14	9.49	11.08	10	0	20				
Grado dependencia (54)	Leve	0	5.1141	0.0192	-0.2338	0.3354
	Moderada	13	11.46	4.67	8.87	14.05	12	1	17				
	Severa	5	6.6	2.07	4.75	8.45	7	4	9				
	Gran depend.	1	20	.	.	.	20	20	20				
	Total	19	10.63	5.04	8.32	12.94	9	1	20				
Actividades lúdicas (66)	No mantiene	73	12.25	4.68	11.15	13.34	12	2	20	8.1782	<0.0001	-0.3552	<0.0001
	Muy baja	17	10.53	6.36	7.45	13.61	9	1	19				
	Baja	62	8.94	4.86	7.7	10.17	8	0	19				
	Moderada	20	7.2	4.24	5.3	9.1	6.5	1	18				
	Alta	0	.	.	.	.	.	.	.
Relación vecinos (95)	Muy alta	0	1.1914	0.3157	0.1541	0.0455
	Total	172	10.3	5.18	9.51	11.09	10	0	20				
	Excelente	11	8.27	5.8	4.78	11.77	8	1	17				
	Muy buena	33	9.39	5.17	7.6	11.19	9	1	20				
	Buena	84	10.3	5.33	9.13	11.46	10	0	20				
Relación vecinos (95)	Regular	34	11.03	4.47	9.5	12.56	11	2	19				
	Mala	6	11.5	4.46	7.86	15.14	11	6	18				
	Inexistente	1	18	.	.	.	18	18	18				
	Total	169	10.22	5.15	9.43	11.02	10	0	20				

Como muestra en la tabla 21 son significativas las relaciones entre desesperanza:

-Ítem 29: ¿Le han informado los médicos que las exposiciones a químicos cotidianos como colonias, ambientadores, productos de limpieza, etc. influyen en las enfermedades de Sensibilización Central, entre las que se encuentra la EM/SFC? Como se observa en la tabla 22 aunque se rechaza la igualdad de medias global, las comparaciones dos a dos no muestran diferencias estadísticamente significativas y tampoco es significativo el coeficiente de correlación de Spermán.

Tabla 22

Relación del ítem ¿Le han informado los médicos que las exposiciones a químicos cotidianos como colonias, ambientadores, productos de limpieza, etc. influyen en las enfermedades de Sensibilización Central, entre las que se encuentra la EM/SFC? con desesperanza.

Nivel (I)	Nivel (II)	Diferencia	IC 95% para la diferencia		p-valor
			Inf.	Sup.	
Nada	Un poco	2.4168	-1.1704	6.0041	0.3440
	Bastante	3.1451	-0.3584	6.6486	0.1011
	Mucho	2.8869	-0.9148	6.6886	0.2273
	Muchísimo	0.5238	-3.1946	4.2421	0.9951
Un poco	Bastante	0.7283	-2.3732	3.8298	0.9668
	Mucho	0.4701	-2.9647	3.9049	0.9956
	Muchísimo	-1.8931	-5.2353	1.4491	0.5235
Bastante	Mucho	-0.2582	-3.6055	3.0890	0.9995
	Muchísimo	-2.6214	-5.8736	0.6308	0.1763
Mucho	Muchísimo	-2.3631	-5.9346	1.2083	0.3626

-Ítem 54: “Grado de dependencia”. Como se observa en la tabla 23 las comparaciones dos a dos muestran que las diferencias se encuentran entre los que dicen tener un grado de dependencia severo y los que dicen tener gran dependencia. La desesperanza es menor entre los que tienen un grado de dependencia severo. El coeficiente de correlación de Spermán no es significativo.

Tabla 23

Relación “Grado de dependencia” con desesperanza (ED)

Nivel (I)	Nivel (II)	Diferencia	IC 95% para la diferencia		p-valor
			Inf.	Sup.	
Moderada	Severa	-4.8615	-10.5259	0.8029	0.0990
	Gran dependencia	8.5385	-2.6319	19.7088	0.1513
Severa	Gran dependencia	13.4000	1.6086	25.1914	0.0250

-Ítem 66: “Qué actividades lúdicas mantiene?”. La intensidad de actividades lúdicas se correlaciona negativamente con la escala ED, es decir a menor intensidad mayor es la escala ED. Además, en la tabla 24 las comparaciones dos a dos muestran que las diferencias se encuentran entre los que dicen no mantener actividades lúdicas y los que dicen mantenerlas con una intensidad baja o moderada. La escala ED es mayor entre los que no mantienen actividades lúdicas.

Tabla 24

Relación "¿Qué actividades lúdicas mantiene?" con desesperanza

Nivel (I)	Nivel (II)	Diferencia	IC 95% para la diferencia		p-valor
			Inf.	Sup.	
No mantiene	Muy baja	-1.7172	-5.1299	1.6956	0.5606
	Baja	-3.3111	-5.4997	-1.1224	0.0007
	Moderada	-5.0466	-8.2450	-1.8482	0.0004
Muy baja	Baja	-1.5939	-5.0634	1.8755	0.6326
	Moderada	-3.3294	-7.5099	0.8511	0.1684
Baja	Moderada	-1.7355	-4.9943	1.5234	0.5124

-Ítem 95: "¿Cómo calificaría su relación con el vecindario?". Este ítem se correlaciona positivamente con la escala ED, es decir cuanto peor es la relación con el vecindario mayor es la Escala ED.

1.3. Asociación entre las puntuaciones de Riesgo de Suicidio y las variables sociodemográficas y clínicas.

Para analizar la posible existencia de asociación se utilizaron las siguientes pruebas estadísticas en función del tipo de variable:

- Variable cuantitativa. Se evalúa la relación lineal entre las dos variables utilizando el coeficiente de correlación de Spearman.
- Variable cualitativa. Se evalúa la igualdad de medianas en el ítem 137 entre los grupos definidos por la variable cualitativa. En el caso de dos grupos se utiliza el contraste U de Mann-Whitney. En el caso en el que el número de grupos sea mayor que 2 se plantea un contraste global utilizando el ANOVA no paramétrico de Kruskal-Wallis y cuando la hipótesis global se rechaza se evalúan las comparaciones dos a dos utilizando el test Nemenyi-Damico-Wolfe-Dunn [Hollander y Wolfe, 1999]. En el caso de que sean ordinales, además se calcula el coeficiente de correlación de Spearman.

Variables cualitativas

En la tabla 25 se observa el contraste de igualdad de medianas en las puntuaciones de Riesgo de Suicidio entre los grupos definidos por cada una de las variables cualitativas en las que la relación de éstas con la de Riesgo de Suicidio ha resultado significativa.

Tabla 25

Contraste de igualdad de medianas en las variables cualitativas y relación con Riesgo de Suicidio.

		N	Media	DT	IC 95% para la media		Med.	Mín.	Max.	Ho: igualdad de medianas	
					Inf.	Sup.				Est.	p-valor
Médicos informan SFC (17)	Sí	94	1.55	0.7	1.41	1.7	1	1	4	3942	0.0073
	No	105	1.83	0.78	1.68	1.98	2	1	4		
	Total	199	1.7	0.75	1.59	1.81	2	1	4		
Seguimiento médico (23)	Sí	139	1.58	0.67	1.47	1.7	1	1	4	3370	0.0024
	No	64	1.94	0.81	1.73	2.14	2	1	4		
	Total	203	1.69	0.73	1.59	1.8	2	1	4		
Sensibilidad ondas electro... (28)	Sí	62	1.84	0.75	1.65	2.03	2	1	4	4313	0.0223
	No	117	1.59	0.71	1.46	1.72	1	1	4		
	Total	179	1.68	0.73	1.57	1.79	2	1	4		
En paro (40)	Sí	48	1.92	0.79	1.69	2.15	2	1	4	4487	0.0229
	No	156	1.64	0.73	1.52	1.76	2	1	4		
	Total	204	1.71	0.75	1.6	1.81	2	1	4		
Subsidio por desempleo (44)	Sí	23	1.96	0.71	1.66	2.25	2	1	3	2545	0.05
	No	180	1.68	0.75	1.57	1.79	2	1	4		
	Total	203	1.71	0.75	1.6	1.81	2	1	4		
Cobrando ayuda familiar (45)	Sí	5	2.6	0.55	2.11	3.09	3	2	3	817	0.0066
	No	198	1.69	0.74	1.58	1.79	2	1	4		
	Total	203	1.71	0.75	1.6	1.81	2	1	4		
conseguir adaptación (48)	Sí	7	1	0	1	1	1	1	1	56	0.012
	No	36	1.89	0.95	1.57	2.21	2	1	4		
	Total	43	1.74	0.93	1.46	2.03	1	1	4		
Reconocida minusvalía (50)	Sí	115	1.79	0.78	1.65	1.94	2	1	4	4898	0.0209
	No	72	1.53	0.65	1.37	1.68	1	1	4		
	Total	187	1.69	0.74	1.58	1.8	2	1	4		
Reconocida dependencia (53)	Sí	16	2.12	0.89	1.68	2.57	2	1	4	1503	0.0344
	No	145	1.68	0.75	1.55	1.8	2	1	4		
	Total	161	1.72	0.78	1.6	1.84	2	1	4		
Recurrir tribunales (56)	Sí	94	1.84	0.74	1.69	1.99	2	1	4	4338	0.0379
	No	79	1.65	0.8	1.47	1.83	1	1	4		
	Total	173	1.75	0.77	1.63	1.87	2	1	4		
Gasto recurrir tribunales (58)	Sí	82	1.8	0.69	1.65	1.96	2	1	4	1667	0.0328
	No	33	1.52	0.67	1.28	1.75	1	1	3		
	Total	115	1.72	0.7	1.59	1.85	2	1	4		
Derechos socio-laborales (60)	Sí	24	1.25	0.44	1.07	1.43	1	1	2	14.27	0.0004
	No	157	1.82	0.76	1.69	1.94	2	1	4		
	Total	182	1.74	0.75	1.63	1.85	2	1	4		
Pérdidas familiares (61)	Sí	132	1.87	0.8	1.73	2.01	2	1	4	5927	<0.0001
	No	68	1.41	0.55	1.28	1.55	1	1	3		
	Total	200	1.72	0.75	1.61	1.82	2	1	4		
Pérdidas amistades (62)	Sí	170	1.76	0.76	1.65	1.88	2	1	4	3374	0.0066
	No	31	1.39	0.62	1.17	1.61	1	1	3		
	Total	201	1.71	0.75	1.6	1.81	2	1	4		
Pérdida ingresos (64)	Sí	173	1.73	0.71	1.63	1.84	2	1	4	3052	0.0156
	No	28	1.46	0.84	1.15	1.78	1	1	4		
	Total	201	1.7	0.74	1.59	1.8	2	1	4		
Trato sentirse culpable (68)	Sí	160	1.77	0.75	1.66	1.89	2	1	4	3267	0.019
	No	33	1.48	0.76	1.22	1.75	1	1	4		
	Total	193	1.73	0.76	1.62	1.83	2	1	4		
Sentido menosprecio centro salud (69)	Sí	161	1.77	0.75	1.65	1.89	2	1	4	4034	0.0163
	No	41	1.49	0.71	1.27	1.71	1	1	4		
	Total	202	1.71	0.75	1.61	1.82	2	1	4		

	N	Media	DT	IC 95% para			Med.	Mín.	Max.	H ₀ : igualdad de medianas	
				la media		Est.				p-valor	
				Inf.	Sup.						
Reacción profesional (71)	No intento	34	1.41	0.56	1.22	1.6	1	1	3	23.309	0.0002
	Escucha y agradece	29	1.45	0.69	1.19	1.7	1	1	3		
	Escucha sin atención	36	1.53	0.61	1.32	1.73	1	1	3		
	No escucha con atención ni da importancia al material	44	1.82	0.79	1.58	2.06	2	1	4		
	No escucha en absoluto ni acepta información	5	2	0.71	1.37	2.63	2	1	3		
	No escucha, no acepta información y descalifica información	51	2.06	0.83	1.83	2.29	2	1	4		
	Todas las anteriores	3	1.67	0.58	1	2.33	2	1	2		
	Total	202	1.71	0.75	1.6	1.81	2	1	4		
Menosprecio socio-laboral (72)	Sí	140	1.79	0.76	1.66	1.91	2	1	4	4352	0.0052
	No	50	1.46	0.65	1.28	1.64	1	1	4		
Derivación tto psicológico (73)	Total	190	1.7	0.74	1.59	1.81	2	1	4	1580	0.0161
	Sí	191	1.73	0.74	1.63	1.84	2	1	4		
	No	12	1.33	0.89	0.82	1.85	1	1	4		
Tto psicológico necesario (76)	Total	203	1.71	0.75	1.6	1.81	2	1	4	12.085	0.0069
	No deriva	12	1.33	0.89	0.82	1.85	1	1	4		
	Sí	32	1.72	0.63	1.49	1.94	2	1	3		
	No	85	1.89	0.82	1.72	2.07	2	1	4		
	Adaptación	62	1.56	0.64	1.4	1.73	1	1	3		
Manipulado cuando derivaron (77)	Total	191	1.72	0.75	1.61	1.83	2	1	4	9.858	0.0065
	No deriva	13	1.31	0.85	0.83	1.78	1	1	4		
	Sí	104	1.85	0.77	1.69	2	2	1	4		
	No	71	1.66	0.7	1.5	1.83	2	1	4		
	Total	188	1.74	0.76	1.63	1.85	2	1	4		
Prometido curación (78)	Sí	36	1.97	0.77	1.71	2.23	2	1	4	3187.5	0.0458
	No	148	1.7	0.72	1.58	1.82	2	1	4		
	Total	184	1.76	0.74	1.65	1.86	2	1	4		
Familia respeta limitaciones (88)	Total	183	1.75	0.74	1.64	1.86	2	1	4	3113	0.0189
	Sí	141	1.6	0.64	1.49	1.71	2	1	4		
	No	55	1.96	0.94	1.71	2.22	2	1	4		
Merma economía familiar (92)	Total	196	1.7	0.75	1.6	1.81	2	1	4	2766	0.0001
	Sí	177	1.79	0.76	1.67	1.9	2	1	4		
	No	21	1.14	0.36	0.99	1.3	1	1	2		
Familia necesidades cotidianas (93)	Total	198	1.72	0.75	1.61	1.82	2	1	4	4543.5	0.0356
	Sí	151	1.77	0.76	1.64	1.89	2	1	4		
	No	51	1.53	0.7	1.33	1.73	1	1	4		
Circulo social respeta (94)	Total	202	1.71	0.75	1.6	1.81	2	1	4	3035.5	0.0006
	Sí	116	1.56	0.66	1.44	1.68	1	1	4		
	No	72	1.96	0.81	1.77	2.15	2	1	4		
Total	188	1.71	0.75	1.6	1.82	2	1	4			

Como puede observarse en la tabla 25 son significativas las relaciones entre la puntuación en el ítem 137: suicidio:

-Ítem 17: "¿Le han informado los médicos de que la EM/SFC que padece Vd. es una enfermedad de Sensibilidad Central y que pertenece al grupo de enfermedades neuroinmunoendocrinas?". La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos no informados.

-Ítem 23: "¿Le hacen seguimiento médico de la EM/SFC?". La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos sin un seguimiento médico.

-Ítem 28: ¿Tiene sensibilidad o intolerancia a las ondas eléctricas o electromagnéticas?. La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos con sensibilidad a las ondas electromagnéticas.

-Ítem 40: "¿Su situación laboral es paro?". La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos en paro.

-Ítem 44: "Su situación laboral actual es subsidio de desempleo?". La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos que cobran el subsidio de desempleo.

-Ítem 45: "¿Su situación laboral actual es cobrando la ayuda familiar?". La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos que cobran la ayuda familiar.

-Ítem 48: "¿Le han adaptado el puesto de trabajo a la patología que padece?". La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos que no consiguen la adaptación al puesto de trabajo.

-Ítem 50: "Se le ha reconocido una minusvalía?". La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos que tienen reconocida la minusvalía.

-Ítem 53: "Se le ha reconocido algún grado de dependencia?". La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos que tienen reconocida el grado de dependencia.

-Ítem 56: "Ha tenido que recurrir a los tribunales para poder acceder a los derechos que le corresponde?". La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos que han recurrido a los tribunales.

-Ítem 58: "¿Le ha supuesto un gasto añadido recurrir a los tribunales para el reconocimiento de sus derechos?". La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos que tienen un gasto añadido.

-Ítem 60: "¿Considera que se encuentra actualmente en una situación justa desde el punto de vista del reconocimiento de sus derechos sociolaborales?". La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos que no están en estas circunstancias.

-Ítem 61: "¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos familiares?". La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos que han tenido pérdidas o alejamientos familiares.

-Ítem 62: "¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de amistades?". La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos que han tenido pérdidas o alejamientos de amistades.

-Ítem 64: "¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o reducción de ingresos?". La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos que han tenido pérdidas o reducción de ingresos.

-Ítem 65: "¿Mantiene algunas de las actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad?". La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos que no han mantenido sus actividades lúdicas.

-Ítem 68: "¿El trato recibido por los profesionales de la salud del ICAM o del INSS le han hecho sentirse mal o culpable por padecer EM/SFC?". La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos que se han sentido culpables.

-Ítem 69: "¿Se ha sentido menospreciado, ridiculizado en alguna ocasión cuando ha tenido que acudir a algún centro sanitario en solicitud de atención médica?". La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos que sí han tenido ese sentimiento.

-Ítem 70: "Cuando acude a un profesional de la salud que, de forma evidente, desconoce la patología que Vd. padece ¿intenta Vd. informarle o llevarle documentación informativa?". La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos a los que sí intentan informarle.

-Ítem 71: "¿Cómo suele reaccionar normalmente el profesional de la salud cuando Vd. intenta darle información de esta enfermedad?. Como se observa en la tabla 26 las comparaciones dos a dos muestran que las diferencias se encuentran entre aquellos individuos cuyo profesional "No escucha, no acepta información y descalifica la información suministrada" y el resto salvo "No escucha con atención

ni da importancia al material". La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es mayor en este caso.

Tabla 26

Relación "¿Cómo suele reaccionar normalmente el profesional de la salud cuando Vd. intenta darle información de esta enfermedad?" con Riesgo de suicidio.

Nivel (I)	Nivel (II)	p-valor
No intento informar	Escucha y agradece	0.9999
	Escucha sin atención al material	0.9921
	No escucha con atención ni da importancia al material	0.2305
	No escucha en absoluto ni acepta información	0.0937
	No escucha, no acepta información y descalifica la información suministrada	0.0013
Escucha y agradece	Todas las anteriores	0.1818
	Escucha sin atención al material	0.9995
	No escucha con atención ni da importancia al material	0.3275
	No escucha en absoluto ni acepta información	0.1729
	No escucha, no acepta información y descalifica la información suministrada	0.0019
Escucha sin atención al material	Todas las anteriores	0.3196
	No escucha con atención ni da importancia al material	0.6290
	No escucha en absoluto ni acepta información	0.5740
	No escucha, no acepta información y descalifica la información suministrada	0.0134
	Todas las anteriores	0.7785
No escucha con atención ni da importancia al material	No escucha en absoluto ni acepta información	0.9929
	No escucha, no acepta información y descalifica la información suministrada	0.5673
	Todas las anteriores	0.9306
No escucha en absoluto ni acepta información	No escucha, no acepta información y descalifica la información suministrada	0.0307
	Todas las anteriores	0.9809
Todas las anteriores	No escucha, no acepta información y descalifica la información suministrada	0.0074

-Ítem 72: "¿En alguna ocasión se ha sentido menospreciado en su ámbito socio-laboral, por padecer esta enfermedad?". La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos que sí han tenido ese sentimiento.

-Ítem 73: "¿En alguna ocasión le han derivado o aconsejado tratamiento psicológico o psiquiátrico por padecer EM/SFC?". La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos que sí han sido derivados. Los ítems siguientes (76, 77, 78) adquieren sentido a partir de la respuesta "Sí" en este ítem 73, pues las diferencias siempre van a estar entre los grupos de NO derivados y los SI derivados, independientemente que éstos contesten SI o NO

-Ítem 76: "¿Le ha sido útil el tratamiento psicológico/ psiquiátrico?". Como se observa en la tabla 27 las comparaciones dos a dos muestran que las diferencias se encuentran entre los no derivados a este tipo de tratamiento y los que consideran

que no ha sido útil. La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es mayor cuando consideran que el tratamiento no ha sido útil. Al borde de la significación está la diferencia entre No y sólo para periodo de adaptación.

Tabla 27

Relación "¿Le ha sido útil el tratamiento psicológico/ psiquiátrico?" con Riesgo de suicidio.

Nivel (I)	Nivel (II)	p-valor
No deriva	Sí	0.3886
	No	0.0065
	Adaptación	0.9636
Sí	No	0.3261
	Adaptación	0.4507
No	Adaptación	0.0513

-Ítem 77: "¿Se ha sentido manipulado, engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?". Como se observa en la tabla 28 las comparaciones dos a dos muestran que las diferencias se encuentran entre los no derivados a este tipo de tratamiento y los que sí han sentido manipulados o engañados. La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es menor cuando no han sido derivados a este tratamiento.

Tabla 28

Relación "¿Se ha sentido manipulado, engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?" con Riesgo de Suicidio.

Nivel (I)	Nivel (II)	p-valor
No deriva	Sí	0.0083
	No	0.8923
Sí	No	0.1969

-Ítem 78: "¿Le han prometido curación con el tratamiento psicológico/ psiquiátrico?". La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos a los que sí se les ha prometido.

-Ítem 88: "¿Su familia respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad que padece?". La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos en los que la familia no respeta las limitaciones.

-Ítem 92: "El hecho de padecer estas patologías, ¿merma la capacidad económica de la unidad familiar?". La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos que sí han visto afectada su capacidad económica.

-Ítem 93: "¿Necesita recurrir en ocasiones a la familia para hacer frente a sus necesidades cotidianas?". La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos que sí recurren a la familia.

-Ítem 94: : "¿Su círculo social respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad que padece". La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es significativamente mayor entre los individuos cuyo círculo social no respeta las limitaciones de la enfermedad.

Variables Ordinales

En la tabla 29 puede verse el contraste de igualdad de medianas en las puntuaciones de Riesgo de Suicidio entre los grupos definidos por cada una de las variables "¿Con qué periodicidad le hacen el seguimiento médico?", "¿Utiliza algún tipo de soporte para la fatiga o el dolor?" y "¿Qué actividades lúdicas mantiene?", en las que la relación de éstas con la de Riesgo de Suicidio ha resultado significativa.

Tabla 29

Contraste de igualdad de medianas en las variables "¿Con qué periodicidad le hacen el seguimiento médico?", "¿Utiliza algún tipo de soporte para la fatiga o el dolor?" y "¿Qué actividades lúdicas mantiene?"

		N	Media	DT	IC 95% para la media		Med.	Ho: igualdad de medianas		Rho de Spearman	
					Inf.	Sup.		Est.	P- valor	rho	p-valor
Periodicidad seguimiento médico (24)	Sin seg.	64	1.94	0.81	1.73	2.14	2	10.6193	0.0238	-0.203	0.0038
	6-12 m	90	1.6	0.72	1.45	1.75	1				
	>12-18 m	37	1.57	0.6	1.37	1.77	2				
	>18-24 m	9	1.44	0.53	1.09	1.8	1				
	>24 m	1	1	.	..	.	1				
	Total	201	1.69	0.74	1.59	1.8	2				
Soporte dolor/fatiga (31)	Nunca	113	1.58	0.74	1.44	1.71	1	11.8199	0.0071	0.2116	0.0028
	A veces	59	1.92	0.7	1.73	2.1	2				
	Mucho	15	1.93	0.88	1.48	2.39	2				
	Muchísimo	10	1.7	0.82	1.18	2.22	1.5				
	Total	197	1.71	0.76	1.6	1.82	2				
Actividades lúdicas (66)	No mantie	84	1.93	0.77	1.76	2.1	2	17.2963	0.0006	-0.291	<0.0001
	Muy baja	20	1.8	0.89	1.4	2.2	2				
	Baja	71	1.48	0.58	1.34	1.62	1				
	Moderada	23	1.48	0.79	1.15	1.81	1				
	Alta	0	.	.	.	.	.
	Muy alta	0	.	.	.	.	.
	Total	198	1.7	0.75	1.6	1.81	2				

DT=Desviación Típica; Med.=Mediana, KS=Kolmogorv-Smirnov

Como se comprueba en la tabla 29 son significativas las relaciones entre la puntuación en el ítem 137: Riesgo de Suicidio y los siguientes ítems;

-Ítem 24: "¿Con qué periodicidad le hacen el seguimiento médico?". A menor periodicidad mayor puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio. Como se observa en la tabla 30 las comparaciones dos a dos muestran diferencias

estadísticamente significativas entre Sin seguimiento y el resto, la puntuación del ítem 137: Riesgo de suicidio es mayor entre los que no tienen seguimiento.

Tabla 30

Relación “¿Con qué periodicidad le hacen el seguimiento médico?” con Riesgo de suicidio.

Nivel (I)	Nivel (II)	p-valor
Sin seguimiento	6-12 m	0.0475
	12-18 m	0.0570
	18-24 m	0.0146
	>24 m	0.0089
6-12 m	12-18 m	0.9346
	18-24 m	0.7056
	>24 m	0.4599
12-18 m	18-24 m	0.9941
	>24 m	0.9287
18-24 m	>24 m	0.9676

-Ítem 31: “¿Utiliza algún tipo de soporte para la fatiga o el dolor?”. A mayor uso de soporte mayor puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio. Como puede observarse en la tabla 31 las comparaciones dos a dos muestran diferencias estadísticamente significativas entre Nunca y el resto, donde la puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es menor entre los que nunca utilizan soporte. Además es significativa la diferencia entre A veces y Muchísimo, mayor en A veces.

Tabla 31

Relación “¿Utiliza algún tipo de soporte para la fatiga o el dolor?” con Riesgo de suicidio.

Nivel (I)	Nivel (II)	p-valor
Nunca	A veces	0.0042
	Mucho	0.0120
	Muchísimo	0.0301
A veces	Mucho	0.2090
	Muchísimo	0.0439
Mucho	Muchísimo	0.8111

-Ítem 66: “¿Qué actividades lúdicas mantiene?”. La intensidad de actividades lúdicas se correlaciona negativamente con la puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio, es decir a menor intensidad mayor es la puntuación en ese ítem. Además, como puede observarse en la tabla 32 las comparaciones dos a dos muestran que las diferencias se encuentran entre los que dicen no mantener actividades lúdicas y los que dicen mantenerlas con cualquier intensidad. La puntuación en el ítem 137: Riesgo de suicidio es mayor entre los que no mantienen actividades lúdicas.

Tabla 32

Relación "¿Qué actividades lúdicas mantiene?" con Riesgo de suicidio".

Nivel (I)	Nivel (II)	p-valor
No mantiene	Muy baja	0.0266
	Baja	0.0010
	Moderada	0.0009
Muy baja	Baja	0.0715
	Moderada	0.4086
Baja	Moderada	0.5889

2. MODELO PREDICTIVO (ODDS RATIO).

Una vez realizados los Análisis estadísticos detallados se ha podido comprobar en cada uno de los Datos Sociodemográficos y Clínicos explorados la incidencia que tienen en la Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio en las personas enfermas de EM/SFC y como han influido cada una de las variables moduladoras exploradas en los efectos producidos por dichos Datos:

2.1. Modelo predictivo (Odds Ratio) entre Datos Sociodemográficos y Clínicos, Variables moduladoras y Depresión.

El objetivo de un modelo de regresión logística es el de modelizar cómo influye en la probabilidad de aparición de un suceso (variable respuesta), habitualmente dicotómico, la presencia o no de diversos factores (variables independientes o explicativas) y el valor o nivel de los mismos. La regresión logística da la posibilidad de evaluar la influencia de cada una de las variables independientes sobre la variable respuesta y controlar el efecto del resto.

La forma analítica en que la probabilidad objeto de interés se vincula con las variables explicativas es la siguiente,

$$p = \frac{1}{1 + \exp(-\alpha - \beta_1 x_1 - \beta_2 x_2 - \dots - \beta_k X_k)}$$

Esta expresión es la que se conoce como función logística; donde exp denota la función exponencial y α , β_1 , β_2 ... β_k son los parámetros del modelo. Un coeficiente positivo indica que p crece cuando lo hace la variable.

Para una mejor interpretación de los coeficientes β , es necesario referirnos al concepto de odds-ratio. El exponencial de los β_i se corresponde con odds-ratio (OR), una medida de la influencia de la variable X_i sobre el riesgo de que ocurra el suceso evaluado, suponiendo que el resto de las variables del modelo permanezcan constantes. Un intervalo de confianza para una OR que contenga al 1 indica que la variable no tiene una influencia significativa en la ocurrencia del suceso y, por el contrario, valores más alejados de este indican una mayor influencia de la variable, es decir, que por debajo de 1 la relación se modula

reduciendo la probabilidad de que ocurra el suceso (en nuestro caso es un factor de protección) y en caso de ser Sup. a 1 lo contrario (en nuestro caso factor de riesgo). La numeración que antecede a la variable hace referencia al número de orden ocupado en el *Cuadernillo de recogida de datos* (ver anexo) de los Datos (variables, circunstancias) Sociodemográficos y Clínicos.

1. EDAD

Como puede observarse en la tabla 33 entre personas con las mismas puntuaciones en Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R, global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), las personas de mayor edad tienen menos probabilidad de sufrir Depresión en grado alto.

Tabla 33

Odds Ratio entre "Edad", Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R, global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión.

Modelo	X = Edad	Estimación	Error estándar	Z-valor	P-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + LOC	X	-0.0570	0.0213	-2.6801	0.0074	0.9446	0.9061	0.9848
	LOC	0.2081	0.0518	4.0160	0.0001	1.2314	1.1124	1.3630
X + SS-A-R	(Intercept)	4.5729	1.2560	3.6410	0.0003	.	.	.
	X	-0.0465	0.0185	-2.5108	0.0120	0.9546	0.9206	0.9899
	SS-A-R	-0.0417	0.0154	-2.7009	0.0069	0.9592	0.9306	0.9886
X + Sub-escalas SS-A-R	(Intercept)	4.0208	1.2375	3.2492	0.0012	.	.	.
	X	-0.0453	0.0187	-2.4152	0.0157	0.9557	0.9212	0.9915
	SS-A-R Apoyo familiar	-0.0688	0.0332	-2.0712	0.0383	0.9335	0.8747	0.9963
X + Sub-escalas WOC-RR	X	-0.0481	0.0209	-2.2966	0.0216	0.9530	0.9147	0.9930
	WOC-RR Control	0.2364	0.0878	2.6936	0.0071	1.2667	1.0665	1.5044
	WOC-RR Apoyo social	-0.2699	0.1176	-2.2963	0.0217	0.7634	0.6063	0.9612
	WOC-RR Escape	0.2382	0.0725	3.2848	0.0010	1.2690	1.1008	1.4628

4. NIVEL EDUCATIVO.

En la tabla 34 se puede comprobar que el Nivel Educativo se asocia significativamente con la probabilidad de sufrir Depresión en grado alto. Las personas con ESO y Bachillerato tienen más probabilidad que los Universitarios de tener un alto grado de Depresión.

Tabla 34

Odds Ratio entre "Nivel educativo" y Depresión

Modelo	X = Nivel educativo	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	X: ESO	1.1221	0.4380	2.5621	0.0104	3.0714	1.3018	7.2469
	X: Bachillerato	0.7090	0.3370	2.1040	0.0354	2.0319	1.0497	3.9330

Como puede observarse en la tabla 35 la variable Esperanza no modula ni positiva ni negativamente el efecto del nivel de estudios en la depresión. Las personas con un nivel de estudios de ESO tienen más probabilidad de Depresión que los que tienen estudios Universitarios.

Tabla 35
Odds Ratio entre "Nivel educativo", variable moduladora Esperanza (EE) y Depresión

Modelo	X = Nivel educativo	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	3.4873	0.8618	4.0464	0.0001	.	.	.
	X: ESO	0.9609	0.4793	2.0048	0.0450	2.6141	1.0217	6.6884
	EE	-0.1668	0.0376	-4.4387	<0.0001	0.8464	0.7863	0.9111
X + Sub-escalas	(Intercept)	3.5576	0.8912	3.9919	0.0001	.	.	.
	X: ESO	0.9614	0.4798	2.0038	0.0451	2.6154	1.0213	6.6977
	EE	EE.Objetivos	-0.1928	0.0885	-2.1796	0.0293	0.8247	0.6934	0.9808

Sin embargo como puede comprobarse en la tabla 36 el nivel de estudios deja de asociarse significativamente con Depresión en función del nivel de estudios cuando se introduce la variable Locus de Control (LOC) como moduladora.

Lo mismo ocurre cuando introducimos la variable Apoyo Social (SS-A-R), se anulan las diferencias en Depresión en función del nivel de estudios.

Tabla 36
Odds Ratio entre "Nivel Educativo", variables Locus de Control (LOC)-Apoyo Social (SS-A-R) y Depresión.

Modelo	X = Nivel educativo	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + LOC	(Intercept)	-2.4970	0.6507	-3.8372	0.0001	.	.	.
	LOC	0.1905	0.0498	3.8285	0.0001	1.2099	1.0975	1.3339
X + SS-A-R	(Intercept)	2.0545	0.8517	2.4123	0.0159	.	.	.
	SS-A-R	-0.0426	0.0157	-2.7153	0.0066	0.9583	0.9292	0.9882
X + Sub-escalas	(Intercept)	1.5629	0.7888	1.9815	0.0475	.	.	.
	SS-A-R Apoyo amigos	-0.0892	0.0444	-2.0095	0.0445	0.9146	0.8384	0.9978

Como se observa en la tabla 37 igual ocurre cuando se incluyen las variables moduladoras de Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) el efecto de Nivel Educativo deja de asociarse significativamente con la probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 37

Odds Ratio entre "Nivel Educativo", variables Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas), Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Depresión.

Modelo	X = Nivel educativo	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EBP	(Intercept)	6.8328	1.2703	5.3789	<0.0001	.	.	.
	EBP	-0.0444	0.0079	-5.6337	<0.0001	0.9565	0.9419	0.9714
X + Sub-escalas EBP	(Intercept)	4.2994	1.5693	2.7396	0.0062	.	.	.
	EBP Autoaceptación	-0.1150	0.0455	-2.5275	0.0115	0.8914	0.8154	0.9745
X + Sub-escalas WOC-RR	WOC-RR Control	0.2069	0.0861	2.4039	0.0162	1.2299	1.0390	1.4559
	WOC-RR Escape	0.2178	0.0727	2.9974	0.0027	1.2434	1.0783	1.4337
X + SOC-13	(Intercept)	7.3288	1.1241	6.5197	<0.0001	.	.	.
	SOC-13	-0.1417	0.0207	-6.8400	<0.0001	0.8679	0.8334	0.9039
	(Intercept)	7.4124	1.1440	6.4795	<0.0001	.	.	.
X + Sub-escalas SOC-13	SOC-13 Comprensibilidad	-0.1575	0.0575	-2.7365	0.0062	0.8543	0.7632	0.9563
	SOC-13 Significatividad	-0.1619	0.0586	-2.7613	0.0058	0.8505	0.7582	0.9541
X + Sub-escalas SF-36	(Intercept)	8.1569	1.4825	5.5021	<0.0001	.	.	.
	SF-36 Salud mental	-0.1058	0.0230	-4.5986	<0.0001	0.8996	0.8600	0.9411
	SF-36 Func. Social	-0.0343	0.0129	-2.6619	0.0078	0.9663	0.9422	0.9910
	SF-36 Dolor	-0.0455	0.0157	-2.8930	0.0038	0.9555	0.9265	0.9854
	SF-36 Salud general	-0.0627	0.0231	-2.7124	0.0067	0.9392	0.8976	0.9828
	SF-36 Transición	0.0307	0.0136	2.2563	0.0241	1.0312	1.0040	1.0590

5. RESIDENCIA.

Como puede observarse en la tabla 38 el lugar de residencia se asocia de manera significativa con la probabilidad de sufrir Depresión en grado alto. Las personas residentes en Cataluña tienen menos probabilidades de tener un grado de Depresión alto.

Tabla 38

Odds Ratio entre "Residencia" y Depresión

Modelo	X = Residencia Cataluña vs Resto	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	0.6008	0.2134	2.8152	0.0049	.	.	.
	X: Cataluña	-0.6008	0.2939	-2.0444	0.0409	0.5484	0.3083	0.9755

Como puede comprobarse en la tabla 39 la Esperanza (EE global y subescalas) y Locus de Control (LOC) no modulan dicho efecto.

Tabla 39

Odds Ratio entre "Residencia", variables Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC) y Depresión.

Modelo	X = Residencia Cataluña vs Resto	Estimación	Error estándar	Z- valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	4.5006	0.8486	5.3033	<0.0001	.	.	.
	X: Cataluña	-0.8267	0.3365	-2.4567	0.0140	0.4375	0.2262	0.8461
	EE	-0.1751	0.0365	-4.7994	<0.0001	0.8394	0.7814	0.9016
X + Sub- escalas EE	(Intercept)	4.6637	0.8866	5.2602	<0.0001	.	.	.
	X: Cataluña	-0.8357	0.3373	-2.4775	0.0132	0.4336	0.2238	0.8398
	EE.Objetivos	-0.2322	0.0883	-2.6291	0.0086	0.7928	0.6668	0.9426
X + LOC	(Intercept)	-1.7822	0.6337	-2.8123	0.0049	.	.	.
	X: Cataluña	-0.7795	0.3688	-2.1136	0.0345	0.4586	0.2226	0.9449
	LOC	0.2037	0.0500	4.0754	<0.0001	1.2259	1.1115	1.3520

En cambio, como se muestra en la tabla 40, entre personas con las mismas puntuaciones en las escalas de Bienestar Psicológico (EBP global), Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas), el efecto de Residencia sí aparece un efecto modulador, desapareciendo la asociación entre lugar de residencia y probabilidad de depresión cuando las puntuaciones en las variables anteriores se igualan.

Tabla 40

Odds Ratio entre "Residencia", variables Bienestar Psicológico (EBP global), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Depresión.

Modelo	X = Residencia Cataluña vs Resto	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EBP	(Intercept)	7.8840	1.2808	6.1554	<0.0001	.	.	.
	EBP	-0.0473	0.0080	-5.9427	<0.0001	0.9538	0.9391	0.9688
X + Sub-escalas WOC-RR	(Intercept)	0.6165	1.0793	0.5712	0.5679	.	.	.
	WOC-RR Control	0.2123	0.0857	2.4770	0.0133	1.2365	1.0453	1.4628
	WOC-RR Escape	0.2196	0.0712	3.0840	0.0020	1.2455	1.0833	1.4320
X + Sub-escalas SF-36	(Intercept)	7.5710	1.1707	6.4671	<0.0001	.	.	.
	SF-36 Salud mental	-0.0944	0.0203	-4.6466	<0.0001	0.9099	0.8744	0.9469
	SF-36 Func. Social	-0.0294	0.0127	-2.3105	0.0209	0.9710	0.9471	0.9955
	SF-36 Dolor	-0.0396	0.0148	-2.6783	0.0074	0.9611	0.9337	0.9894
	SF-36 Salud general	-0.0540	0.0214	-2.5278	0.0115	0.9474	0.9086	0.9879

Como se puede comprobar en la tabla 41 al incluir las variables de Bienestar Psicológico (EBP subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) el efecto de Residencia deja de asociarse de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Luego modulan los efectos negativos.

Tabla 41

Odds Ratio entre "Residencia", variables Bienestar Psicológico (EBP subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) y Depresión.

Modelo	X = Residencia Cataluña vs Resto	Estimación n	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + Sub- escalas EBP	(Intercept)	5.9918	1.5427	3.8839	0.0001	.	.	.
	EBP Autoaceptación	-0.1054	0.0444	-2.3716	0.0177	0.9000	0.8249	0.9819
X + SS-A- R	(Intercept)	2.3859	0.8180	2.9165	0.0035	.	.	.
	SS-A-R	-0.0375	0.0152	-2.4627	0.0138	0.9632	0.9348	0.9924
X + Sub- escalas SS-A-R	(Intercept)	1.8196	0.7606	2.3924	0.0167	.	.	.
X + SOC- 13	(Intercept)	7.1700	1.0091	7.1052	<0.0001	.	.	.
	SOC-13	-0.1361	0.0197	-6.8989	<0.0001	0.8727	0.8396	0.9072
X + Sub- escalas SOC-13	(Intercept)	7.1891	1.0206	7.0438	<0.0001	.	.	.
	SOC-13 Comprensibilidad	-0.1531	0.0559	-2.7368	0.0062	0.8580	0.7689	0.9575
SOC-13	SOC-13 Significatividad	-0.1364	0.0555	-2.4574	0.0140	0.8725	0.7825	0.9728

7. ¿CUÁNTO TIEMPO HACE QUE OBTUVO EL DIAGNÓSTICO?

Como se comprueba en la tabla 42 el tiempo tardado en recibir el diagnóstico de EM/SFC en cambio se asocia significativamente con la probabilidad de tener un grado de depresión alto. Al disminuir el tiempo en obtener el diagnóstico aumenta la probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 42

Odds Ratio entre "¿Cuanto tiempo hace que obtuvo el diagnóstico?" y Depresión.

Modelo	X = T. diagnóstico SFC	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	0.8126	0.2666	3.0476	0.0023	.	.	.
	X	-0.0995	0.0440	-2.2591	0.0239	0.9053	0.8304	0.9869

En la tabla 43 se puede observar que este efecto sigue siendo significativo cuando se incluyen las variables Esperanza (EE global y subescalas) Bienestar Psicológico (EBP subescalas) y Apoyo Social (SS-A-R-global). Entre personas con las mismas puntuaciones en estas escalas, aquellas personas con menor tiempo de obtención del diagnóstico tienen mas probabilidad de tener Depresión en grado alto. Por tanto, estas variables no tienen ningún papel modulador en la asociación entre depresión y tiempo tardado en recibir el diagnóstico.

Tabla 43

Odds Ratio entre “¿Cuánto tiempo hace que obtuvo el diagnóstico?”, variables Esperanza (EE global y subescalas) Bienestar Psicológico (EBP subescalas) Apoyo Social (SS-A-R-global) y Depresión.

Modelo	X = T. diagnóstico SFC	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	4.9956	0.9755	5.1209	<0.0001	.	.	.
	X	-0.1476	0.0530	-2.7877	0.0053	0.8627	0.7777	0.9571
	EE	-0.1834	0.0397	-4.6183	<0.0001	0.8325	0.7701	0.8998
X + Sub- escalas EE	(Intercept)	5.2176	1.0254	5.0881	<0.0001	.	.	.
	X	-0.1487	0.0532	-2.7974	0.0052	0.8618	0.7766	0.9565
	EE.Objetivos	-0.2550	0.0923	-2.7620	0.0057	0.7749	0.6467	0.9286
X + Sub- escalas EBP	(Intercept)	6.9459	1.6575	4.1905	<0.0001	.	.	.
	X	-0.1216	0.0601	-2.0225	0.0431	0.8855	0.7871	0.9962
	EBP Autoaceptación	-0.1050	0.0459	-2.2878	0.0221	0.9003	0.8229	0.9851
X + SS- A-R	(Intercept)	3.2966	0.9278	3.5530	0.0004	.	.	.
	X	-0.1037	0.0507	-2.0444	0.0409	0.9015	0.8162	0.9957
	SS-A-R	-0.0486	0.0162	-2.9915	0.0028	0.9526	0.9227	0.9834

Al incluir las variables Locus de Control (LOC) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) el efecto de "Tiempo en obtener Diagnóstico" deja de asociarse significativamente con la probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 44

Odds Ratio entre “¿Cuánto tiempo hace que obtuvo el diagnóstico?”, variables Locus de Control (LOC) Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Depresión.

Modelo	X = T. diagnóstico SFC	Estimación	Error estándar	Z- valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X +	(Intercept)	-1.7823	0.7153	-2.4918	0.0127	.	.	.
LOC	LOC	0.2118	0.0530	4.0008	0.0001	1.2360	1.1141	1.3711
	(Intercept)	7.5225	1.2633	5.9544	<0.0001	.	.	.
X + Sub- escalas SF-36	SF-36 Salud mental	-0.0940	0.0221	-4.2536	<0.0001	0.9103	0.8717	0.9506
	SF-36 Func. Social	-0.0346	0.0133	-2.6027	0.0092	0.9659	0.9411	0.9915
	SF-36 Dolor	-0.0336	0.0152	-2.2147	0.0268	0.9670	0.9386	0.9961
	SF-36 Salud general	-0.0605	0.0220	-2.7482	0.0060	0.9413	0.9016	0.9828
	SF-36 Transición	0.0308	0.0130	2.3643	0.0181	1.0313	1.0053	1.0580

Entre personas con la misma puntuación en las variables Bienestar Psicológico (EBP global), Apoyo Social (subescalas), Afrontamiento (subescalas) y Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas), como se puede apreciar en la tabla 45 el efecto de “¿Cuánto tiempo hace que obtuvo el diagnóstico?” se asocia, pasando de ser significativo a estar al borde de la significación, con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Aquellas personas con menos tiempo en obtener el diagnóstico tienen más probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 45

Odds Ratio entre “¿Cuánto tiempo hace que obtuvo el diagnóstico?”, variables Bienestar Psicológico (EBP global), Apoyo Social (subescalas), Afrontamiento (subescalas) Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas), y Depresión.

Modelo	X = T. diagnóstico SFC	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X +	(Intercept)	8.3040	1.3499	6.1514	<0.0001	.	.	.
EBP	EBP	-0.0483	0.0082	-5.9206	<0.0001	0.9529	0.9378	0.9682
X +	(Intercept)	2.6299	0.8827	2.9794	0.0029	.	.	.
Sub-escalas SS-A-R	SS-A-R Apoyo familiar	-0.0840	0.0354	-2.3702	0.0178	0.9194	0.8578	0.9856
	SS-A-R Apoyo amigos	-0.0939	0.0474	-1.9795	0.0478	0.9104	0.8295	0.9991
	SS-A-R Búsqueda apoyo	0.0892	0.0454	1.9643	0.0495	1.0933	1.0002	1.1950
X +	(Intercept)	0.6186	1.1931	0.5185	0.6041	.	.	.
Sub-escalas WOC-RR	WOC-RR Control	0.2001	0.0918	2.1786	0.0294	1.2215	1.0203	1.4623
	WOC-RR Apoyo social	-0.2738	0.1222	-2.2404	0.0251	0.7605	0.5985	0.9663
WOC-RR	WOC-RR Escape	0.2671	0.0775	3.4487	0.0006	1.3062	1.1222	1.5203
X +	(Intercept)	7.4657	1.0643	7.0146	<0.0001	.	.	.
SOC-13	SOC-13	-0.1340	0.0199	-6.7202	<0.0001	0.8746	0.8411	0.9094
X +	(Intercept)	7.5250	1.0849	6.9363	<0.0001	.	.	.
Sub-escalas SOC-13	SOC-13 Significatividad	-0.1549	0.0586	-2.6452	0.0082	0.8565	0.7636	0.9607

8. ESPECIALISTAS MÉDICOS VISITADOS HASTA LA OBTENCIÓN DEL DIAGNÓSTICO.

“Especialistas médicos visitados hasta la obtención del diagnóstico” (su significado se refiere a que para obtener un diagnóstico fiable, la persona ha tenido que visitar desde uno a varios especialistas) como puede comprobarse en la tabla 46, cuando se tiene en cuenta el Afrontamiento (WOC-RR-subescalas), se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener depresión en grado alto. Entre personas con las mismas puntuaciones en Afrontamiento (WOC-RR subescalas) las personas que han visitado a más especialistas tienen mayor probabilidad de tener depresión en grado alto.

Tabla 46

Odds Ratio entre “Especialistas visitados antes de diagnóstico”, Afrontamiento (WOC-RR-subescalas) y Depresión.

Modelo	X = Especialistas visitados	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X +	(Intercept)	-0.5789	1.1551	-	0.6163	.	.	.
Sub-escalas	X	0.1893	0.0953	1.9862	0.0470	1.2084	1.0025	1.4566
WOC-RR	WOC-RR Control	0.2563	0.0903	2.8395	0.0045	1.2921	1.0826	1.5422
	WOC-RR Escape	0.2329	0.0730	3.1908	0.0014	1.2623	1.0940	1.4564

9. ESPECIALISTA QUE REALIZÓ EL DIAGNÓSTICO

“Especialista que realizó el diagnóstico” (según a que especialidad médica pertenezca el profesional que emita el diagnóstico) está asociado con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. En la tabla 47 se constata que los casos diagnosticados por un internista tienen menos probabilidad que el resto.

Tabla 47
Odds Ratio entre “Especialistas realizó diagnóstico” y Depresión.

Modelo	X = Especialista diagnosticó Internista vs Resto	Estimación	Error estándar	Z- valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	0.6419	0.2256	2.8456	0.0044	.	.	.
	X: Internista	-0.8151	0.3172	-2.5696	0.0102	0.4426	0.2377	0.8242

Como se observa en la tabla 48 sigue siendo significativa esta asociación al incluir las variables de Esperanza (EE-global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP-subescalas) y Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas). Entre personas con las mismas puntuaciones en estas variables, aquellas personas diagnosticadas por un internista tienen menos probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 48
Odds Ratio entre “Especialistas realizó diagnóstico”, variables Esperanza (EE-global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP-subescalas) Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Depresión.

Modelo	X = Especialista diagnosticó Internista vs Resto	Estimación	Error estándar	Z- valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.		
							Inf.	Sup.	
X + EE	(Intercept)	4.0592	0.8659	4.6881	<0.0001	.	.	.	
	X: Internista	-0.8017	0.3554	-2.2557	0.0241	0.4486	0.2235	0.9002	
X + Sub- escalas	EE	-0.1576	0.0378	-4.1725	<0.0001	0.8542	0.7933	0.9198	
	(Intercept)	4.1595	0.8980	4.6317	<0.0001	.	.	.	
X + Sub- escalas	X: Internista	-0.8023	0.3556	-2.2562	0.0241	0.4483	0.2233	0.9000	
	EE	EE.Objetivos	-0.1950	0.0913	-2.1355	0.0327	0.8228	0.6880	0.9841
X + Sub- escalas	(Intercept)	5.3306	1.5825	3.3685	0.0008	.	.	.	
	X: Internista	-0.7922	0.3942	-2.0096	0.0445	0.4529	0.2091	0.9806	
X + SS- A-R	EBP	EBP Autoaceptación	-0.1046	0.0481	-2.1756	0.0296	0.9007	0.8197	0.9897
	(Intercept)	2.6556	0.9356	2.8385	0.0045	.	.	.	
X + Sub- escalas	X: Internista	-0.8594	0.3450	-2.4911	0.0127	0.4234	0.2153	0.8326	
	SS-A-R	-0.0391	0.0171	-2.2868	0.0222	0.9617	0.9300	0.9944	
X + Sub- escalas	(Intercept)	1.8539	0.8512	2.1779	0.0294	.	.	.	
	X: Internista	-0.7774	0.3450	-2.2534	0.0242	0.4596	0.2337	0.9037	

13. ¿QUÉ GRADO ACTUAL DE EM/SFC PADECE?

Como se muestra en la tabla 49 cuando se incluyen las variables de Bienestar Psicológico (EBP global) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas), “¿Qué grado actual de EM/SFC padece?” se asocia significativamente con la probabilidad de

tener Depresión en grado alto. Las personas con grado 3/4 y 4 tienen una probabilidad mayor que las de 1/2 de tener Depresión en grado alto.

Tabla 49

Odds Ratio entre ¿Qué grado actual de EM/SFC padece?, variables Bienestar Psicológico (EBP global) Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión.

Modelo	X = Grado SFC	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EBP	(Intercept)	7.6632	1.8202	4.2102	<0.0001	.	.	.
	X: 3/4 y 4	1.5984	0.7052	2.2668	0.0234	4.9453	1.2415	19.6986
	EBP	-0.0514	0.0112	-4.5870	<0.0001	0.9499	0.9292	0.9710
X + Sub- escalas WOC- RR	(Intercept)	-2.2726	1.7299	-1.3137	0.1890	.	.	.
	X: 3/4 y 4	1.9241	0.7301	2.6353	0.0084	6.8488	1.6373	28.6480
	WOC-RR Control	0.3027	0.1351	2.2411	0.0250	1.3535	1.0387	1.7636
	WOC-RR Escape	0.2593	0.1059	2.4481	0.0144	1.2960	1.0531	1.5950

14. ADEMÁS DE PADECER EM/SFC ¿LE HAN DIAGNOSTICADO OTRAS ENFERMEDADES?

Como se observa en la tabla 50 al incluir las variables de Esperanza (EE-subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR-subescalas), el efecto “Además de padecer EM/SFC ¿le han diagnosticado otras enfermedades?” se asocia significativamente con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Entre personas con las mismas puntuaciones en estas escalas, las personas que "Si" las padecen tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 50

Odds Ratio entre “Además de padecer EM/SF ¿ le han diagnosticad otras enfermedades? variables Esperanza (EE-subescalas), Afrontamiento (WOC-RR-subescalas) y Depresión.

Modelo	X = Otras enfermedades	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + Sub- escalas EE	(Intercept)	4.2192	0.8588	4.9127	0.0000	.	.	.
	X: No	-1.2787	0.6398	-1.9985	0.0457	0.2784	0.0794	0.9756
	EE.Objetivos	-0.2248	0.0887	-2.5346	0.0113	0.7987	0.6713	0.9503
X + Sub- escalas WOC- RR	(Intercept)	-0.0029	1.0617	-0.0027	0.9978	.	.	.
	X: No	-1.7179	0.7435	-2.3106	0.0209	0.1794	0.0418	0.7705
	WOC-RR Distanciamiento	-0.2113	0.1048	-2.0168	0.0437	0.8095	0.6593	0.9941
	WOC-RR Control	0.2395	0.0881	2.7183	0.0066	1.2707	1.0691	1.5102
WOC-RR Escape	0.2349	0.0731	3.2125	0.0013	1.2647	1.0959	1.4596	

15. ¿ADEMÁS DE EM/SFC, ¿QUÉ OTRAS ENFERMEDADES LE HAN DIAGNOSTICADO?

Como se comprueba en la tabla 51 “¿Además de EM/SFC, ¿qué otras enfermedades le han diagnosticado?” se asocia, quedándose al borde de la significación, con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Cuando se refiere a los casos “FM+Otras” que presentan una menor probabilidad de tener un grado de Depresión alto que los casos no diagnosticados diferencialmente.

Cuando se incluye la variable Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), el efecto de "Diagnóstico diferencial" se asocia significativamente con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Los casos con diagnóstico FM+Otras tienen menos probabilidad que aquellos no diagnosticados diferencialmente de tener Depresión en grado alto.

Tabla 51

Odds Ratio entre “Además de EM/SFC ¿qué otras enfermedades le han diagnosticado? variable Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Depresión.

Modelo	X =Diagnóstico diferencial	Estimación	Error estándar	Z- valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + SS-A-R	(Intercept)	2.9753	0.9437	3.1527	0.0016	.	.	.
	X: FM + Otras	-1.0838	0.4799	-2.2585	0.0239	0.3383	0.1321	0.8665
X + Sub- escalas SS-A-R	SS-A-R	-0.0381	0.0158	-2.4174	0.0156	0.9626	0.9334	0.9928
	(Intercept)	2.2234	0.8775	2.5339	0.0113	.	.	.
	X: FM + Otras	-0.9286	0.4693	-1.9789	0.0478	0.3951	0.1575	0.9911

Como se observa en la tabla 52 al incluir la variable Calidad de Vida (SF-36), “¿Además de EM/SFC, ¿qué otras enfermedades le han diagnosticado?” se asocia significativamente con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Los casos con diagnóstico FM tienen menor probabilidad de tener Depresión en grado alto que los no diagnosticados.

Tabla 52

Odds Ratio entre “¿Además de EM/SFC, qué otras enfermedades le han diagnosticado? “variable Calidad de Vida (SF-36) y Depresión.

Modelo	X = Diagnóstico diferencial	Estimación	Error estándar	Z- valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + Sub- escalas SF-36	(Intercept)	9.0562	1.5726	5.7586	<0.0001	.	.	.
	X: Sólo FM	-1.8818	0.8036	-2.3416	0.0192	0.1523	0.0315	0.7359
	SF-36 Salud mental	-0.1016	0.0230	-4.4097	<0.0001	0.9034	0.8635	0.9451
	SF-36 Dolor	-0.0507	0.0160	-3.1679	0.0015	0.9506	0.9212	0.9809
	SF-36 Salud general	-0.0662	0.0228	-2.9064	0.0037	0.9360	0.8951	0.9787

Como se muestra en la tabla 53 al incluir las variables de Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global) y Afrontamiento (WOC-

RR subescalas), “Además de EM/SFC ¿ qué otras enfermedades le han diagnosticado?” se asocia significativamente con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas diagnosticadas con "FM+otras" tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto que las diagnosticadas con "Otras".

Tabla 53

Odds Ratio entre “¿Además de EM/SFC, qué otras enfermedades le han diagnosticado?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global) Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión.

Modelo	X = Diagnóstico diferencial	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	3.9337	0.8576	4.5867	<0.0001	.	.	.
	X: FM + Otras	1.1557	0.4936	2.3415	0.0192	3.1763	1.2072	8.3574
	EE	-0.1801	0.0389	-4.6269	<0.0001	0.8352	0.7739	0.9014
X + Sub-escalas EE	(Intercept)	4.1667	0.9006	4.6263	<0.0001	.	.	.
	X: FM + Otras	1.2272	0.5011	2.4489	0.0143	3.4117	1.2776	9.1102
	EE.Objetivos	-0.2687	0.0961	-2.7974	0.0052	0.7643	0.6332	0.9227
X + EBP	(Intercept)	7.7565	1.4168	5.4747	<0.0001	.	.	.
	X: FM + Otras	1.0456	0.5199	2.0113	0.0443	2.8451	1.0270	7.8817
	EBP	-0.0510	0.0093	-5.4797	<0.0001	0.9502	0.9331	0.9678
X + Sub-escalas WOC-RR	(Intercept)	-0.1836	1.1660	-0.1575	0.8749	.	.	.
	X: FM + Otras	1.0803	0.5162	2.0927	0.0364	2.9456	1.0709	8.1020
	WOC-RR Control	0.2346	0.0938	2.5025	0.0123	1.2644	1.0522	1.5195
WOC-RR	WOC-RR Escape	0.2230	0.0801	2.7846	0.0054	1.2498	1.0683	1.4622

17. MEDICOS INFORMAN QUE EM/SFC ES ENFERMEDAD DE SENSIBILIDAD CENTRAL Y PERTENECE A ENFERMEDADES NEUROENDOCRINAS.

Como se puede apreciar en la tabla 54 “¿Le han informado los médicos de que la EM/SFC es una enfermedad de Sensibilización Central...?”, se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener un grado alto de Depresión. Las personas no informadas tienen más probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 54

Odds Ratio entre “Médicos informa que EM/SFC es enfermedad de Sensibilización Central y pertenece a enfermedades neuroendocrinas” y Depresión.

Modelo	X = Informan enfermedad	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	-0.1100	0.2100	-0.5239	0.6004	.	.	.
	X: No	0.8031	0.2992	2.6840	0.0073	2.2326	1.2419	4.0134

Como se observa en la tabla 55 al incluir las variables de Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas), “¿Le han informado los médicos de que la EM/SFC es una enfermedad de Sensibilización Central...?” sigue asociándose significativamente con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas “no informadas” tienen más probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 55

Odds Ratio entre “¿Le han informado los médicos de que la EM/SFC es una enfermedad de Sensibilización Centra y pertenece a enfermedades neuroendocrinas?” variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión.

Modelo	X = Informan enfermedad	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	3.4397	0.8143	4.2243	<0.0001	.	.	.
	X: No	1.1062	0.3435	3.2200	0.0013	3.0228	1.5417	5.9270
	EE	-0.1716	0.0374	-4.5866	<0.0001	0.8423	0.7828	0.9064
X + Sub-escalas	(Intercept)	3.4908	0.8541	4.0871	<0.0001	.	.	.
	X: No	1.1013	0.3443	3.1989	0.0014	3.0081	1.5319	5.9066
	EE.Objetivos	-0.1884	0.0910	-2.0705	0.0384	0.8283	0.6929	0.9900
X + EBP	EE.Agencia	-0.1581	0.0758	-2.0860	0.0370	0.8537	0.7358	0.9905
	(Intercept)	6.9998	1.2576	5.5660	<0.0001	.	.	.
	X: No	0.7125	0.3590	1.9848	0.0472	2.0390	1.0090	4.1206
X + LOC	EBP	-0.0459	0.0079	-5.7803	<0.0001	0.9551	0.9403	0.9701
	(Intercept)	-2.6263	0.6688	-3.9271	0.0001	.	.	.
	X: No	0.9305	0.3706	2.5105	0.0121	2.5357	1.2263	5.2430
X + SS-A-R	LOC	0.1967	0.0501	3.9281	0.0001	1.2174	1.1036	1.3429
	(Intercept)	1.6063	0.8502	1.8893	0.0589	.	.	.
	X: No	0.8284	0.3226	2.5678	0.0102	2.2896	1.2166	4.3087
X + Sub-escalas SS-A-R	SS-A-R	-0.0340	0.0157	-2.1714	0.0299	0.9666	0.9373	0.9967
	(Intercept)	0.9727	0.7915	1.2289	0.2191	.	.	.
	X: No	0.8067	0.3255	2.4779	0.0132	2.2404	1.1837	4.2405
X + Sub-escalas WOC-RR	(Intercept)	-0.4965	1.0687	-0.4646	0.6422	.	.	.
	X: No	1.0898	0.3596	3.0303	0.0024	2.9738	1.4695	6.0179
	WOC-RR	-0.2314	0.1065	-2.1717	0.0299	0.7935	0.6439	0.9777
WOC-RR	Distanciamiento	0.2141	0.0871	2.4575	0.0140	1.2387	1.0443	1.4693
	WOC-RR Escape	0.2296	0.0721	3.1860	0.0014	1.2581	1.0924	1.4490

20. SE CONSIDERA BIEN INFORMADO.

Como puede observarse en la tabla 56 "Se considera bien informado" se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener un grado alto de Depresión. Las personas que responden que "No" tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 56
Odds Ratio entre "Se considera bien informado" y Depresión.

Modelo	X = Bien informado	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	-0.2787	0.2505	-1.1127	0.2658	.	.	.
	X: No	0.7205	0.3292	2.1887	0.0286	2.0556	1.0782	3.9188

En la tabla 57 se observa como al incluir las variables de Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas), "Se considera bien informado" sigue asociándose de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que No se consideran bien informadas tienen mayor probabilidad de presentar Depresión en grado alto.

Tabla 57
Odds Ratio entre "Se considera bien informado", variables Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión

Modelo	X = Bien informado	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	3.2924	0.8948	3.6793	0.0002	.	.	.
	X: No	0.7656	0.3674	2.0839	0.0372	2.1502	1.0466	4.4176
	EE	-0.1691	0.0402	-4.2089	<0.0001	0.8444	0.7805	0.9136
X + Sub-escalas EE	(Intercept)	3.5806	0.9475	3.7788	0.0002	.	.	.
	X: No	0.7631	0.3691	2.0675	0.0387	2.1449	1.0405	4.4215
	EE.Objetivos	-0.2612	0.0959	-2.7243	0.0064	0.7702	0.6382	0.9293
X + LOC	(Intercept)	-2.8117	0.7605	-3.6972	0.0002	.	.	.
	X: No	0.8146	0.4012	2.0303	0.0423	2.2582	1.0286	4.9574
	LOC	0.1992	0.0554	3.5946	0.0003	1.2204	1.0948	1.3604
X + SS-A-R	(Intercept)	1.7512	0.9306	1.8818	0.0599	.	.	.
	X: No	0.7842	0.3581	2.1898	0.0285	2.1906	1.0858	4.4195
	SS-A-R	-0.0404	0.0173	-2.3430	0.0191	0.9604	0.9284	0.9934
X + Sub-escalas SS-A-R	(Intercept)	1.1689	0.8531	1.3701	0.1707	.	.	.
	X: No	0.7240	0.3618	2.0011	0.0454	2.0627	1.0150	4.1921
	(Intercept)	-0.7592	1.1642	-0.6522	0.5143	.	.	.
X + Sub-escalas WOC-RR	X: No	1.0644	0.4107	2.5918	0.0095	2.8990	1.2963	6.4834
	WOC-RR	-0.2403	0.1199	-2.0041	0.0451	0.7864	0.6217	0.9947
	Distanciamiento							
WOC-RR	WOC-RR Control	0.2464	0.1040	2.3686	0.0179	1.2794	1.0434	1.5688
	WOC-RR Escape	0.2036	0.0813	2.5052	0.0122	1.2259	1.0453	1.4376

23. ¿LE HACEN SEGUIMIENTO MÉDICO DE LA EM/SFC?

Entre personas con la misma puntuación en las variables de Esperanza (EE global y subescalas) y Locus de Control (LOC), como se constata en la tabla 58 el efecto de "¿Le hacen seguimiento médico de la EM/SFC?" se asocia de forma

significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que "No" tienen seguimiento médico tienen una probabilidad mayor de tener un grado alto de Depresión.

Tabla 58

Odds Ratio entre "¿Le hacen seguimiento médico de la EM/SFC?", variables Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC) y Depresión

Modelo	X = Seguimiento Médico	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	3.7260	0.7969	4.6757	<0.0001	.	.	.
	X: No	0.9891	0.3718	2.6601	0.0078	2.6888	1.2974	5.5728
	EE	-0.1742	0.0366	-4.7590	<0.0001	0.8401	0.7820	0.9026
X + Sub-escalas	(Intercept)	3.8304	0.8292	4.6192	<0.0001	.	.	.
	X: No	0.9885	0.3722	2.6561	0.0079	2.6872	1.2957	5.5731
	EE.Objetivos	-0.2136	0.0887	-2.4079	0.0160	0.8077	0.6788	0.9610
X + LOC	(Intercept)	-2.6269	0.6593	-3.9847	0.0001	.	.	.
	X: No	1.1291	0.4220	2.6752	0.0075	3.0927	1.3524	7.0727
	LOC	0.2102	0.0508	4.1353	<0.0001	1.2339	1.1169	1.3632

24. ¿LE HACEN SEGUIMIENTO MÉDICO DE LA EM/SFC?

En la tabla 59 se muestra como entre personas con la misma puntuación en las variable Esperanza (EE global y subescalas), el efecto de "Le hacen seguimiento médico de la EM/SFC?" se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que "No" tienen periodicidad de seguimiento médico tienen una probabilidad mayor de tener un grado alto de Depresión que las que tienen periodicidad entre "6-18 meses".

Tabla 59

Odds Ratio entre "Le hacen seguimiento médico de la EM/SFC?", variable Esperanza (EE global y subescalas) y Depresión

Modelo	X = Periodicidad seguimiento médico	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	5.0637	0.9224	5.4896	<0.0001	.	.	.
	X: 6-12 m	-0.9432	0.4032	-2.3390	0.0193	0.3894	0.1767	0.8582
	X: 12-18m	-1.1957	0.5066	-2.3603	0.0183	0.3025	0.1121	0.8164
	EE	-0.1898	0.0388	-4.8942	<0.0001	0.8271	0.7665	0.8924
X + Sub-escalas	(Intercept)	5.1246	0.9448	5.4239	0.0000	.	.	.
	X: 6-12 m	-0.9447	0.4035	-2.3413	0.0192	0.3888	0.1763	0.8574
	X: 12-18m	-1.1851	0.5071	-2.3369	0.0194	0.3057	0.1132	0.8260
	EE.Objetivos	-0.2153	0.0898	-2.3980	0.0165	0.8063	0.6762	0.9614
	EE.Agencia	-0.1684	0.0780	-2.1581	0.0309	0.8450	0.7252	0.9847

Como se muestra en la tabla 60, cuando se incluye la variable Locus de Control (LOC, "Periodicidad de seguimiento médico" se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que "No" tienen periodicidad de seguimiento médico tienen una probabilidad

mayor de tener un grado alto de Depresión que las que tienen periodicidad entre "6-12 meses.

Tabla 60

Odds Ratio entre "Periodicidad de seguimiento médico", variable LOC y Depresión

Modelo	X = Periodicidad seguimiento médico	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + LOC	(Intercept)	-1.6082	0.6673	-2.4102	0.0159	.	.	.
	X: 6-12 m	-1.2604	0.4582	-2.7509	0.0059	0.2835	0.1155	0.6960
	LOC	0.2204	0.0523	4.2160	0.0000	1.2466	1.1252	1.3811

25. ¿LA PERIODICIDAD DEL SEGUIMIENTO LA REALIZA EN LA SANIDAD PÚBLICA O PRIVADA?

Como se constata en la tabla 61, cuando se incluyen las variables de Esperanza (EE global y subescalas) y Bienestar Psicológico (EBP global), la "¿La periodicidad del seguimiento la realiza en la sanidad pública o privada? se asocia significativamente con la probabilidad de tener Depresión en un grado alto. Las personas que han respondido "Sanidad Privada", tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto que las personas que contestaron que realizaron la periodicidad en la "Sanidad pública".

Tabla 61

Odds Ratio entre "¿La periodicidad del seguimiento la realiza en la sanidad pública o privada? variables Esperanza (EE global y subescalas) y Bienestar Psicológico (EBP global) y Depresión

Modelo	X = Periodicidad sanidad	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	4.4137	1.1056	3.9921	0.0001	.	.	.
	X: Privada	1.2542	0.5107	2.4559	0.0141	3.5049	1.2882	9.5357
	EE	-0.2218	0.0535	-4.1465	<0.0001	0.8011	0.7213	0.8896
X + Sub- escalas	(Intercept)	4.8358	1.1778	4.1059	<0.0001	.	.	.
	X: Privada	1.2971	0.5182	2.5028	0.0123	3.6585	1.3249	10.1026
	EE.Objetivos	-0.3764	0.1277	-2.9469	0.0032	0.6863	0.5343	0.8816
X + EBP	(Intercept)	9.2018	1.9215	4.7889	<0.0001	.	.	.
	X: Privada	1.5387	0.6055	2.5414	0.0110	4.6585	1.4220	15.2618
	EBP	-0.0618	0.0129	-4.8026	<0.0001	0.9401	0.9167	0.9641

26. ¿LE HAN INFORMADO LOS MÉDICOS DE QUE LAS EXPOSICIONES A QUÍMICOS COTIDIANOS, COLONIAS, PRODUCTOS DE LIMPIEZA, ETC. INFLUYEN EN LAS ENFERMEDADES DE SENSIBILIZACIÓN CENTRAL, ENTRE LAS QUE SE ENCUENTRA LA EM/SFC?

Como puede apreciarse en la tabla 62, cuando se incluye la variable Esperanza (EE global), "¿Le han informado los médicos de que las exposiciones a químicos

cotidianos, colonias, productos de limpieza, etc. influyen en las enfermedades de Sensibilización Central entre las que se encuentra la EM/SFC?" se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas no informadas tienen una probabilidad mayor de tener un grado alto de Depresión.

Tabla 62

Odds Ratio entre "¿Le han informado los médicos de que las exposiciones a químicos cotidianos, colonias, productos de limpieza, etc. influyen en las enfermedades de Sensibilización Central entre las que se encuentra la EM/SFC?", variable Esperanza (EE global) y Depresión

Modelo	X = Informan exposiciones químicos	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
	(Intercept)	3.9450	0.8148	4.8419	<0.0001	.	.	.
X + EE	X: No	0.6818	0.3407	2.0012	0.0454	1.9775	1.0142	3.8558
	EE	-0.1859	0.0375	-4.9533	<0.0001	0.8303	0.7714	0.8937

27. ¿TIENE SENSIBILIDAD O INTOLERANCIA A ALGUNOS AGENTES QUÍMICOS?

Se puede comprobar en la tabla 63 que cuando se incluye la variable Bienestar Psicológico (EBP global), "¿Tiene sensibilidad o intolerancia a algunos agentes químicos?" se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que no tienen esta sensibilidad, presentan menos probabilidad a sufrir Depresión en grado alto que los que sí la tienen.

Tabla 63

Odds Ratio entre "¿Tiene sensibilidad o intolerancia a algunos agentes químicos?", variable Bienestar Psicológico (EBP global) y Depresión

Modelo	X = Sensibilidad químicos	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
	(Intercept)	8.0228	1.3410	5.9826	<0.0001	.	.	.
X + EBP	X: No	-0.8967	0.4355	-2.0592	0.0395	0.4079	0.1737	0.9577
	EBP	-0.0490	0.0083	-5.9006	<0.0001	0.9521	0.9368	0.9678

29. ¿HA OBSERVADO SI LA EXPOSICIÓN MEDIOAMBIENTAL A SUSTANCIAS QUÍMICAS LE REPERCUTE EN LA EM/SFC DE FORMA NEGATIVA?

Se observa en la tabla 64 como "Ha observado si la exposición medioambiental a sustancias químicas le repercute en la EM/SFC de forma negativa? se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que admiten que esta exposición les repercute "Muchísimo" tienen una probabilidad mayor de tener Depresión en grado alto que las que dicen que "nada" les repercute.

Tabla 64

Odds Ratio entre "¿Ha observado si la exposición medioambiental a sustancias químicas le repercuten en la EM/SCF de forma negativa?" y Depresión

Modelo	X = Sustancias químicas repercuten negativamente	Estimación	Error estándar	Z- valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	-0.6286	0.4378	-1.4358	0.1510	.	.	.
	X: Muchísimo	1.1992	0.5586	2.1466	0.0318	3.3173	1.1099	9.9150

Cuando se incluye las variables Esperanza (EE subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas), se comprueba en la tabla 65 como "Ha observado si la exposición medioambiental a sustancias químicas le repercute en la EM/SFC de forma negativa? sigue teniendo un efecto significativo sobre la probabilidad de tener Depresión en grado alto. A las personas que le repercute "muchísimo" tienen una probabilidad mayor de tener Depresión en grado alto que a las que "nada" les repercute.

Tabla 65

Odds Ratio entre "¿Ha observado si la exposición medioambiental a sustancias químicas le repercuten en la EM/SCF de forma negativa?", variables Esperanza (EE subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión

Modelo	X = Sustancias químicas repercuten negativamente	Estimación	Error estándar	Z- valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + Sub- escalas	(Intercept)	3.1544	0.9464	3.3331	0.0009	.	.	.
	X: Muchísimo	1.2311	0.6230	1.9761	0.0481	3.4251	1.0101	11.6137
EE	EE.Objetivos	-0.2186	0.0912	-2.3980	0.0165	0.8036	0.6721	0.9608
X + EBP	(Intercept)	7.1982	1.4403	4.9976	<0.0001	.	.	.
	X: Muchísimo	1.4986	0.6756	2.2180	0.0266	4.4754	1.1905	16.8244
	EBP	-0.0494	0.0087	-5.7064	<0.0001	0.9518	0.9358	0.9681
X + Sub- escalas	(Intercept)	4.8244	1.6939	2.8480	0.0044	.	.	.
	X: Muchísimo	1.4759	0.7244	2.0374	0.0416	4.3748	1.0577	18.0952
EBP	EBP Autoaceptación	-0.1330	0.0486	-2.7387	0.0062	0.8755	0.7960	0.9629
X + Sub- escalas	(Intercept)	-0.8944	1.2506	-0.7151	0.4745	.	.	.
	X: Muchísimo	1.7868	0.6680	2.6748	0.0075	5.9701	1.6120	22.1098
WOC- RR	WOC-RR Control	0.2370	0.0946	2.5057	0.0122	1.2674	1.0530	1.5255
	WOC-RR Apoyo social	-0.2763	0.1328	-2.0806	0.0375	0.7586	0.5847	0.9841
	WOC-RR Escape	0.2547	0.0794	3.2065	0.0013	1.2901	1.1041	1.5074

31. ¿UTILIZA ALGÚN TIPO DE SOPORTE PARA LA FATIGA O EL DOLOR?

Como se constata en la tabla 66 "¿Utiliza algún tipo de soporte para la fatiga o el dolor? se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener un grado de Depresión alto. Las personas que utilizan este soporte "A veces" tienen más probabilidad de tener un grado de Depresión alto que aquellas que "Nunca" lo utilizan.

Tabla 66

Odds Ratio entre "¿Utiliza algún tipo de soporte para la fatiga o el dolor?" y Depresión

Modelo	X = Utiliza soporte para fatiga/dolor	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	-0.0377	0.1943	-0.1942	0.8460	.	.	.
	X: A veces	0.8681	0.3496	2.4832	0.0130	2.3824	1.2007	4.7269

Cuando se incluyen las variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas), como puede constatarse en la tabla 67 "¿Utiliza algún tipo de soporte para fatiga/dolor?" sigue asociándose de forma significativa con la probabilidad de tener un grado alto de Depresión. Las personas que utilizan este soporte "A veces" tienen más probabilidad de tener un grado de Depresión alto que aquellas que "Nunca" lo utilizan.

Tabla 67

Odds Ratio entre "¿Utiliza algún tipo de soporte para la fatiga o el dolor?", variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión

Modelo	X = Utiliza soporte para fatiga/dolor	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	3.5557	0.8193	4.3398	<0.0001	.	.	.
	X: A veces	0.8228	0.3819	2.1544	0.0312	2.2768	1.0771	4.8128
X + Sub-escalas EE	EE	-0.1700	0.0372	-4.5698	<0.0001	0.8437	0.7844	0.9075
	(Intercept)	3.6859	0.8549	4.3115	<0.0001	.	.	.
X + EBP	X: A veces	0.8252	0.3824	2.1579	0.0309	2.2824	1.0786	4.8297
	EE.Objetivos	-0.2163	0.0887	-2.4404	0.0147	0.8055	0.6770	0.9583
X + LOC	(Intercept)	7.2836	1.2588	5.7860	<0.0001	.	.	.
	X: A veces	0.9624	0.4279	2.2491	0.0245	2.6179	1.1317	6.0561
X + SS-A-R	EBP	-0.0480	0.0081	-5.9306	<0.0001	0.9532	0.9382	0.9684
	(Intercept)	-2.8294	0.6959	-4.0657	<0.0001	.	.	.
X + Sub-escalas SS-A-R	X: A veces	0.8435	0.4176	2.0196	0.0434	2.3244	1.0252	5.2701
	LOC	0.2234	0.0528	4.2291	<0.0001	1.2503	1.1273	1.3867
X + WOC-RR	(Intercept)	1.9619	0.8400	2.3356	0.0195	.	.	.
	X: A veces	0.9114	0.3748	2.4314	0.0150	2.4877	1.1933	5.1862
X + Sub-escalas WOC-RR	SS-A-R	-0.0393	0.0158	-2.4851	0.0130	0.9615	0.9321	0.9917
	(Intercept)	1.3317	0.7742	1.7202	0.0854	.	.	.
X + Sub-escalas WOC-RR	X: A veces	0.8470	0.3759	2.2536	0.0242	2.3327	1.1167	4.8731
	(Intercept)	-0.8228	1.1350	-0.7250	0.4685	.	.	.
X + Sub-escalas WOC-RR	X: A veces	1.1219	0.4177	2.6861	0.0072	3.0707	1.3543	6.9622
	WOC-RR Control	0.2365	0.0892	2.6520	0.0080	1.2668	1.0636	1.5087
X + Sub-escalas WOC-RR	WOC-RR Escape	0.2530	0.0750	3.3749	0.0007	1.2879	1.1119	1.4918
	(Intercept)	1.3317	0.7742	1.7202	0.0854	.	.	.

34. CUANDO VISITA A UN PROFESIONAL DE LA SALUD ¿TIENE EN CUENTA LOS EFECTOS DE LOS AGENTES QUÍMICOS?.

Se puede apreciar en la tabla 68 como “Cuando visita a un profesional de la salud ¿tiene en cuenta los efectos de los agentes químicos?” se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener un grado alto de Depresión. Las personas que han contestado "No" tienen más probabilidad de tener un grado alto de Depresión.

Tabla 68

Odds Ratio entre “Cuando visita a un profesional de la salud ¿tienen en cuenta los efectos de los agentes químicos?” “Depresión

Modelo	X = Visita profesional salud	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Solo X	X: No	1.0542	0.5240	2.0117	0.0443	2.8696	1.0275	8.0142

Cuando se incluyen las variables de Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global), Apoyo Social (SS-A-R subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas), el ítem “Cuando visita profesional de la salud ¿tiene en cuenta los efectos de los agentes químicos?”, como se puede observar en la tabla 69, sigue asociándose de forma significativa con la probabilidad de tener un grado alto de Depresión. Las personas que han contestado "No" tienen más probabilidad de tener un grado alto de Depresión.

Tabla 69

Odds Ratio entre “Cuando visita a un profesional de la salud ¿tienen en cuenta los efectos de los agentes químicos?” “variables (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global), Apoyo Social (SS-A-R subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión

Modelo	X = Visita profesional salud	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	2.7981	0.9278	3.0160	0.0026	.	.	.
	X: No	1.1396	0.5533	2.0596	0.0394	3.1255	1.0567	9.2444
	EE	-0.1643	0.0368	-4.4637	<0.0001	0.8485	0.7894	0.9119
X + Sub-escalas EE	(Intercept)	2.9389	0.9628	3.0523	0.0023	.	.	.
	X: No	1.1257	0.5552	2.0274	0.0426	3.0824	1.0381	9.1519
	EE.Objetivos	-0.2108	0.0879	-2.3983	0.0165	0.8099	0.6817	0.9622
X + EBP	(Intercept)	6.2244	1.2996	4.7896	<0.0001	.	.	.
	X: No	1.3217	0.6080	2.1740	0.0297	3.7498	1.1390	12.3455
	EBP	-0.0464	0.0080	-5.8106	<0.0001	0.9547	0.9399	0.9697
X + Sub-escalas SS-A-R	(Intercept)	0.7993	0.9442	0.8466	0.3972	.	.	.
	X: No	1.1661	0.5778	2.0181	0.0436	3.2094	1.0342	9.9595
	SS-A-R Apoyo familiar	-0.0812	0.0344	-2.3577	0.0184	0.9220	0.8618	0.9864
X + Sub-escalas WOC-RR	(Intercept)	-1.1016	1.2264	-0.8983	0.3690	.	.	.
	X: No	1.3691	0.6377	2.1468	0.0318	3.9316	1.1265	13.7213
	WOC-RR Control	0.2086	0.0869	2.3998	0.0164	1.2319	1.0390	1.4608
WOC-RR	WOC-RR Escape	0.2443	0.0730	3.3478	0.0008	1.2768	1.1066	1.4731

38. ¿TIENE FAMILIA A SU CARGO?

Puede comprobarse en la tabla 70 que cuando se incluye la variable Esperanza (EE global y subescalas) "¿Tiene familia a su cargo?" se asocia de manera significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que tienen a su cargo a "una", tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto que las que no tienen "ninguna".

Tabla 70
Odds Ratio entre "¿Tiene familia a su cargo?", variables Esperanza (EE global y subescalas) y Depresión

Modelo	X = Personas a su cargo	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	4.1283	0.8632	4.7824	<0.0001	.	.	.
	X: 1	1.0749	0.4994	2.1526	0.0314	2.9298	1.1009	7.7965
	EE	-0.1858	0.0393	-4.7323	<0.0001	0.8304	0.7689	0.8969
X + Sub-escalas EE	(Intercept)	4.2712	0.8992	4.7501	<0.0001	.	.	.
	X: 1	1.0739	0.5006	2.1453	0.0319	2.9268	1.0972	7.8075
	EE.Objetivos	-0.2359	0.0897	-2.6297	0.0085	0.7899	0.6625	0.9417

41. SITUACIÓN LABORAL ACTUAL: BAJA POR ENFERMEDAD.

Como se aprecia en la tabla 71 "Situación laboral actual: baja por enfermedad" se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener un grado alto de Depresión. Las personas que han contestado "Si" tienen más probabilidad de tener un grado alto de Depresión que los que han respondido "No".

Tabla 71
Odds Ratio entre "Situación laboral actual: baja por enfermedad" y Depresión

Modelo	X = Baja por enfermedad	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	1.2809	0.5055	2.5339	0.0113	.	.	.
	X: No	-1.1050	0.5283	-2.0916	0.0365	0.3312	0.1176	0.9328

Cuando se incluyen las variables de Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), y Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) como puede constatarse en la tabla 72 la "Situación laboral actual: baja por enfermedad" sigue asociándose de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han contestado "Si" tienen más probabilidad de tener un grado alto de Depresión que los que han respondido que "No".

Tabla 72

Odds Ratio entre "Situación laboral actual: baja por enfermedad", variables Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), y Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) y Depresión

Modelo	X = Baja por enfermedad	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EBP	(Intercept)	9.3457	1.5471	6.0406	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.5186	0.6383	-2.3791	0.0174	0.2190	0.0627	0.7653
	EBP	-0.0500	0.0083	-6.0035	<0.0001	0.9512	0.9358	0.9669
X + Sub- escalas	(Intercept)	7.3409	1.7421	4.2139	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.7117	0.6642	-2.5768	0.0100	0.1806	0.0491	0.6638
	EBP Autoaceptación	-0.1203	0.0464	-2.5915	0.0096	0.8866	0.8095	0.9711
X + SS- A-R	(Intercept)	3.5587	1.0266	3.4666	0.0005	.	.	.
	X: No	-1.2086	0.5550	-2.1775	0.0294	0.2986	0.1006	0.8862
	SS-A-R	-0.0431	0.0156	-2.7675	0.0056	0.9578	0.9290	0.9875
X + Sub- escalas	(Intercept)	3.0484	0.9679	3.1493	0.0016	.	.	.
	X: No	-1.2944	0.5562	-2.3272	0.0200	0.2741	0.0921	0.8153
	SS-A-R Apoyo familiar	-0.0659	0.0324	-2.0321	0.0421	0.9362	0.8786	0.9977
SS-A-R	SS-A-R Apoyo amigos	-0.0874	0.0441	-1.9849	0.0472	0.9163	0.8405	0.9989
	(Intercept)	1.4463	1.2308	1.1751	0.2399	.	.	.
	X: No	-1.3477	0.6446	-2.0907	0.0366	0.2598	0.0735	0.9192
escalas	WOC-RR Control	0.2220	0.0870	2.5526	0.0107	1.2486	1.0529	1.4806
	WOC-RR Apoyo social	-0.2378	0.1155	-2.0596	0.0394	0.7883	0.6287	0.9886
	WOC-RR Escape	0.2462	0.0725	3.3976	0.0007	1.2792	1.1098	1.4744
X + Sub- escalas	(Intercept)	9.1439	1.3580	6.7335	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.8236	0.6784	-2.6882	0.0072	0.1614	0.0427	0.6102
	SOC-13	-0.1464	0.0211	-6.9461	<0.0001	0.8638	0.8288	0.9002
X + Sub- escalas	(Intercept)	9.3332	1.4165	6.5890	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.9967	0.7349	-2.7169	0.0066	0.1358	0.0322	0.5733
	SOC-13 Manejabilidad	-0.1886	0.0719	-2.6221	0.0087	0.8281	0.7192	0.9535
SOC-13	SOC-13 Significatividad	-0.1513	0.0569	-2.6593	0.0078	0.8596	0.7689	0.9610

47. EN CASO DE QUE LO NECESITE ¿LE HAN ADAPTADO EL PUESTO DE TRABAJO A LA PATOLOGÍA QUE PADECE?

Como puede comprobarse en la tabla 73 cuando se incluyen las variables de Bienestar Psicológico (EBP subescalas), Locus de Control (LOC) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) el ítem "En caso de que lo necesite ¿le han adaptado el puesto de trabajo a la patología que padece?" se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han contestado "No" tienen más probabilidad de tener un grado alto de Depresión.

Tabla 73

Odds Ratio entre "En caso de que lo necesite ¿le han adaptado el puesto de trabajo a la patología que padece?", variables Bienestar Psicológico (EBP subescalas), Locus de Control (LOC) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Depresión

Modelo	X = Puesto de trabajo adaptado	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X +	(Intercept)	4.0557	2.1613	1.8765	0.0606	.	.	.
Sub-	X: No	1.9234	0.8972	2.1439	0.0320	6.8442	1.1794	39.7189

Modelo	X = Puesto de trabajo adaptado	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
escalas EBP	EBP Autoaceptación	-0.1287	0.0645	-1.9960	0.0459	0.8792	0.7748	0.9977
X +	(Intercept)	-5.1939	1.5164	-3.4251	0.0006	.	.	.
LOC	X: No	1.9186	0.8554	2.2430	0.0249	6.8114	1.2739	36.4189
X +	LOC	0.3290	0.0880	3.7396	0.0002	1.3895	1.1695	1.6510
Sub-	(Intercept)	6.7490	1.9835	3.4025	0.0007	.	.	.
escalas SF-36	X: No	1.9158	0.9527	2.0110	0.0443	6.7927	1.0498	43.9502
	SF-36 Salud mental	-0.0892	0.0301	-2.9648	0.0030	0.9147	0.8623	0.9702
	SF-36 Salud general	-0.0736	0.0324	-2.2713	0.0231	0.9291	0.8719	0.9900

48. SI RESULTÓ FÁCIL CONSEGUIR ADAPTACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO.

Cuando se incluye la variable Locus de Control (LOC), "Si resultó fácil conseguir adaptación del puesto de trabajo" como puede comprobarse en la tabla 74 se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han contestado "No" tienen más probabilidad de tener un grado alto de Depresión.

Tabla 74

Odds Ratio entre "Si resultó fácil conseguir adaptación del puesto de trabajo", variable Locus de Control (LOC) y Depresión

Modelo	X = Fácil conseguir la adaptación	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X +	(Intercept)	-8.8167	3.3022	-	0.0076	.	.	.
LOC	X: No	3.5036	1.4638	2.3934	0.0167	33.2338	1.8861	585.577
	LOC	0.5398	0.2037	2.6494	0.0081	1.7156	1.1508	2.5576

56. ¿HA TENIDO QUE RECURRIR A LOS TRIBUNALES PARA PODER ACCEDER A LOS DERECHOS QUE LE CORRESPONDE?

Como se constata en la tabla 75 cuando se tienen en cuenta las variables de Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas), el efecto de ¿Ha tenido que recurrir a los tribunales para poder acceder a los derechos que le corresponde? se asocia, pasando de estar al borde de la significación a ser significativo, con la probabilidad de tener un grado alto de Depresión. Las personas que "Si" han recurrido a los tribunales por sus derechos tienen mayor probabilidad de tener un grado alto de Depresión.

Tabla 75

Odds Ratio entre "¿Ha tenido que recurrir a los tribunales para poder acceder a los derechos que le corresponde?", variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión

Modelo	X = Recurrir tribunales	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	4.0762	0.8876	4.5927	<0.0001	.	.	.
	X: No	-0.6950	0.3525	-1.9714	0.0487	0.4991	0.2501	0.9960
	EE	-0.1606	0.0384	-4.1816	<0.0001	0.8516	0.7899	0.9182
X + Sub-escalas	(Intercept)	4.2946	0.9386	4.5755	<0.0001	.	.	.
	X: No	-0.7133	0.3544	-2.0123	0.0442	0.4900	0.2446	0.9816
	EE.Objetivos	-0.2305	0.0965	-2.3881	0.0169	0.7941	0.6572	0.9595
X + EBP	(Intercept)	8.9000	1.5289	5.8212	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.1298	0.4115	-2.7454	0.0060	0.3231	0.1442	0.7238
	EBP	-0.0527	0.0093	-5.6602	<0.0001	0.9487	0.9315	0.9661
X + Sub-escalas	(Intercept)	6.4825	1.7736	3.6549	0.0003	.	.	.
	X: No	-1.0572	0.4264	-2.4793	0.0132	0.3474	0.1506	0.8014
	EBP	-0.1310	0.0512	-2.5571	0.0106	0.8773	0.7935	0.9699
X + SS-A-R	(Intercept)	3.5584	0.9807	3.6284	0.0003	.	.	.
	X: No	-0.7198	0.3594	-2.0025	0.0452	0.4869	0.2407	0.9848
	SS-A-R	-0.0581	0.0177	-3.2853	0.0010	0.9436	0.9115	0.9769
X + Sub-escalas	(Intercept)	1.1476	1.1700	0.9809	0.3267	.	.	.
	X: No	-0.8337	0.3882	-2.1473	0.0318	0.4344	0.2030	0.9298
	WOC-RR	-0.2615	0.1315	-1.9890	0.0467	0.7699	0.5950	0.9962
	WOC-RR Escape	0.2338	0.0774	3.0215	0.0025	1.2633	1.0856	1.4702

57. NÚMERO DE VECES QUE HA RECURRIDO A LOS TRIBUNALES.

Como se observa en la tabla 76 cuando se incluye la variable Bienestar Psicológico (EBP global), el "Número de veces que ha recurrido a los tribunales" se asocia significativamente con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han recurrido una vez o más, tienen mayor probabilidad de tener un grado alto de Depresión que los que no han recurrido.

Tabla 76

Odds Ratio entre "Número de veces que ha recurrido a los tribunales", variable Bienestar Psicológico (EBP global) y Depresión

Modelo	X = casos recurrir tribunales	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X +	X: 1	1.0279	0.4490	2.2893	0.0221	2.7953	1.1594	6.7394
EBP	X: >=2	1.7608	0.8510	2.0690	0.0385	5.8168	1.0972	30.8378
	EBP	-0.0553	0.0101	-5.4875	<0.0001	0.9462	0.9277	0.9651

Se puede apreciar en la tabla 77 que cuando se incluye la variable Bienestar Psicológico (EBP subescalas), el "Número de veces que ha recurrido a los tribunales" se asocia significativamente con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han recurrido una vez tienen mayor probabilidad de tener un grado alto de Depresión que los que nunca han recurrido.

Tabla 77

Odds Ratio entre "Número de veces que ha recurrido a los tribunales", variable Bienestar Psicológico (EBP subescalas) y Depresión

Modelo	X = casos recurrir tribunales	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X +	(Intercept)	5.4181	1.8275	2.9648	0.0030	.	.	.
Sub-escalas EBP	X: 1	1.0261	0.4770	2.1511	0.0315	2.7902	1.0955	7.1070
	EBP Autoaceptación	-0.1541	0.0561	-2.7476	0.0060	0.8572	0.7679	0.9568

58. ¿LE HA SUPUESTO UN GASTO AÑADIDO RECURRIR A LOS TRIBUNALES PARA EL RECONOCIMIENTO DE SUS DERECHOS?

Se constata en la tabla 78 que cuando se incluye la variable Bienestar Psicológico (EBP global), el ítem "¿Le ha supuesto un gasto añadido recurrir a los tribunales para el reconocimiento de sus derechos?" se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han respondido que "Si" le han supuesto un gasto añadido por recurrir a los tribunales, tienen una mayor probabilidad de tener un grado alto de Depresión.

Tabla 78

Odds Ratio entre "¿Le ha supuesto un gasto añadido recurrir a los tribunales para el reconocimiento de sus derechos?", variable Bienestar Psicológico (EBP global) y Depresión

Modelo	X = Gasto tribunales	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X +	(Intercept)	9.0287	1.8920	4.7721	<0.0001	.	.	.
EBP	X: No	-1.1285	0.5452	-2.0700	0.0385	0.3235	0.1111	0.9418
	EBP	-0.0530	0.0115	-4.6234	<0.0001	0.9483	0.9273	0.9699

60. ¿CONSIDERA QUE SE ENCUENTRA ACTUALMENTE EN UNA SITUACIÓN JUSTA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL RECONOCIMIENTO DE SUS DERECHOS SOCIALES Y LABORALES?

Como puede apreciarse en la tabla 79, "¿Considera que se encuentra actualmente en una situación justa desde el punto de vista del reconocimiento de sus derechos sociales y laborales?" se asocia de manera significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han respondido "No", tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Al incluir todas las variables exploradas (EE global y subescalas, EBP global y subescalas, LOC, SS-A-R global y subescalas, WOC-RR subescalas, SOC-13 global y subescalas y SF-36 subescalas), este ítem "¿Considera que se encuentra actualmente en una situación justa desde el punto de vista del reconocimiento de sus derechos sociales y laborales?" sigue asociándose significativamente con la probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 79

Odds Ratio entre "Considera que se encuentra actualmente en una situación justa desde el punto de vista de sus derechos sociales y laborales?" EE global y subescalas, EBP global y subescalas, LOC, SS-A-R global y subescalas, WOC-RR subescalas, SOC-13 global y subescalas y SF-36 subescala) y Depresión

Modelo	X = Derechos socio-laborales justos	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	-1.3350	0.5026	-2.6561	0.0079	.	.	.
	X: No	1.8635	0.5301	3.5154	0.0004	6.4464	2.2808	18.2200
X + EE	(Intercept)	1.9502	0.9727	2.0050	0.0450	.	.	.
	X: No	1.7893	0.5533	3.2337	0.0012	5.9854	2.0234	17.7052
X + Sub-escalas EE	EE	-0.1472	0.0385	-3.8196	0.0001	0.8631	0.8003	0.9308
	(Intercept)	2.1677	1.0100	2.1462	0.0319	.	.	.
X + Sub-escalas EE	X: No	1.7721	0.5520	3.2101	0.0013	5.8835	1.9940	17.3595
	EE.Objetivos	-0.2227	0.0922	-2.4159	0.0157	0.8004	0.6681	0.9589
X + EBP	(Intercept)	4.6598	1.3702	3.4008	0.0007	.	.	.
	X: No	2.3028	0.7256	3.1735	0.0015	10.0018	2.4123	41.4692
X + Sub-escalas EBP	EBP	-0.0418	0.0080	-5.1927	<0.0001	0.9591	0.9441	0.9743
	(Intercept)	3.1728	1.6476	1.9257	0.0541	.	.	.
X + Sub-escalas EBP	X: No	2.0661	0.7435	2.7790	0.0055	7.8939	1.8384	33.8950
	EBP Autoaceptación	-0.0995	0.0479	-2.0796	0.0376	0.9053	0.8242	0.9943
X + LOC	(Intercept)	-3.3237	0.8445	-3.9358	0.0001	.	.	.
	X: No	1.7913	0.6173	2.9018	0.0037	5.9971	1.7886	20.1088
X + SS-A-R	LOC	0.1700	0.0506	3.3580	0.0008	1.1853	1.0733	1.3089
	(Intercept)	0.2761	1.0488	0.2633	0.7924	.	.	.
X + Sub-escalas SS-A-R	X: No	2.1201	0.6622	3.2015	0.0014	8.3321	2.2755	30.5098
	SS-A-R	-0.0368	0.0166	-2.2243	0.0261	0.9638	0.9330	0.9956
X + Sub-escalas SS-A-R	(Intercept)	-0.0824	0.9484	-0.0869	0.9308	.	.	.
	X: No	1.8167	0.6073	2.9912	0.0028	6.1513	1.8707	20.2268
X + Sub-escalas WOC-RR	(Intercept)	-1.0355	1.2543	-0.8255	0.4091	.	.	.
	X: No	2.1407	0.6386	3.3519	0.0008	8.5051	2.4326	29.7360
X + Sub-escalas WOC-RR	WOC-RR Control social	0.2584	0.0976	2.6488	0.0081	1.2949	1.0695	1.5678
	WOC-RR Escape	-0.3347	0.1322	-2.5308	0.0114	0.7156	0.5522	0.9273
X + SOC-13	(Intercept)	0.1841	0.0769	2.3953	0.0166	1.2022	1.0340	1.3976
	X: No	5.4714	1.1618	4.7096	0.0000	.	.	.
X + Sub-escalas SOC-13	X: No	1.5500	0.6585	2.3538	0.0186	4.7114	1.2961	17.1267
	SOC-13	-0.1335	0.0209	-6.4028	<0.0001	0.8750	0.8400	0.9115
X + Sub-escalas SOC-13	(Intercept)	5.5188	1.1807	4.6741	<0.0001	.	.	.
	X: No	1.5084	0.6604	2.2841	0.0224	4.5196	1.2387	16.4911
X + Sub-escalas SOC-13	SOC-13 Manejabilidad	-0.1725	0.0781	-2.2103	0.0271	0.8415	0.7221	0.9806
	SOC-13 Significatividad	-0.1380	0.0589	-2.3433	0.0191	0.8711	0.7761	0.9777
X + Sub-escalas SF-36	(Intercept)	5.9742	1.5670	3.8125	0.0001	.	.	.
	X: No	2.3603	1.0473	2.2537	0.0242	10.5937	1.3602	82.5053
X + Sub-escalas SF-36	SF-36 Salud mental	-0.0954	0.0231	-4.1271	<0.0001	0.9090	0.8688	0.9511
	SF-36 Func. Social	-0.0292	0.0147	-1.9888	0.0467	0.9713	0.9438	0.9996
X + Sub-escalas SF-36	SF-36 Dolor	-0.0403	0.0157	-2.5624	0.0104	0.9605	0.9314	0.9906
	SF-36 Salud general	-0.0791	0.0257	-3.0769	0.0021	0.9240	0.8786	0.9717

61. ¿LA ENFERMEDAD LE HA SUPUESTO PÉRDIDAS O ALEJAMIENTOS DE FAMILIARES?

Como se observa en la tabla 80, “¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de familiares?” se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener en grado alto Desesperanza y Depresión así como Riesgo de Suicidio. Las personas que han respondido “Sí”, tienen mayor probabilidad de tener en grado alto Depresión.

Tabla 80

Odds Ratio entre “¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de familiares?” y Depresión

Modelo	X = Pérdidas familiares	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	0.6103	0.1873	3.2586	0.0011	.	.	.
	X: No	-0.8200	0.3089	-2.6543	0.0079	0.4404	0.2404	0.8069

Al incluir las variables de Esperanza (EE global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-R subescalas), la tabla 81 muestra como “¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de familiares?” sigue asociándose significativamente con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han respondido “Sí”, tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 81

Odds Ratio entre “¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de familiares?”, variables Esperanza (EE global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-R subescalas) y Depresión

Modelo	X = Pérdidas familiares	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	4.6132	0.8614	5.3553	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.0996	0.3534	-3.1111	0.0019	0.3330	0.1666	0.6657
X + Sub-escalas EE	EE	-0.1808	0.0377	-4.7952	<0.0001	0.8346	0.7752	0.8986
	(Intercept)	4.7998	0.9005	5.3304	<0.0001	.	.	.
X + Sub-escalas WOC-RR	X: No	-1.1048	0.3543	-3.1181	0.0018	0.3313	0.1654	0.6634
	EE.Objetivos	-0.2455	0.0891	-2.7540	0.0059	0.7823	0.6569	0.9317
X + Sub-escalas WOC-RR	(Intercept)	0.3335	1.0738	0.3106	0.7561	.	.	.
	X: No	-1.3280	0.3917	-3.3907	0.0007	0.2650	0.1230	0.5710
WOC-RR	WOC-RR	-0.2697	0.1081	-2.4954	0.0126	0.7636	0.6179	0.9438
	Distanciamiento	0.2673	0.0922	2.8982	0.0038	1.3065	1.0904	1.5654
	WOC-RR Control	0.2682	0.0761	3.5232	0.0004	1.3076	1.1264	1.5180
	WOC-RR Escape							

62. ¿LA ENFERMEDAD LE HA SUPUESTO PÉRDIDAS O ALEJAMIENTOS DE AMISTADES?

Como se constata en la tabla 82 “¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de amistades?” se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Desesperanza y Depresión en grado alto. Las personas que han respondido “Sí”, tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 82

Odds Ratio entre "¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de amistades?" y Depresión

Modelo	X = Pérdidas amistadas	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	0.4880	0.1613	3.0246	0.0025	.	.	.
	X: No	-1.2352	0.4356	-2.8354	0.0046	0.2908	0.1238	0.6829

Al incluir las variables de Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-R subescalas), como se comprueba en la tabla 83 "¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de amistades?" sigue de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han respondido "Sí", tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 83

Odds Ratio entre "¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de amistades?", variables Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-R subescalas) y Depresión

Modelo	X = Pérdidas amistadas	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	4.1796	0.8244	5.0701	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.3494	0.5071	-2.6607	0.0078	0.2594	0.0960	0.7009
	EE	-0.1710	0.0371	-4.6094	<0.0001	0.8428	0.7837	0.9064
X + Sub-escalas	(Intercept)	4.4256	0.8713	5.0793	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.3983	0.5122	-2.7298	0.0063	0.2470	0.0905	0.6741
	EE.Objetivos	-0.2547	0.0898	-2.8374	0.0045	0.7752	0.6501	0.9243
X + LOC	(Intercept)	-2.1720	0.6301	-3.4473	0.0006	.	.	.
	X: No	-1.1785	0.5475	-2.1525	0.0314	0.3077	0.1052	0.9000
	LOC	0.2178	0.0516	4.2194	<0.0001	1.2433	1.1237	1.3757
X + SS-A-R	(Intercept)	2.0531	0.8195	2.5051	0.0122	.	.	.
	X: No	-1.3149	0.5129	-2.5635	0.0104	0.2685	0.0982	0.7337
	SS-A-R	-0.0314	0.0156	-2.0195	0.0434	0.9690	0.9399	0.9991
X + Sub-escalas SS-A-R	(Intercept)	1.5379	0.7552	2.0365	0.0417	.	.	.
	X: No	-1.1491	0.4974	-2.3103	0.0209	0.3169	0.1196	0.8401
	(Intercept)	0.2151	1.0678	0.2015	0.8403	.	.	.
X + Sub-escalas WOC-RR	X: No	-1.3279	0.5180	-2.5634	0.0104	0.2650	0.0960	0.7315
	WOC-RR	-0.2120	0.1047	-2.0258	0.0428	0.8089	0.6589	0.9931
	Distanciamiento							
	WOC-RR Control	0.2144	0.0897	2.3911	0.0168	1.2391	1.0394	1.4771
	WOC-RR Escape	0.2255	0.0726	3.1063	0.0019	1.2530	1.0868	1.4446

63. ¿LA ENFERMEDAD LE HA SUPUESTO PÉRDIDA O REDUCCIÓN DE TRABAJO?

En la tabla 84 se muestra como "¿La enfermedad le ha supuesto pérdida o reducción de trabajo?" se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han respondido "Sí", tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 84

Odds Ratio entre ¿La enfermedad le ha supuesto pérdida o reducción de trabajo? y Depresión

Modelo	X = Pérdidas trabajo	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	0.4345	0.1557	2.7911	0.0053	.	.	.
	X: No	-1.1276	0.5694	1.9803	0.0477	0.3238	0.1061	0.9885

Como se constata en la tabla 85 al incluir las escalas de Esperanza (EE global y subescalas), y Locus de Control (LOC), “¿La enfermedad le ha supuesto pérdida o reducción de trabajo? “sigue asociándose de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han respondido "Sí", tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 85

Odds Ratio entre ¿La enfermedad le ha supuesto pérdida o reducción de trabajo?, variables Esperanza (EE global y subescalas), y Locus de Control (LOC) y Depresión

Modelo	X = Pérdidas trabajo	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	4.2530	0.8440	5.0391	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.2253	0.5872	-2.0867	0.0369	0.2937	0.0929	0.9283
	EE	-0.1757	0.0377	-4.6620	<0.0001	0.8389	0.7792	0.9032
X + Sub-escalas EE	(Intercept)	4.4453	0.8891	4.9997	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.2373	0.5885	-2.1024	0.0355	0.2902	0.0916	0.9196
	EE.Objetivos	-0.2393	0.0902	-2.6542	0.0079	0.7872	0.6596	0.9393
X + LOC	(Intercept)	-2.1919	0.6342	-3.4563	0.0005	.	.	.
	X: No	-2.1089	0.8661	-2.4349	0.0149	0.1214	0.0222	0.6628
	LOC	0.2219	0.0522	4.2478	<0.0001	1.2484	1.1269	1.3830

64. ¿LA ENFERMEDAD LE HA SUPUESTO PÉRDIDAS O REDUCCIÓN DE INGRESOS?

Cuando se tienen en cuenta las variables de Esperanza (EE global y subescalas) y Locus de Control (LOC), como puede apreciarse en la tabla 86 el efecto de “¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o reducción de ingresos?” se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener un grado alto de Depresión. Las personas que han respondido "Si" tienen mayor probabilidad de tener un grado alto de Depresión.

Tabla 86

Odds Ratio entre ¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o reducción de ingresos?, variables Esperanza (EE global y subescalas) y Locus de Control (LOC) y Depresión

Modelo	X = Pérdidas ingresos	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	4.1293	0.8221	5.0230	0.0000	.	.	.
	X: No	-0.9570	0.4641	-2.0621	0.0392	0.3840	0.1546	0.9537
	EE	-0.1705	0.0369	-4.6186	<0.0001	0.8433	0.7844	0.9065

Modelo	X = Pérdidas ingresos	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + Sub-escalas	(Intercept)	4.3176	0.8683	4.9724	<0.0001	.	.	.
	X: No	-0.9974	0.4679	-2.1316	0.0330	0.3688	0.1474	0.9228
	EE	EE.Objetivos	-0.2328	0.0899	-2.5885	0.0096	0.7923	0.6643	0.9450
X + LOC	(Intercept)	-2.1781	0.6386	-3.4108	0.0006	.	.	.
	X: No	-1.5511	0.5775	-2.6861	0.0072	0.2120	0.0684	0.6575
	LOC	0.2193	0.0525	4.1770	<0.0001	1.2452	1.1234	1.3802

65. ¿MANTIENE ALGUNAS ACTIVIDADES LÚDICAS QUE LE ERAN PLACENTERAS ANTERIORMENTE A LA ENFERMEDAD?

Se puede apreciar en la tabla 87 que “¿Mantiene algunas actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad?” se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han respondido "No", tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 87

Odds Ratio entre ¿Mantiene algunas actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad?” y Depresión

Modelo	X = Mantiene actividad lúdica	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	-0.2397	0.1929	-1.2422	0.2142	.	.	.
	X: No	1.2895	0.3186	4.0473	0.0001	3.6310	1.9446	6.7799

Al incluir las variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas), como se constata en la tabla 88 este ítem “¿Mantiene algunas actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad?” sigue asociándose significativamente con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han respondido "No", tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 88.

Odds Ratio entre ¿Mantiene algunas actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) y Depresión

Modelo	X = Mantiene actividad lúdica	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	3.2378	0.8637	3.7488	0.0002	.	.	.
	X: No	0.9483	0.3497	2.7116	0.0067	2.5814	1.3006	5.1232
	EE	-0.1542	0.0379	-	<0.0001	0.8571	0.7957	0.9231
X +	(Intercept)	3.3555	0.8939	4.0700	0.0002	.	.	.

Modelo	X = Mantiene actividad lúdica	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sub-escalas EE	X: No	0.9483	0.3501	2.7084	0.0068	2.5814	1.2996	5.1276
	EE.Objetivos	-0.1980	0.0874	-	0.0234	0.8203	0.6912	0.9736
	(Intercept)	6.7968	1.2901	5.2685	<0.0001	.	.	.
X + EBP	X: No	1.0267	0.3758	2.7318	0.0063	2.7919	1.3365	5.8320
	EBP	-0.0449	0.0082	-	<0.0001	0.9561	0.9410	0.9715
	(Intercept)	4.7178	1.5319	3.0797	0.0021	.	.	.
Sub-escalas EBP	X: No	1.0742	0.3939	2.7271	0.0064	2.9278	1.3528	6.3363
	EBP	-0.1141	0.0457	-	0.0125	0.8921	0.8157	0.9757
	Autoaceptación			2.4982				
X + LOC	(Intercept)	-2.2956	0.6251	-	0.0002	.	.	.
X + SS-A-R	X: No	0.9437	0.3822	2.4691	0.0135	2.5695	1.2148	5.4347
	LOC	0.1796	0.0497	3.6166	0.0003	1.1967	1.0857	1.3191
	(Intercept)	1.5047	0.8736	1.7225	<i>0.0850</i>	.	.	.
X + SS-A-R	X: No	1.1185	0.3438	3.2537	0.0011	3.0602	1.5601	6.0029
	SS-A-R	-0.0328	0.0160	-	0.0400	0.9677	0.9379	0.9985
	(Intercept)	0.8432	0.8137	1.0363	0.3000	.	.	.
Sub-escalas SS-A-R	X: No	1.1880	0.3437	3.4568	0.0005	3.2805	1.6727	6.4338
	(Intercept)	-0.4702	1.0788	-	0.6629	.	.	.
	X: No	1.0418	0.3622	2.8763	0.0040	2.8344	1.3936	5.7647
WOC-RR	WOC-RR	-0.2017	0.1028	-	0.0498	0.8173	0.6681	0.9998
	Distanciamiento			1.9616				
	WOC-RR Control	0.2155	0.0877	2.4580	0.0140	1.2405	1.0446	1.4732
	WOC-RR Escape	0.2149	0.0727	2.9565	0.0031	1.2397	1.0751	1.4295
X + SOC-13	(Intercept)	6.5877	1.0340	6.3711	<0.0001	.	.	.
	X: No	1.0284	0.4229	2.4316	0.0150	2.7965	1.2208	6.4061
	SOC-13	-0.1348	0.0203	-	<0.0001	0.8739	0.8398	0.9094
Sub-escalas SOC-13	(Intercept)	6.5186	1.0478	6.2214	<0.0001	.	.	.
	X: No	1.0859	0.4343	2.5006	0.0124	2.9622	1.2646	6.9384
	SOC-13	-0.1693	0.0583	-	0.0037	0.8442	0.7531	0.9464
SOC-13	Comprensibilidad			2.9056				

66. ¿QUÉ CLASE DE ACTIVIDADES MANTIENE?

Este ítem se asocia de forma significativa con la probabilidad de depresión en grado alto. En esta muestra no hay individuos con actividades altas o muy altas.

Como se observa en la tabla 89 los individuos que tienen actividades lúdicas en una intensidad baja o moderada, se asocia de forma significativa con tener menos probabilidad de tener depresión en grado alto que los que no tienen estas actividades.

Tabla 89

Odds Ratio entre “¿Qué clase de actividades mantiene?” y Depresión

Modelo	X = Actividades lúdicas	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
	(Intercept)	1.0498	0.2535	4.1406	<0.0001	.	.	.
Sólo X	X: Baja	-1.2595	0.3531	-3.5676	0.0004	0.2838	0.1421	0.5669
	X: Moderada	-1.8120	0.5233	-3.4628	0.0005	0.1633	0.0586	0.4555

Como puede comprobarse en la tabla 90, este efecto sigue asociándose de forma significativa con la probabilidad de tener depresión en grado alto cuando se tienen en cuenta las variables Esperanza (EE global y subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas) Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas). Para la escala Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas) las diferencias se encuentran entre los que tiene una actividades baja y el resto (aunque el efecto de la categoría moderada se asocia significativamente quedándose al borde de la significación). En el caso de Calidad de Vida (SF-36 subescalas) esta variable deja de asociarse de forma significativa con la probabilidad de tener depresión en grado alto (aunque el efecto de la categoría moderada se asocia quedándose al borde de la significación, con la probabilidad de tener depresión en grado alto).

Tabla 90

Odds Ratio entre “¿Qué clase de actividades mantiene?”, Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas) Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Depresión

Modelo	X = Actividades lúdicas	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
	(Intercept)	4.0904	0.8486	4.8202	<0.0001	.	.	.
X + EE	X: Baja	-0.9821	0.3849	-2.5518	0.0107	0.3745	0.1762	0.7963
	X: Moderada	-1.4834	0.5880	-2.5228	0.0116	0.2269	0.0717	0.7182
	EE	-0.1497	0.0382	-3.9197	0.0001	0.8610	0.7989	0.9279
X + Sub-escalas	(Intercept)	4.1000	0.8752	4.6847	<0.0001	.	.	.
	X: Baja	-0.9810	0.3856	-2.5441	0.0110	0.3749	0.1761	0.7983
EE	X: Moderada	-1.4843	0.5884	-2.5225	0.0117	0.2267	0.0715	0.7182
X + EBP	(Intercept)	8.1378	1.3764	5.9126	<0.0001	.	.	.
	X: Baja	-1.0008	0.4184	-2.3920	0.0168	0.3676	0.1619	0.8346
	X: Moderada	-1.2997	0.6064	-2.1433	0.0321	0.2726	0.0831	0.8948
	EBP	-0.0468	0.0085	-5.5081	<0.0001	0.9542	0.9385	0.9703
X + Sub-escalas	(Intercept)	6.1260	1.5934	3.8447	0.0001	.	.	.
	X: Baja	-1.1075	0.4410	-2.5114	0.0120	0.3304	0.1392	0.7841
EBP	EBP	-0.1187	0.0472	-2.5165	0.0119	0.8881	0.8096	0.9741
	Autoaceptación							

Modelo	X = Actividades lúdicas	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
	(Intercept)	-1.5615	0.7169	-2.1782	0.0294	.	.	.
X +	X: Baja	-0.8813	0.4254	-2.0717	0.0383	0.4142	0.1800	0.9536
LOC	X: Moderada	-1.8364	0.6753	-2.7194	0.0065	0.1594	0.0424	0.5988
	LOC	0.1967	0.0530	3.7086	0.0002	1.2174	1.0972	1.3507
X + SS-	(Intercept)	2.4073	0.8670	2.7764	0.0055	.	.	.
A-R	X: Baja	-1.0365	0.3811	-2.7197	0.0065	0.3547	0.1681	0.7486
	X: Moderada	-1.8422	0.5953	-3.0943	0.0020	0.1585	0.0493	0.5090
X +	(Intercept)	1.8298	0.8039	2.2760	0.0228	.	.	.
Sub-	X: Baja	-1.1060	0.3820	-2.8955	0.0038	0.3309	0.1565	0.6995
escalas	X: Moderada	-2.0446	0.6112	-3.3449	0.0008	0.1294	0.0391	0.4289
SS-A-R	(Intercept)	0.6781	1.1034	0.6145	0.5389	.	.	.
X +	X: Baja	-0.9282	0.4107	-2.2598	0.0238	0.3953	0.1767	0.8841
Sub-	X: Moderada	-1.7925	0.6176	-2.9022	0.0037	0.1665	0.0496	0.5588
escalas	WOC-RR Control	0.2029	0.0893	2.2734	0.0230	1.2250	1.0284	1.4592
WOC-	WOC-RR Escape	0.1801	0.0744	2.4203	0.0155	1.1974	1.0348	1.3854
RR	(Intercept)	7.7227	1.1305	6.8315	<0.0001	.	.	.
X +	X: Baja	-0.9221	0.4641	-1.9870	0.0469	0.3977	0.1602	0.9875
SOC-13	X: Moderada	-1.9478	0.6952	-2.8016	0.0051	0.1426	0.0365	0.5570
	SOC-13	-0.1368	0.0207	-6.6179	<0.0001	0.8721	0.8375	0.9082
X +	(Intercept)	7.7407	1.1456	6.7570	<0.0001	.	.	.
X +	X: Baja	-1.0934	0.4917	-2.2239	0.0262	0.3351	0.1278	0.8783
Sub-	X: Moderada	-2.1117	0.7124	-2.9641	0.0030	0.1210	0.0300	0.4890
escalas	SOC-13	-0.2017	0.0631	-3.1992	0.0014	0.8173	0.7223	0.9248
SOC-13	Comprensibilidad	-0.2017	0.0631	-3.1992	0.0014	0.8173	0.7223	0.9248
	(Intercept)	7.3814	1.1866	6.2205	<0.0001	.	.	.
X +	SF-36 Salud	-0.0899	0.0211	-4.2708	<0.0001	0.9140	0.8770	0.9525
Sub-	mental	-0.0899	0.0211	-4.2708	<0.0001	0.9140	0.8770	0.9525
escalas	SF-36 Dolor	-0.0391	0.0146	-2.6802	0.0074	0.9616	0.9345	0.9895
SF-36	SF-36 Salud	-0.0635	0.0222	-2.8658	0.0042	0.9385	0.8986	0.9801
	general	-0.0635	0.0222	-2.8658	0.0042	0.9385	0.8986	0.9801

68. ¿EL TRATO RECIBIDO POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEL ICAM O DEL INSS LE HA HECHO SENTIRSE MAL O CULPABLE POR PADECER EM/SFC?

Se puede apreciar en la tabla 91 que cuando se incluyen las variables de Esperanza (EE global y subescalas) y Locus de Control (LOC), el efecto del “¿El trato recibido por los profesionales de la salud del ICAM o del INSS le ha hecho sentirse mal o culpable por padecer EM/SFC? se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han respondido "Si" tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 91

Odds Ratio entre "¿El trato recibido por los profesionales de la salud del ICAM o del INSS le ha hecho sentirse mal o culpable por padecer EM/SFC?", variables Esperanza (EE global y subescalas) y Locus de Control (LOC) y Depresión

Modelo	X = Le han hecho sentirse culpable	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
	(Intercept)	4.1834	0.8523	4.9082	<0.0001	.	.	.
X + EE	X: No	-0.9342	0.4410	-2.1183	0.0342	0.3929	0.1655	0.9326
	EE	-0.1705	0.0378	-4.5125	<0.0001	0.8432	0.7830	0.9080
X +	(Intercept)	4.2644	0.8837	4.8254	<0.0001	.	.	.
Sub-	X: No	-0.9285	0.4415	-2.1032	0.0354	0.3952	0.1663	0.9387
escalas	EE.Objetivos	-0.1999	0.0883	-2.2638	0.0236	0.8188	0.6887	0.9735
	EE.Agencia	-0.1470	0.0739	-1.9876	0.0469	0.8633	0.7468	0.9980
X +	(Intercept)	-2.0197	0.6189	-3.2635	0.0011	.	.	.
LOC	X: No	-1.0002	0.5060	-1.9766	0.0481	0.3678	0.1364	0.9916
	LOC	0.2030	0.0502	4.0434	0.0001	1.2251	1.1103	1.3518

69. ¿SE HA SENTIDO MENOSPRECIADO, RIDICULIZADO EN ALGUNA OCASIÓN CUANDO HA TENIDO QUE ACUDIR A ALGÚN CENTRO SANITARIO EN SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA?

Como se constata en la tabla 92 "¿Se ha sentido menospreciado, ridiculizado en alguna ocasión cuando ha tenido que acudir a algún centro sanitario en solicitud de atención médica?" se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han respondido "Si" tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 92

Odds Ratio entre ¿Se ha sentido menospreciado, ridiculizado en alguna ocasión cuando ha tenido que acudir a algún centro sanitario en solicitud de atención médica?" y Depresión

Modelo	X = Se ha sentido menospreciado en el centro de salud	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	0.4763	0.1658	2.8737	0.0041	.	.	.
	X: No	-0.9038	0.3710	-2.4363	0.0148	0.4050	0.1958	0.8380

Al incluir las variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas), se puede comprobar en la tabla 93 que "¿Se ha sentido menospreciado, ridiculizado en alguna ocasión cuando ha tenido que acudir a algún centro sanitario en solicitud de atención médica?" sigue asociándose de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han respondido "Si" tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 93

Odds Ratio entre “¿Se ha sentido menospreciado, ridiculizado en alguna ocasión cuando ha tenido que acudir a algún centro sanitario en solicitud de atención médica?”, Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión

Modelo	X = Se ha sentido menospreciado en el centro de salud	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
	(Intercept)	4.1399	0.8248	5.0191	<0.0001	.	.	.
X + EE	X: No	-1.2846	0.4386	-2.9285	0.0034	0.2768	0.1172	0.6539
	EE	-0.1667	0.0369	-4.5195	<0.0001	0.8464	0.7874	0.9099
X + Sub-escalas EE	(Intercept)	4.3255	0.8685	4.9803	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.3039	0.4388	-2.9716	0.0030	0.2715	0.1149	0.6415
	EE.Objetivos	-0.2294	0.0894	-2.5671	0.0103	0.7950	0.6672	0.9472
X + EBP	(Intercept)	7.6271	1.2577	6.0645	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.0881	0.4706	-2.3119	0.0208	0.3369	0.1339	0.8474
	EBP	-0.0464	0.0079	-5.8426	<0.0001	0.9547	0.9399	0.9696
X + LOC	(Intercept)	-2.0206	0.6292	-3.2111	0.0013	.	.	.
	X: No	-1.4181	0.4778	-2.9679	0.0030	0.2422	0.0949	0.6178
	LOC	0.2117	0.0514	4.1154	<0.0001	1.2358	1.1173	1.3669
X + SS-A-R	(Intercept)	2.4249	0.8354	2.9026	0.0037	.	.	.
	X: No	-0.8411	0.4138	-2.0328	0.0421	0.4312	0.1917	0.9703
	SS-A-R	-0.0385	0.0157	-2.4482	0.0144	0.9622	0.9330	0.9923
X + Sub-escalas SS-A-R	(Intercept)	1.8498	0.7726	2.3943	0.0167	.	.	.
	X: No	-0.8891	0.4110	-2.1630	0.0305	0.4110	0.1837	0.9199
X + Sub-escalas WOC-RR	(Intercept)	-0.1733	1.0991	-0.1576	0.8747	.	.	.
	X: No	-1.9050	0.4915	-3.8762	0.0001	0.1488	0.0568	0.3899
	WOC-RR Control	0.2746	0.0940	2.9200	0.0035	1.3160	1.0945	1.5823
	WOC-RR Escape	0.2805	0.0778	3.6073	0.0003	1.3238	1.1367	1.5417
X + SOC-13	(Intercept)	7.0126	0.9992	7.0185	<0.0001	.	.	.
	SOC-13	-0.1339	0.0198	-6.7737	<0.0001	0.8747	0.8415	0.9092

70. CUANDO ACUDE A UN PROFESIONAL DE LA SALUD QUE, DE FORMA EVIDENTE, DESCONOCE LA PATOLOGÍA QUE VD. PADECE, ¿INTENTA INFORMARLE O LLEVARLE DOCUMENTACIÓN INFORMATIVA?

Como se observa en la tabla 94 cuando se incluye la variable Afrontamiento (WOC-RR subescalas), “Cuando acude a un profesional de la salud que, de forma evidente, desconoce la patología que Vd. padece, ¿intenta informarle o llevarle documentación informativa? se asocia significativamente con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han respondido "Si" tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 94

Odds Ratio entre "Cuando acude a un profesional de la salud que, de forma evidente, desconoce la patología que Ud. padece ¿intenta informarle o llevarle documentación informativa?", variable Afrontamiento (WOC – RR subescalas) y Depresión

Modelo	X = Intenta informar al profesional	Estimación	Error estándar	Z-valor	P-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X +	(Intercept)	0.0132	1.0387	0.0127	0.9898	.	.	.
Sub-escalas	X: No	-0.9009	0.4590	-1.9627	0.0497	0.4062	0.1652	0.9988
WOC-RR	WOC-RR Control	0.2410	0.0883	2.7303	0.0063	1.2725	1.0704	1.5129
	WOC-RR Escape	0.2384	0.0716	3.3290	0.0009	1.2693	1.1030	1.4606

71. ¿CÓMO SUELE REACCIONAR EL PROFESIONAL DE LA SALUD CUANDO INTENTA INFORMARLE SOBRE LA EM/SFC?

Como puede constatarse en la tabla 95 "¿Cómo suele reaccionar el profesional de la salud cuando intenta informarle sobre la EM/SFC?" se asocia de manera significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto.. Las personas que han respondido "No escucha" tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Para ajustar los modelos de regresión recategorizamos en: "No intento", "Escucha": opciones 1 y 2 y "No escucha" el resto:

Tabla 95

Odds Ratio entre "¿Cómo suele reaccionar el profesional de la salud cuando intenta informarle sobre la EM/SFC?" y Depresión

Modelo	X = Reacción del profesional	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	-0.1178	0.3436	-0.3428	0.7317	.	.	.
	X: No escucha	0.9033	0.4062	2.2236	0.0262	2.4677	1.1131	5.4712

Al incluir las variables Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas), se puede apreciar en la tabla 96 que "¿Cómo suele reaccionar el profesional de la salud cuando intenta informarle sobre la EM/SFC?" se asocia, continuando teniendo un efecto significativo, con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han respondido "No escucha" tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 96

Odds Ratio entre "¿Cómo suele reaccionar el profesional de la salud cuando intenta informarle sobre la EM/SFC?", variables Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión

Modelo	X = Reacción del profesional	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	3.5514	0.8679	4.0920	<0.0001	.	.	.
	X: No escucha	1.1881	0.4847	2.4512	0.0142	3.2808	1.2688	8.4832
	EE	-0.1776	0.0379	-4.6793	<0.0001	0.8373	0.7773	0.9019
X + Sub-escalas EE	(Intercept)	3.7343	0.9017	4.1415	<0.0001	.	.	.
	X: No escucha	1.2405	0.4903	2.5303	0.0114	3.4575	1.3226	9.0380
	EE.Objetivos	-0.2490	0.0916	-2.7186	0.0066	0.7796	0.6515	0.9329
X + LOC	(Intercept)	-2.7715	0.7951	-3.4855	0.0005	.	.	.
	X: No escucha	1.0777	0.5351	2.0142	0.0440	2.9379	1.0294	8.3846
	LOC	0.2115	0.0519	4.0744	<0.0001	1.2355	1.1160	1.3678
X + SS-A-R	(Intercept)	1.3168	0.8938	1.4733	0.1407	.	.	.
	X: No escucha	1.1402	0.4477	2.5466	0.0109	3.1275	1.3004	7.5216
	SS-A-R	-0.0323	0.0158	-2.0497	0.0404	0.9682	0.9388	0.9986
X + Sub-escalas SS-A-R	(Intercept)	0.7386	0.8565	0.8623	0.3885	.	.	.
	X: No escucha	1.0157	0.4435	2.2903	0.0220	2.7612	1.1577	6.5852
	SS-A-R Búsqueda apoyo	0.0999	0.0449	2.2265	0.0260	1.1051	1.0120	1.2067
X + Sub-escalas WOC-RR	(Intercept)	-0.7186	1.1868	-0.6055	0.5449	.	.	.
	X: No escucha	1.3975	0.4969	2.8126	0.0049	4.0450	1.5275	10.7115
	WOC-RR	-0.2176	0.1054	-2.0656	0.0389	0.8044	0.6543	0.9889
	WOC-RR Control	0.2416	0.0903	2.6751	0.0075	1.2733	1.0667	1.5200
	WOC-RR Escape	0.2327	0.0737	3.1592	0.0016	1.2620	1.0924	1.4580

72. ¿EN ALGUNA OCASIÓN SE HA SENTIDO MENOSPRECIADO EN SU ÁMBITO SOCIO-LABORAL POR PADECER ESTA ENFERMEDAD?

Como se comprueba en la tabla 97 "¿En alguna ocasión se ha sentido menospreciado en su ámbito socio-laboral por padecer esta enfermedad?" se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han respondido "Sí" tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 97

Odds Ratio entre "¿En alguna ocasión se ha sentido menospreciado en su ámbito socio-laboral por padecer esta enfermedad?" y Depresión

Modelo	X = Menosprecio ámbito socio-laboral	Estimación	Error estándar	Z- valor	p- valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	0.5831	0.1802	3.2366	0.0012	.	.	.
	X: No	-1.0250	0.3518	- 2.9139	0.0036	0.3588	0.1801	0.7149

Como puede observarse en la tabla 98 como al incluir las variables de Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas), "¿En alguna ocasión se ha sentido menospreciado en su ámbito socio-laboral por padecer esta enfermedad?" sigue asociándose de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han respondido "Sí" tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 98

Odds Ratio entre "¿En alguna ocasión se ha sentido menospreciado en su ámbito socio-laboral por padecer esta enfermedad?", variables Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión

Modelo	X = Menosprecio ámbito socio- laboral	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	4.1586	0.8403	4.9492	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.0569	0.3942	-2.6813	0.0073	0.3475	0.1605	0.7525
	EE	-0.1651	0.0375	-4.3989	<0.0001	0.8478	0.7877	0.9125
X + Sub- escalas EE	(Intercept)	4.4289	0.8875	4.9902	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.0903	0.3969	-2.7467	0.0060	0.3361	0.1544	0.7318
X + LOC	EE.Objetivos	-0.2592	0.0914	-2.8350	0.0046	0.7717	0.6451	0.9231
	(Intercept)	-1.8055	0.6613	-2.7303	0.0063	.	.	.
	X: No	-1.0130	0.4596	-2.2041	0.0275	0.3631	0.1475	0.8939
X + SS- A-R	LOC	0.1900	0.0520	3.6560	0.0003	1.2093	1.0922	1.3390
	(Intercept)	2.5763	0.8511	3.0268	0.0025	.	.	.
	X: No	-1.0499	0.4114	-2.5523	0.0107	0.3500	0.1563	0.7838
X + Sub- escalas SS-A-R	SS-A-R	-0.0396	0.0159	-2.4860	0.0129	0.9611	0.9316	0.9916
	(Intercept)	2.0514	0.7857	2.6108	0.0090	.	.	.
	X: No	-0.8140	0.3929	-2.0717	0.0383	0.4431	0.2051	0.9570
X + Sub- escalas WOC- RR	SS-A-R	0.5638	1.1034	0.5110	0.6094	.	.	.
	(Intercept)	-1.2917	0.4249	-3.0397	0.0024	0.2748	0.1195	0.6320
	X: No	0.2592	0.0927	2.7959	0.0052	1.2959	1.0806	1.5541
	WOC-RR Control	0.1920	0.0728	2.6379	0.0083	1.2117	1.0506	1.3976
	WOC-RR Escape							

73. ¿EN ALGUNA OCASIÓN LE HAN DERIVADO O ACONSEJADO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSIQUIÁTRICO POR PADECER EM/SFC?

Se puede apreciar en la tabla 99 que “¿En alguna ocasión le han derivado o aconsejado tratamiento psicológico o psiquiátrico? se asocia de manera significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han respondido "Sí" tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 99

Odds Ratio entre “En alguna ocasión le han derivado o aconsejado tratamiento psicológico o psiquiátrico por padecer EM/SFC?” y Depresión

Modelo	X = Derivación tto psicológico	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	0.4147	0.1519	2.7306	0.0063	.	.	.
	X: No	-2.8126	1.0550	-2.6659	0.0077	0.0601	0.0076	0.4748

Al incluir las variables de Esperanza (EE global y subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) se puede constatar en la tabla 100 que “¿En alguna ocasión le han derivado o aconsejado tratamiento psicológico o psiquiátrico? sigue asociándose significativamente con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han respondido "Sí" tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 100

Odds Ratio entre “En alguna ocasión le han derivado o aconsejado tratamiento psicológico o psiquiátrico?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Depresión

Modelo	X = Derivación tto psicológico	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	4.0048	0.8172	4.9006	<0.0001	.	.	.
	X: No	-2.8378	1.0875	-2.6094	0.0091	0.0586	0.0069	0.4935
	EE	-0.1659	0.0369	-4.4948	<0.0001	0.8471	0.7880	0.9107
X + Sub-escalas EE	(Intercept)	4.1919	0.8565	4.8942	<0.0001	.	.	.
	X: No	-2.8535	1.0843	-2.6317	0.0085	0.0576	0.0069	0.4827
	EE.Objetivos	-0.2334	0.0889	-2.6268	0.0086	0.7918	0.6652	0.9425
X + SS-A-R	(Intercept)	2.5893	0.8454	3.0627	0.0022	.	.	.
	X: No	-2.7426	1.0791	-2.5415	0.0110	0.0644	0.0078	0.5339
	SS-A-R	-0.0428	0.0158	-2.7138	0.0067	0.9581	0.9290	0.9882

Modelo	X = Derivación tto psicológico	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X +	(Intercept)	2.0387	0.7969	2.5583	0.0105	.	.	.
Sub-escalas SS-A-R	X: No	-3.2523	1.1247	-2.8917	0.0038	0.0387	0.0043	0.3507
SS-A-R	Apoyo amigos	-0.1063	0.0464	-2.2910	0.0220	0.8992	0.8210	0.9848
X +	(Intercept)	0.3032	1.0725	0.2827	0.7774	.	.	.
Sub-escalas WOC-RR	X: No	-3.0114	1.1075	-2.7190	0.0065	0.0492	0.0056	0.4314
WOC-RR	Control	0.2113	0.0881	2.3988	0.0164	1.2353	1.0394	1.4682
	Escape	0.2484	0.0745	3.3353	0.0009	1.2820	1.1079	1.4835
X +	(Intercept)	7.1802	1.0181	7.0524	<0.0001	.	.	.
Sub-escalas SOC-13	X: No	-2.7366	1.2460	-2.1964	0.0281	0.0648	0.0056	0.7449
SOC-13	SOC-13	-0.1372	0.0199	-6.8799	<0.0001	0.8718	0.8384	0.9066
X +	(Intercept)	7.2412	1.0377	6.9782	<0.0001	.	.	.
Sub-escalas SOC-13	X: No	-2.7821	1.2601	-2.2079	0.0272	0.0619	0.0052	0.7317
SOC-13	SOC-13	-0.1607	0.0575	-2.7963	0.0052	0.8516	0.7609	0.9531
	Comprensibilidad	-0.1436	0.0570	-2.5212	0.0117	0.8662	0.7747	0.9685
	Significatividad	7.9651	1.3103	6.0789	<0.0001	.	.	.
X +	(Intercept)	-3.1220	1.4223	-2.1951	0.0282	0.0441	0.0027	0.7157
Sub-escalas SF-36	X: No	0.0368	0.0187	1.9654	0.0494	1.0374	1.0001	1.0762
SF-36	Rol Físico	-0.1039	0.0223	-4.6566	<0.0001	0.9013	0.8627	0.9416
	Salud mental	-0.0402	0.0145	-2.7685	0.0056	0.9606	0.9337	0.9883
	Dolor	-0.0552	0.0223	-2.4761	0.0133	0.9463	0.9059	0.9886
	Salud general							

74. ¿LE EXPLICABAN CUÁL ERA EL MOTIVO POR EL QUE LE DERIVABAN A TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSIQUIÁTRICO?

Como se observa en la tabla 101 donde se reflejan las personas "Sí" derivadas y las "No" a que hace referencia el ítem 73, adquiere sentido los resultados de este ítem.

Tabla 101

Tabla de contingencia "¿Le explicaban cuál era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico o psiquiátrico?" y Depresión.

Explicación motivo tto psicológico (74)	Depresión: Bajo		Depresión: Alto		Total	H ₀ : Independencia					
	n	%	IC 95 % para el %			Chi-cuadrado (*)	p-valor				
			Inf.	Sup.							
No deriva	10	90.91	73.92	100	1	9.09	0.00	26.08	11	.	0.0027
Si	43	38.05	29.10	47.01	70	61.95	52.99	70.90	113		
No	26	43.33	30.79	55.87	34	56.67	44.13	69.21	60		
Total	79	42.93	35.78	50.09	105	57.07	49.91	64.22	184		

(*) Test exacto de Fisher

Se rechaza la independencia entre estas dos variables.

Como se refleja en la tabla 102 “¿Le explicaban el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico o psiquiátrico?” se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas derivadas (tanto hayan respondido que "Sí" o que "No" le explicaban motivo a este tipo de tratamiento, tienen una mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto que las personas que no lo han sido.

Tabla 102

Odds Ratio entre “¿Le explicaban cuál era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico o psiquiátrico?” y Depresión

Modelo	X = Explicación motivo derivación tto psic.	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	-2.3026	1.0486	-2.1959	0.0281	.	.	.
	X: Sí	2.7899	1.0663	2.6163	0.0089	16.2791	2.0135	131.61
	X: No	2.5708	1.0805	2.3794	0.0173	13.0769	1.5733	108.69

Al incluir las variables de Esperanza (EE global y subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) como puede apreciarse en la tabla 103 el efecto de “¿Le explicaban el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico o psiquiátrico?” se sigue asociando de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas derivadas (tanto hayan respondido que "Sí" o que "No" le explicaban motivo) a este tipo de tratamiento tienen una mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto que las personas que no lo han sido.

Tabla 103

Odds Ratio entre “¿Le explicaban cuál era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico o psiquiátrico?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Depresión

Modelo	X = Explicación motivo derivación tto psic.	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	1.3316	1.3249	1.0051	0.3149	.	.	.
	X: Sí	2.7767	1.1047	2.5136	0.0119	16.0659	1.8434	140.022
	X: No	2.8607	1.1271	2.5381	0.0111	17.4736	1.9186	159.140
	EE	-0.1708	0.0387	-4.4128	<0.0001	0.8430	0.7814	0.9094
X + Sub-escalas	(Intercept)	1.5083	1.3448	1.1216	0.2620	.	.	.
	X: Sí	2.7972	1.1008	2.5410	0.0111	16.3992	1.8958	141.861
	X: No	2.8659	1.1227	2.5528	0.0107	17.5641	1.9455	158.574
	EE.Objetivos	-0.2424	0.0905	-2.6784	0.0074	0.7848	0.6572	0.9371
X + SS-A-R	(Intercept)	-0.0932	1.3009	-0.0716	0.9429	.	.	.
	X: Sí	2.6930	1.0957	2.4579	0.0140	14.7763	1.7256	126.531
	X: No	2.6423	1.1107	2.3790	0.0174	14.0453	1.5927	123.858
	SS-A-R	-0.0422	0.0163	-2.5972	0.0094	0.9587	0.9286	0.9897
X + Sub-escalas	(Intercept)	-0.9452	1.3023	-0.7258	0.4680	.	.	.
	X: Sí	3.0396	1.1333	2.6820	0.0073	20.8965	2.2667	192.643
	X: No	3.0366	1.1515	2.6370	0.0084	20.8342	2.1807	199.052

Modelo	X = Explicación motivo derivación tto psic.	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
SS-A-R	SS-A-R Apoyo familiar	-0.0759	0.0356	-2.1298	0.0332	0.9269	0.8643	0.9940
	(Intercept)	-2.5917	1.5135	-1.7124	0.0868	.	.	.
X + Sub- escalas	X: Sí	3.0257	1.1219	2.6970	0.0070	20.6076	2.2860	185.767
	X: No	3.0077	1.1466	2.6232	0.0087	20.2405	2.1392	191.506
WOC- RR	WOC-RR Control	0.2194	0.0896	2.4483	0.0144	1.2453	1.0447	1.4844
	WOC-RR Apoyo social	-0.2731	0.1251	-2.1835	0.0290	0.7610	0.5956	0.9724
X + Sub- escalas SF-36	WOC-RR Escape (Intercept)	0.2276	0.0751	3.0317	0.0024	1.2555	1.0838	1.4545
	X: Sí	4.7268	1.7620	2.6827	0.0073	.	.	.
X + Sub- escalas SF-36	X: No	3.0946	1.4606	2.1187	0.0341	22.0792	1.2610	386.602
	SF-36 Vitalidad	3.4121	1.5011	2.2730	0.0230	30.3278	1.5998	574.918
X + Sub- escalas SF-36	SF-36 Salud mental	-0.0459	0.0232	-1.9753	0.0482	0.9552	0.9127	0.9996
	SF-36 Dolor	-0.1013	0.0226	-4.4874	<0.0001	0.9036	0.8645	0.9445
X + Sub- escalas SF-36	SF-36 Salud general	-0.0420	0.0151	-2.7810	0.0054	0.9589	0.9309	0.9877
	SF-36 Salud general	-0.0565	0.0226	-2.4951	0.0126	0.9451	0.9041	0.9880

Además, cuando se incluye la variable Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas), en la tabla 104 se puede constatar como el efecto de “¿Le explicaban el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico o psiquiátrico?” se sigue asociando de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas derivadas (que han respondido "No" le explicaban motivo) a este tipo de tratamiento tienen una mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto que las personas que no lo han sido. Sin embargo las que han respondido que "Sí", han quedado al borde de la significación sobre la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas derivadas (que han respondido "Si" le explicaban motivo) a este tipo de tratamiento tienen una mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto que las personas que no lo han sido.

Tabla 104

Odds Ratio entre “¿Le explicaban cuál era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico o psiquiátrico?”, variable Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) y Depresión

Modelo	X = Explicación motivo derivación tto psic.	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + SOC-13	(Intercept)	4.6966	1.5700	2.9916	0.0028	.	.	.
	X: No	2.8009	1.3245	2.1147	0.0345	16.4599	1.2275	220.719
	SOC-13	-0.1398	0.0208	-6.7080	<0.0001	0.8695	0.8347	0.9058
X + Sub- escalas SOC-13	(Intercept)	4.6909	1.5746	2.9791	0.0029	.	.	.
	X: No	2.8536	1.3393	2.1307	0.0331	17.3494	1.2569	239.478
	SOC-13	-0.1677	0.0604	-2.7764	0.0055	0.8456	0.7512	0.9519
X + Sub- escalas SOC-13	Comprensibilidad SOC-13	-0.1353	0.0587	-2.3065	0.0211	0.8735	0.7786	0.9799
	Significatividad							

75. ¿CONSIDERABA NECESARIO LA DERIVACIÓN A TRATAMIENTO PSICOLÓGICO/PSIQUIÁTRICO PARA TRATAR LA EM/SFC?.

Como se puede comprobar en la tabla 105 al incluir la variable Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), “¿Consideraba necesario la derivación a tratamiento psicológico/psiquiátrico para tratar la EM/SFC?” se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han respondido "Sí" tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 105

Odds Ratio entre “¿Consideraba necesario la derivación a tratamiento psicológico/psiquiátrico para tratar la EM/SFC?”, variable Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas) y Depresión

Modelo	X = Tto psicológico necesario	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X+ EBP	(Intercept)	8.2803	1.5059	5.4985	<0.0001	.	.	.
	X: No	-0.8282	0.4076	-2.0321	0.0421	0.4368	0.1965	0.9710
	EBP	-0.0480	0.0091	-5.2686	<0.0001	0.9531	0.9362	0.9703
X+ Sub- escalas EBP	(Intercept)	6.5614	1.7027	3.8534	0.0001	.	.	.
	X: No	-1.0730	0.4371	-2.4549	0.0141	0.3420	0.1452	0.8055
	EBP Autoaceptación	-0.1149	0.0470	-2.4425	0.0146	0.8914	0.8129	0.9776

76. ¿LE HA SIDO ÚTIL EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO/PSIQUIÁTRICO?

En la tabla 106 se evalúa la hipótesis de independencia entre el grado de Depresión y la variable “¿Le ha sido útil el tratamiento psicológico/ psiquiátrico?”. El contraste que se ha utilizado ha sido el Chi-cuadrado.

Tabla 106

Tabla de contingencia entre “¿Le ha sido útil el tratamiento psicológico/ psiquiátrico?” y Depresión.

Tto psicológico útil (76)	Depresión: Bajo				Depresión: Alto				Total	H ₀ : Independencia	
	n	%	IC 95 % para el %		n	%	IC 95 % para el %			Chi-cuadrado	p-valor
			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			
No deriva	11	91.67	76.03	100	1	8.33	0.00	23.97	12	16.3311	0.0010
Sí	11	37.93	20.27	55.59	18	62.07	44.41	79.73	29		
No	26	32.10	21.93	42.27	55	67.90	57.73	78.07	81		
Adaptación	28	47.46	34.72	60.20	31	52.54	39.80	65.28	59		
Total	76	41.99	34.80	49.18	105	58.01	50.82	65.20	181		

Se rechaza la independencia entre estas dos variables.

Como se observa en la tabla 107 “Le ha sido útil el tratamiento psicológico/ psiquiátrico?” se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que no han sido derivadas a este tipo de tratamiento tienen menos probabilidades de tener un grado de Depresión alto.

Tabla 107

Odds Ratio entre "¿Le ha sido útil el tratamiento psicológico/ psiquiátrico?" y Depresión

Modelo	X = tto psicológico útil	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	0.4925	0.3827	1.2868	0.1982	.	.	.
	X: No deriva	-2.8904	1.1120	-2.5993	0.0093	0.0556	0.0063	0.4912

Al incluir las variables de Esperanza (EE global y subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) como se puede constatar en la tabla 108 el efecto de este ítem, se asocia, continuando siendo significativo, con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que no han sido derivadas a este tipo de tratamiento tienen menos probabilidades de tener un grado de Depresión alto.

Tabla 108

Odds Ratio entre "¿Le ha sido útil el tratamiento psicológico/ psiquiátrico?", variables Esperanza (EE global y subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Depresión

Modelo	X = tto psicológico útil	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.		
							Inf.	Sup.	
X + EE	(Intercept)	3.5624	0.9095	3.9168	0.0001	.	.	.	
	X: No deriva	-2.6859	1.1539	-2.3276	0.0199	0.0682	0.0071	0.6543	
X + Sub-escalas	EE	-0.1515	0.0379	-4.0028	0.0001	0.8594	0.7979	0.9256	
	(Intercept)	3.8098	0.9494	4.0129	0.0001	.	.	.	
X + Sub-escalas	X: No deriva	-2.7162	1.1511	-2.3597	0.0183	0.0661	0.0069	0.6312	
	EE	EE. Objetivos	-0.2413	0.0929	-2.5981	0.0094	0.7856	0.6549	0.9425
X + SS-A-R	(Intercept)	2.8007	1.0344	2.7075	0.0068	.	.	.	
	X: No deriva	-2.8440	1.1663	-2.4384	0.0148	0.0582	0.0059	0.5723	
X + Sub-escalas	SS-A-R	-0.0451	0.0166	-2.7153	0.0066	0.9559	0.9252	0.9875	
	(Intercept)	2.7308	0.9741	2.8034	0.0051	.	.	.	
X + Sub-escalas	X: No deriva	-3.6766	1.2142	-3.0281	0.0025	0.0253	0.0023	0.2734	
	SS-A-R	SS-A-R Apoyo amigos	-0.1064	0.0488	-2.1774	0.0295	0.8991	0.8170	0.9894
X + Sub-escalas	(Intercept)	0.2442	1.1930	0.2047	0.8378	.	.	.	
	X: No deriva	-2.8656	1.1860	-2.4162	0.0157	0.0570	0.0056	0.5821	
X + Sub-escalas	WOC-RR	WOC-RR Control	0.2826	0.0973	2.9045	0.0037	1.3265	1.0962	1.6052
	WOC-RR	WOC-RR Apoyo social	-0.2811	0.1282	-2.1932	0.0283	0.7550	0.5872	0.9705
X + Sub-escalas	WOC-RR	WOC-RR Escape	0.2132	0.0779	2.7372	0.0062	1.2376	1.0624	1.4416
	(Intercept)	7.4704	1.2533	5.9607	<0.0001	.	.	.	
X + Sub-escalas	X: No deriva	-3.2127	1.3256	-2.4237	0.0154	0.0402	0.0030	0.5408	
	SOC-13	SOC-13	-0.1330	0.0209	-6.3490	<0.0001	0.8755	0.8403	0.9122
X + Sub-escalas	(Intercept)	7.4431	1.2815	5.8080	<0.0001	.	.	.	
	X: No deriva	-3.1995	1.3380	-2.3913	0.0168	0.0408	0.0030	0.5615	
X + Sub-escalas	SOC-13	Comprensibilidad	-0.1523	0.0578	-2.6344	0.0084	0.8588	0.7668	0.9618
	SOC-13	SOC-13	-0.1308	0.0622	-2.1047	0.0353	0.8774	0.7767	0.9910
X + Sub-escalas	(Intercept)	7.2388	1.4101	5.1336	<0.0001	.	.	.	
	X: No deriva	-3.2431	1.5539	-2.0871	0.0369	0.0390	0.0019	0.8207	

Modelo	X = tto psicológico útil	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
SF-36	SF-36 Salud mental	-0.0953	0.0226	-4.2211	< 0.0001	0.9091	0.8698	0.9502
	SF-36 Func. Social	-0.0261	0.0132	-1.9759	0.0482	0.9742	0.9493	0.9998
	SF-36 Dolor	-0.0455	0.0151	-3.0138	0.0026	0.9556	0.9277	0.9842

77. ¿SE HA SENTIDO MANIPULADO/ENGAÑADO CUANDO LE DERIVABAN A TRATAMIENTO PSICOLÓGICO/ PSIQUIÁTRICO?

En la tabla 109 se evalúa la hipótesis de independencia entre el grado de Depresión y la variable “¿Se ha sentido manipulado/engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?”. El contraste que se ha utilizado ha sido el Chi-cuadrado.

Tabla 109

Tabla de contingencia entre “¿Se ha sentido manipulado/engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?” y Depresión

Manipulado cuando derivaron (77)	Depresión: Bajo		IC 95 % para el %		Depresión: Alto		IC 95 % para el %		Total	Ho: Independencia	
	n	%	Inf.	Sup.	n	%	Inf.	Sup.		Chi-cuadrado	p-valor
Sí	38	37.25	27.87	46.64	64	62.75	53.36	72.13	102		
No	26	40.62	28.59	52.66	38	59.38	47.34	71.41	64		
Total	76	42.46	35.22	49.70	103	57.54	50.30	64.78	179		

Se rechaza la independencia entre estas dos variables.

Como puede observarse en la tabla 110 el efecto de “¿Se ha sentido manipulado/engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?” se asocia, de forma significativa, con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han sido derivadas a este tratamiento (incluyendo a los "Sí" y a los "No"), tienen una mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto que los "no derivados".

Tabla 110

Odds Ratio entre “¿Se ha sentido manipulado/engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?” y Depresión

Modelo	X = manipulado cuando derivaron al tto	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	0.5213	0.2048	2.5455	0.0109	.	.	.
	X: No deriva	-3.0062	1.0608	-2.8339	0.0046	0.0495	0.0062	0.3957

Al incluir las variables de Esperanza (EE global y subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) se

puede constatar en la tabla 111 que el efecto de este ítem se sigue asociando significativamente con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han sido derivadas a este tratamiento (incluyendo a los "Sí" y a los "No"), tienen una mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto que los "no derivados". Con las variables de Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas) y Locus de Control no ha sido posible ajustar un buen modelo.

Tabla 111

Odds Ratio entre "¿Se ha sentido manipulado/engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico/psiquiátrico?", las variables Esperanza (EE global y subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Depresión

Modelo	X = manipulado cuando derivaron al tto	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
	(Intercept)	3.9625	0.8576	4.6202	<0.0001	.	.	.
X + EE	X: No deriva	-3.0437	1.0881	-2.7974	0.0052	0.0477	0.0056	0.4021
	EE	-0.1573	0.0384	-4.1012	<0.0001	0.8545	0.7926	0.9212
X + Sub-escalas	(Intercept)	4.1641	0.8985	4.6345	<0.0001	.	.	.
	X: No deriva	-3.0553	1.0855	-2.8146	0.0049	0.0471	0.0056	0.3955
	EE	EE.Objetivos	-0.2301	0.0932	-2.4691	0.0135	0.7944	0.6618	0.9537
X + SS-A-R	(Intercept)	2.6878	0.8776	3.0628	0.0022	.	.	.
	X: No deriva	-2.9525	1.0805	-2.7326	0.0063	0.0522	0.0063	0.4339
X + Sub-escalas SS-A-R	SS-A-R	-0.0426	0.0165	-2.5722	0.0101	0.9583	0.9277	0.9899
	(Intercept)	2.1476	0.8321	2.5809	0.0099	.	.	.
	X: No deriva	-3.3000	1.1180	-2.9518	0.0032	0.0369	0.0041	0.3300
X + Sub-escalas WOC-RR	SS-A-R Apoyo amigos	-0.0959	0.0476	-2.0118	0.0442	0.9086	0.8276	0.9975
	(Intercept)	0.8217	1.1750	0.6993	0.4844	.	.	.
	X: No deriva	-3.4039	1.1171	-3.0472	0.0023	0.0332	0.0037	0.2969
	WOC-RR Control	0.2460	0.0939	2.6189	0.0088	1.2789	1.0638	1.5374
X + SOC-13	WOC-RR Apoyo social	-0.3121	0.1325	-2.3557	0.0185	0.7319	0.5645	0.9489
	WOC-RR Escape	0.1939	0.0782	2.4790	0.0132	1.2140	1.0414	1.4151
	(Intercept)	7.0220	1.0586	6.6333	<0.0001	.	.	.
X + Sub-escalas SOC-13	X: No deriva	-2.7024	1.2473	-2.1667	0.0303	0.0670	0.0058	0.7728
	SOC-13	-0.1345	0.0208	-6.4662	<0.0001	0.8742	0.8392	0.9105
	(Intercept)	7.0815	1.0825	6.5419	<0.0001	.	.	.
X + Sub-escalas SOC-13	X: No deriva	-2.7399	1.2589	-2.1764	0.0295	0.0646	0.0055	0.7615
	SOC-13	-0.1483	0.0603	-2.4602	0.0139	0.8622	0.7662	0.9703
	Comprensibilidad	-0.1424	0.0609	-2.3404	0.0193	0.8672	0.7697	0.9771
X + Sub-escalas SF-36	Significatividad	7.8312	1.3273	5.9000	<0.0001	.	.	.
	(Intercept)	-3.0832	1.4347	-2.1491	0.0316	0.0458	0.0028	0.7624
	X: No deriva	0.0445	0.0216	2.0581	0.0396	1.0455	1.0021	1.0909
	SF-36 Rol Físico	-0.1030	0.0227	-4.5425	<0.0001	0.9021	0.8629	0.9431
	SF-36 Salud mental	-0.0419	0.0156	-2.6764	0.0074	0.9590	0.9300	0.9889
SF-36 Dolor	-0.0564	0.0229	-2.4590	0.0139	0.9452	0.9036	0.9886	
SF-36 Salud general								

81. ¿DURANTE EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO/PSIQUIÁTRICO LE HAN CALIFICADO DE ALGUNA MANERA NEGATIVA?.

Como se muestra en la tabla 112 “¿Durante el tratamiento psicológico/psiquiátrico le han calificado de alguna manera negativa? se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han sido calificadas "De Alguna manera" tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Se habían presentado muchas categorías y ajustar un modelo con tantas categorías no es muy fiable, por lo que agrupamos “Alguna” vs “Ninguna”, por ser “Ninguna” la categoría más numerosa.

Tabla 112

Odds Ratio entre “¿Durante el tratamiento psicológico/psiquiátrico le han calificado de alguna manera negativa?” y Depresión

Modelo	X = Durante el tratamiento calificado ...	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	0.1861	0.2039	0.9125	0.3615	.	.	.
	X: Alguna	0.7118	0.3249	2.1909	0.0285	2.0377	1.0779	3.8522

Como puede apreciarse en la tabla 113 al incluir las variables Esperanza (EE global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas), “¿Durante el tratamiento psicológico/psiquiátrico le han calificado de alguna manera negativa? se asocia, continuando teniendo un efecto significativo, con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han sido calificadas "De alguna manera" tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 113

Odds Ratio entre “¿Durante el tratamiento psicológico/psiquiátrico le han calificado de alguna manera negativa?”, variables Esperanza (EE global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión

Modelo	X = Durante el tratamiento calificado ...	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.		
							Inf.	Sup.	
X + EE	(Intercept)	3.7727	0.8539	4.4184	<0.0001	.	.	.	
	X: Alguna	0.8285	0.3636	2.2787	0.0227	2.2898	1.1229	4.6695	
	EE	-0.1690	0.0384	-4.3959	<0.0001	0.8445	0.7833	0.9106	
X + Sub-escalas	(Intercept)	3.9316	0.8853	4.4412	<0.0001	.	.	.	
	X: Alguna	0.8759	0.3701	2.3666	0.0180	2.4009	1.1624	4.9591	
	EE	EE.Objetivos	-0.2351	0.0933	-2.5200	0.0117	0.7905	0.6584	0.9491
X + Sub-escalas WOC-RR	(Intercept)	-0.4218	1.2137	-0.3475	0.7282	.	.	.	
	X: Alguna	1.2110	0.4113	2.9441	0.0032	3.3567	1.4990	7.5168	
	WOC-RR	Distanciamiento	-0.2694	0.1199	-2.2475	0.0246	0.7639	0.6039	0.9661
	RR	WOC-RR Control	0.3002	0.1009	2.9758	0.0029	1.3502	1.1079	1.6454
		WOC-RR Escape	0.2155	0.0806	2.6737	0.0075	1.2405	1.0592	1.4528

82. ¿LE HAN RECETADO MEDICACIÓN QUE HA EMPEORADO SU ESTADO DE SALUD O QUE NO HA TOLERADO?

Como se observa en la tabla 114 al incluir la variable Locus de Control (LOC), ¿Le han recetado medicación que ha empeorado su estado de salud o que no ha tolerado? se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han respondido "Sí" tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 114

Odds Ratio entre ¿Le han recetado medicación que ha empeorado su estado de salud o que no ha tolerado? variable Locus de Control (LOC) y Depresión

Modelo	X = Medicación que empeora	Estimación	Error estándar	Z-valor	P-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
	(Intercept)	-1.7410	0.6654	-2.6163	0.0089	.	.	.
X + LOC	X: No	-0.9069	0.4111	-2.2060	0.0274	0.4038	0.1804	0.9038
	LOC	0.2035	0.0536	3.7955	0.0001	1.2257	1.1034	1.3615

85. ¿QUÉ RESULTADO HA OBTENIDO CON LOS TRATAMIENTOS PRESCRITOS POR LA SANIDAD PRIVADA?

¿Qué resultado ha obtenido con los tratamientos prescritos por la Sanidad Privada? se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. En la tabla 115 se constata que las personas que en los tratamientos prescritos "No tienen resultado" tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 115

Odds Ratio entre "¿Qué resultado ha obtenido con los tratamientos prescritos por la Sanidad Privada?" y Depresión

Modelo	X = tto sanidad privada	Estimación	Error estándar	Z-valor	P-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	-0.3895	0.2826	-1.3780	0.1682	.	.	.
	X: No resultado	1.2078	0.4195	2.8793	0.0040	3.3460	1.4705	7.6135

En la tabla 116 puede apreciarse que al incluir las variables Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas), ¿Qué resultado ha obtenido con los tratamientos prescritos por la Sanidad Privada? se asocia, continuando teniendo un efecto significativo, con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que en los tratamientos prescritos "No tienen resultado" tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 116

Odds Ratio entre “¿Qué resultado ha obtenido con los tratamientos prescritos por la Sanidad Privada?” variables Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión

Modelo	X = tto sanidad privada	Estimación	Error estándar	Z-valor	P-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
	(Intercept)	3.0469	0.9758	3.1224	0.0018	.	.	.
X + EE	X: No resultado	1.5038	0.4781	3.1456	0.0017	4.4987	1.7626	11.4820
	EE	-0.1603	0.0424	-3.7764	0.0002	0.8519	0.7839	0.9258
X + Sub-escalas	(Intercept)	3.1516	1.0043	3.1382	0.0017	.	.	.
	X: No resultado	1.5144	0.4783	3.1659	0.0015	4.5466	1.7804	11.6104
	EE	EE.Objetivos	-0.2024	0.0976	-2.0735	0.0381	0.8167	0.6745	0.9890
X + LOC	(Intercept)	-3.1608	0.8059	-3.9220	0.0001	.	.	.
	X: No resultado	1.1513	0.5152	2.2346	0.0254	3.1622	1.1520	8.6800
	LOC	0.2227	0.0573	3.8856	0.0001	1.2494	1.1167	1.3980
X + SS-A-R	(Intercept)	2.0678	0.9859	2.0973	0.0360	.	.	.
	X: No resultado	1.1239	0.4480	2.5085	0.0121	3.0769	1.2786	7.4043
	SS-A-R	-0.0473	0.0180	-2.6270	0.0086	0.9538	0.9208	0.9881
X + Sub-escalas SS-A-R	(Intercept)	1.3828	0.9136	1.5136	0.1301	.	.	.
	X: No resultado	1.1280	0.4585	2.4600	0.0139	3.0894	1.2577	7.5890
	SS-A-R Apoyo familiar	-0.0855	0.0383	-2.2324	0.0256	0.9181	0.8517	0.9896
X + Sub-escalas WOC-RR	(Intercept)	-2.3899	1.3803	-1.7315	0.0834	.	.	.
	X: No resultado	1.7888	0.5409	3.3070	0.0009	5.9824	2.0723	17.2703
	WOC-RR Control	0.3292	0.1176	2.7991	0.0051	1.3899	1.1037	1.7502
	WOC-RR Escape	0.3352	0.0896	3.7397	0.0002	1.3982	1.1729	1.6666

87. EN CASO DE QUE CREA QUE HAY TRATAMIENTOS QUE LE PODRÍAN AYUDAR, ¿CUÁL ES EL MOTIVO POR EL QUE NO ACCEDE A ELLOS?

Como se comprueba en la tabla 117 al incluir la variable Calidad de Vida (SF-36 subescalas), el ítem “En caso de que crea que hay tratamientos que le podrían ayudar, ¿cuál es el motivo por el que no accede a ellos?” se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han contestado "Cansados" tienen menor probabilidad de tener Depresión en grado alto que los que aquellos que responden que “No creen que existan estos tratamientos”.

Tabla 117

Odds Ratio entre “En caso de que crea que hay tratamientos que le podrían ayudar, ¿cuál es el motivo por el que no accede a ellos?” variable Calidad de Vida (SF-36 subescalas), y Depresión

Modelo	X = Motivo por el que no accede	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
	(Intercept)	10.3066	1.8934	5.4433	<0.0001	.	.	.
X + Sub-escalas SF-36	X: Cansado	-2.2143	0.9639	-2.2972	0.0216	0.1092	0.0165	0.7225
	SF-36 Salud mental	-0.1248	0.0277	-4.5106	<0.0001	0.8827	0.8361	0.9319
	SF-36 Func. Social	-0.0456	0.0164	-2.7833	0.0054	0.9554	0.9252	0.9866
	SF-36 Dolor	-0.0361	0.0180	-2.0127	0.0441	0.9645	0.9312	0.9991
	SF-36 Salud general	-0.0772	0.0286	-2.6943	0.0071	0.9257	0.8752	0.9792

92. EL HECHO DE PADECER ESTA PATOLOGÍA ¿MERMA LA CAPACIDAD ECONÓMICA DE LA UNIDAD FAMILIAR?

“El hecho de padecer esta patología ¿merma la capacidad económica de la unidad familiar? tiene efecto significativo sobre la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Como puede observarse en la tabla 118 como las personas que han respondido "Sí", tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 118

Odds Ratio entre “El hecho de padecer esta patología ¿merma la capacidad económica de la unidad familiar? y Depresión

Modelo	X = Merma economía familiar	Estimación	Error estándar	Z-valor	P-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	0.4300	0.1570	2.7399	0.0061	.	.	.
	X: No	-1.2032	0.5179	-2.3233	0.0202	0.3002	0.1088	0.8285

Se puede apreciar en la tabla 119 como al incluir las escalas Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas), “El hecho de padecer esta patología ¿merma la capacidad económica de la unidad familiar? sigue teniendo un efecto significativo sobre la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han respondido "Sí", tienen mayor probabilidad de Depresión en grado alto.

Tabla 119

Odds Ratio entre “El hecho de padecer esta patología ¿merma la capacidad económica de la unidad familiar?, variables Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión

Modelo	X = Merma economía familiar	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	3.9519	0.8206	4.8160	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.1522	0.5808	-1.9837	0.0473	0.3159	0.1012	0.9863
X + Sub-escalas	EE	-0.1636	0.0375	-4.3660	<0.0001	0.8491	0.7890	0.9138
	(Intercept)	4.0934	0.8580	4.7706	<0.0001	.	.	.
EE	X: No	-1.1668	0.5814	-2.0069	0.0448	0.3114	0.0996	0.9731
	EE.Objetivos	-0.2136	0.0885	-2.4145	0.0158	0.8076	0.6790	0.9606
X + LOC	(Intercept)	-1.8055	0.6355	-2.8412	0.0045	.	.	.
	X: No	-1.6689	0.7053	-2.3664	0.0180	0.1885	0.0473	0.7508
X + SS-A-R	LOC	0.1844	0.0508	3.6283	0.0003	1.2025	1.0885	1.3285
	(Intercept)	2.3249	0.8321	2.7940	0.0052	.	.	.
X + Sub-escalas SS-A-R	X: No	-1.3298	0.5580	-2.3833	0.0172	0.2645	0.0886	0.7896
	SS-A-R	-0.0374	0.0157	-2.3864	0.0170	0.9633	0.9342	0.9933
X + Sub-escalas WOC-RR	(Intercept)	1.7807	0.7716	2.3077	0.0210	.	.	.
	X: No	-1.2920	0.5752	-2.2463	0.0247	0.2747	0.0890	0.8482
X + Sub-escalas WOC-RR	(Intercept)	0.4202	1.0678	0.3936	0.6939	.	.	.
	X: No	-1.7183	0.7079	-2.4272	0.0152	0.1794	0.0448	0.7184
WOC-RR	WOC-RR Control	0.2137	0.0866	2.4681	0.0136	1.2382	1.0450	1.4672
	WOC-RR Escape	0.1919	0.0739	2.5982	0.0094	1.2116	1.0483	1.4003

93. ¿NECESITA RECURRIR EN OCASIONES A LA FAMILIA PARA HACER FRENTE A SUS NECESIDADES COTIDIANAS?

Como se constata en la tabla 120 “¿Necesita recurrir en ocasiones a la familia para hacer frente a sus necesidades cotidianas?” se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han respondido “Sí”, tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 120

Odds Ratio “¿Necesita recurrir en ocasiones a la familia para hacer frente a sus necesidades cotidianas?” y Depresión

Modelo	X = familia necesidades cotidianas	Estimación	Error estándar	Z-valor	P- valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	0.5295	0.1731	3.0582	0.0022	.	.	.
	X: No	-0.9011	0.3383	-2.6634	0.0077	0.4061	0.2093	0.7882

Puede comprobarse en la tabla 121 que al incluir las variables Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas), “¿Necesita recurrir en ocasiones a la familia para hacer frente a sus necesidades cotidianas?” sigue asociándose significativamente con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han respondido “Sí”, tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 121

Odds Ratio entre “¿Necesita recurrir en ocasiones a la familia para hacer frente a sus necesidades cotidianas?”, variables Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión

Modelo	X = familia necesidades cotidianas	Estimación	Error estándar	Z-valor	P- valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + LOC	(Intercept)	-1.7872	0.6256	-2.8567	0.0043	.	.	.
	X: No	-1.0959	0.4713	-2.3254	0.0200	0.3342	0.1327	0.8418
	LOC	0.1871	0.0495	3.7831	0.0002	1.2058	1.0944	1.3285
X + SS- A-R	(Intercept)	2.9281	0.8636	3.3905	0.0007	.	.	.
	X: No	-1.2274	0.4077	-3.0108	0.0026	0.2930	0.1318	0.6516
	SS-A-R	-0.0465	0.0159	-2.9332	0.0034	0.9545	0.9253	0.9847
X + Sub- escalas SS-A-R	(Intercept)	2.3023	0.7970	2.8886	0.0039	.	.	.
	X: No	-1.1023	0.3893	-2.8316	0.0046	0.3321	0.1548	0.7123
	SS-A-R Apoyo amigos	-0.0952	0.0448	-2.1269	0.0334	0.9092	0.8328	0.9926
X + Sub- escalas WOC- RR	(Intercept)	0.0409	1.0501	0.0389	0.9690	.	.	.
	X: No	-1.0128	0.4237	-2.3905	0.0168	0.3632	0.1583	0.8332
	WOC-RR	-0.2223	0.1040	-2.1375	0.0326	0.8007	0.6530	0.9817
	WOC-RR Control	0.2532	0.0898	2.8201	0.0048	1.2881	1.0803	1.5359
	WOC-RR Escape	0.2445	0.0735	3.3284	0.0009	1.2770	1.1058	1.4748

94. ¿SU CÍRCULO SOCIAL RESPETA LAS LIMITACIONES QUE SUPONE VIVIR CON LA ENFERMEDAD QUE PADECE?.

“¿Su círculo social respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad que padece?” se asocia de manera significativa con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Como puede observarse en la tabla 122 las personas que han respondido "No", tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 122

Odds Ratio entre “¿Su círculo social respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad que padece?” y Depresión

Modelo	X = círculo social respeta las limitaciones	Estimación	Error estándar	Z-valor	P-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	-0.0715	0.1891	-0.3779	0.7055	.	.	.
	X: No	0.9259	0.3272	2.8300	0.0047	2.5241	1.3293	4.7928

Como se constata en la tabla 123 al incluir las variables de Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) “¿Su círculo social respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad que padece?” sigue asociándose significativamente con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han respondido "No", tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Tabla 123

Odds Ratio entre “¿Su círculo social respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad que padece?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión

Modelo	X = círculo social respeta las limitaciones	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	3.5293	0.8273	4.2660	<0.0001	.	.	.
	X: No	1.0390	0.3665	2.8349	0.0046	2.8263	1.3780	5.7965
EE	(Intercept)	-0.1709	0.0380	-4.5020	<0.0001	0.8429	0.7825	0.9080
	EE	0.0380	0.0380	-4.5020	<0.0001	0.8429	0.7825	0.9080
X + Sub-escalas	(Intercept)	3.6457	0.8630	4.2243	<0.0001	.	.	.
	X: No	1.0331	0.3668	2.8168	0.0049	2.8098	1.3693	5.7658
EE	EE.Objetivos	-0.2126	0.0901	-2.3600	0.0183	0.8085	0.6776	0.9646
	(Intercept)	-2.4125	0.6636	-3.6353	0.0003	.	.	.
X + LOC	X: No	0.9275	0.3864	2.4003	0.0164	2.5283	1.1855	5.3920
	LOC	0.1867	0.0511	3.6565	0.0003	1.2053	1.0905	1.3322
X + Sub-escalas	(Intercept)	-0.6035	1.0904	-0.5535	0.5799	.	.	.
	X: No	1.2269	0.3998	3.0691	0.0021	3.4107	1.5580	7.4665
WOC-RR	WOC-RR Control	0.2323	0.0898	2.5868	0.0097	1.2615	1.0579	1.5043
	WOC-RR Escape	0.2257	0.0747	3.0235	0.0025	1.2532	1.0826	1.4507

95. ¿CÓMO CALIFICARÍA SU RELACIÓN CON EL VECINDARIO?

Como se puede apreciar en la tabla 124 al incluir las variables de Locus de Control (LOC) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) “¿Cómo calificaría su relación con el vecindario?” se asocia significativamente con la probabilidad de tener Depresión en grado alto. Las personas que han respondido "Mala o Inexistente", tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto que las que han contestado "Excelente".

Se agrupan las 2 últimas categorías para ajustar los modelos de regresión logística.

Tabla 124

Odds Ratio entre “¿Cómo calificaría su relación con el vecindario?”, variables Locus de Control (LOC) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Depresión

Modelo	X = Relación vecinos	Estimación	Error estándar	Z-valor	P-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + LOC	(Intercept)	-2.8567	0.9830	-2.9061	0.0037	.	.	.
	LOC	0.1964	0.0514	3.8229	0.0001	1.2170	1.1004	1.3459
X + Sub-escalas WOC-RR	(Intercept)	-0.5764	1.3573	-0.4246	0.6711	.	.	.
	WOC-RR Distanciamiento	-0.2802	0.1105	-2.5357	0.0112	0.7556	0.6085	0.9384
	WOC-RR Control	0.2650	0.0952	2.7843	0.0054	1.3034	1.0816	1.5706
	WOC-RR Apoyo social	-0.2546	0.1235	-2.0607	0.0393	0.7752	0.6085	0.9876
	WOC-RR Escape	0.2192	0.0785	2.7912	0.0053	1.2450	1.0674	1.4522

2.2. Modelo predictivo (Odds Ratio) entre Datos (variables, circunstancias) Sociodemográficos y Clínicos, Variables moduladoras y Desesperanza.

9. ¿QUÉ ESPECIALISTA LE REALIZÓ EL DIAGNÓSTICO?

“¿Qué especialista le realizó el diagnóstico?” está asociado con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Como se observa en la tabla 125 los casos diagnosticados por un internista tienen menos probabilidad que el resto.

Tabla 125

Odds Ratio entre “¿Qué especialista le realizó el diagnóstico?” y Desesperanza

Modelo	X = Especialista diagnóstico Internista vs Resto	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	1.2777	0.2743	4.6586	<0.0001	.	.	.
	X: Internista	-0.9822	0.3602	-2.7270	0.0064	0.3745	0.1849	0.7586

Sigue siendo significativa esta asociación al incluir las variables de Esperanza (EE-global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP-global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas). Como puede apreciarse en la tabla 126 entre personas con las mismas puntuaciones en estas variables, las personas diagnosticadas por un internista tienen menos probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 126

Odds Ratio entre "¿Qué especialista le realizó el diagnóstico?", las variables Esperanza (EE-global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP-global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Desesperanza

Modelo	X = Especialista diagnóstico Internista vs Resto	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
	(Intercept)	6.4051	1.1875	5.3937	<0.0001	.	.	.
X + EE	X: Internista	-1.1419	0.4182	-2.7307	0.0063	0.3192	0.1406	0.7245
	EE	-0.2318	0.0493	-4.7068	<0.0001	0.7931	0.7201	0.8735
X + Sub- escalas EE	(Intercept)	6.3997	1.2184	5.2526	<0.0001	.	.	.
	X: Internista	-1.1421	0.4183	-2.7305	0.0063	0.3192	0.1406	0.7245
	EE.Objetivos	-0.2299	0.1123	-2.0470	0.0407	0.7946	0.6377	0.9903
	EE.Agencia	-0.2335	0.0969	-2.4087	0.0160	0.7918	0.6548	0.9574
X + EBP	(Intercept)	8.2368	1.4899	5.5284	<0.0001	.	.	.
	X: Internista	-0.8622	0.4204	-2.0511	0.0403	0.4222	0.1852	0.9624
	EBP	-0.0447	0.0090	-4.9924	<0.0001	0.9563	0.9396	0.9732
X + Sub- escalas EBP	(Intercept)	7.6902	1.9949	3.8549	0.0001	.	.	.
	X: Internista	-1.1300	0.4656	-2.4270	0.0152	0.3230	0.1297	0.8046
	EBP Dominio entorno	-0.1451	0.0638	-2.2741	0.0230	0.8649	0.7632	0.9802
X + LOC	(Intercept)	-0.1304	0.0530	-2.4600	0.0139	0.8778	0.7912	0.9738
	(Intercept)	-0.6755	0.7556	-0.8940	0.3713	.	.	.
	X: Internista	-1.0271	0.4296	-2.3907	0.0168	0.3580	0.1543	0.8311
X + SS- A-R	LOC	0.1724	0.0591	2.9169	0.0035	1.1881	1.0582	1.3340
	(Intercept)	5.2089	1.1840	4.3994	<0.0001	.	.	.
	X: Internista	-1.0398	0.3977	-2.6145	0.0089	0.3535	0.1621	0.7708
X + Sub- escalas SS-A-R	SS-A-R	-0.0758	0.0211	-3.5999	0.0003	0.9270	0.8895	0.9660
	(Intercept)	4.3396	1.0507	4.1303	<0.0001	.	.	.
	X: Internista	-0.9903	0.3867	-2.5606	0.0104	0.3715	0.1741	0.7927
X + Sub- escalas WOC- RR	SS-A-R Apoyo familiar	-0.0924	0.0397	-2.3301	0.0198	0.9117	0.8435	0.9854
	(Intercept)	4.3173	1.3471	3.2050	0.0014	.	.	.
	X: Internista	-0.8534	0.4031	-2.1171	0.0342	0.4260	0.1933	0.9386
WOC- RR	WOC-RR Escape	0.0883	0.0799	1.1056	0.2689	1.0923	0.9340	1.2774
	WOC-RR Evaluación positiva	-0.2540	0.1139	-2.2292	0.0258	0.7757	0.6204	0.9698

15. ¿QUÉ OTRAS PATOLOGÍAS LE HAN DIAGNOSTICADO ADEMÁS DE LA EM/SFC?

Como se constata en la tabla 127 cuando se incluye la variable Apoyo Social (SS-A-R subescalas), “¿Qué otras patologías le han diagnosticado además de la EM/SFC?” tiene un efecto significativo sobre la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Los casos diagnosticados con solo FM tienen menos probabilidad que los no diagnosticados diferencialmente de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 127

Odds Ratio entre “¿Qué otras patologías le han diagnosticado además de la EM/SFC?”, variable Apoyo Social (SS-A-R subescalas) y Desesperanza

Modelo	X = Diagnóstico diferencial	Estimación	Error estándar	Z-valor	P-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + Sub-escalas SS-A-R	(Intercept)	4.2242	1.0624	3.9760	0.0001	.	.	.
	X: FM + Otras	-1.0704	0.5388	-1.9866	0.0470	0.3429	0.1193	0.9858
	SS-A-R Apoyo familiar	-0.1023	0.0368	-2.7765	0.0055	0.9028	0.8399	0.9704

27. ¿TIENE SENSIBILIDAD O INTOLERANCIA A ALGUNOS AGENTES QUÍMICOS?

Como se observa en la tabla 128 cuando se incluye las variables de Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global) Locus de Control (LOC) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas), el efecto de “¿Tiene sensibilidad o intolerancia a algunos agentes químicos?”, se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que no tienen sensibilidad a químicos presentan menor probabilidad a sufrir Desesperanza en grado alto que los que sí tienen sensibilidad a agentes químicos.

Tabla 128

Odds Ratio entre “¿Tiene sensibilidad o intolerancia a algunos agentes químicos?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global) Locus de Control (LOC) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Desesperanza

Modelo	X = Sensibilidad químicos	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	6.2548	1.0834	5.7732	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.0143	0.4322	-2.3467	0.0189	0.3627	0.1555	0.8461
	EE	-0.2456	0.0463	-5.3042	<0.0001	0.7823	0.7144	0.8566
X + Sub-escalas EE	(Intercept)	6.2378	1.1204	5.5673	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.0112	0.4354	-2.3224	0.0202	0.3638	0.1550	0.8540
	EE.Objetivos	-0.2401	0.1045	-2.2965	0.0216	0.7866	0.6409	0.9654
	EE.Agencia	-0.2500	0.0881	-2.8370	0.0046	0.7788	0.6553	0.9256
X + EBP	(Intercept)	8.5189	1.4588	5.8396	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.0234	0.4474	-2.2874	0.0222	0.3594	0.1495	0.8637

	EBP	-0.0483	0.0088	-5.5213	<0.0001	0.9528	0.9366	0.9693
	(Intercept)	-1.2429	0.6281	-1.9790	0.0478	.	.	.
X + LOC	X: No	-0.8655	0.4391	-1.9713	0.0487	0.4208	0.1780	0.9951
	LOC	0.1763	0.0524	3.3674	0.0008	1.1928	1.0765	1.3217
	(Intercept)	2.8490	1.2052	2.3639	0.0181	.	.	.
X + Sub-escalas	X: No	-0.9233	0.4223	-2.1864	0.0288	0.3972	0.1736	0.9088
	WOC-RR Escape	0.1642	0.0752	2.1819	0.0291	1.1784	1.0168	1.3657
	WOC-RR Evaluación positiva	-0.2197	0.1084	-2.0266	0.0427	0.8028	0.6491	0.9928

30. ¿UTILIZA MASCARILLA PARA EL CONTACTO CON EL EXTERIOR?

Como puede apreciarse en la tabla 129 cuando se incluyen las variables de Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) “¿Utiliza mascarilla para el contacto con el exterior?” se asocia significativamente con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que no utilizan mascarilla tienen menos probabilidad que las que si la utilizan de sufrir Desesperanza en grado alto.

Tabla 129

Odds Ratio entre “¿Utiliza mascarilla para el contacto con el exterior?”, Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Desesperanza.

Modelo	X = Utiliza mascarilla	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
	(Intercept)	9.2950	1.6122	5.7655	<0.0001	.	.	.
X + EBP	X: No	-1.0518	0.5351	-1.9654	0.0494	0.3493	0.1224	0.9971
	EBP	-0.0494	0.0088	-5.6397	<0.0001	0.9518	0.9356	0.9683
	(Intercept)	9.3143	2.2194	4.1968	<0.0001	.	.	.
X + Sub-escalas	X: No	-1.2499	0.6068	-2.0598	0.0394	0.2865	0.0872	0.9412
	EBP Dominio entorno	-0.1305	0.0586	-2.2285	0.0258	0.8776	0.7825	0.9844
	EBP Propósito vida	-0.1462	0.0484	-3.0188	0.0025	0.8640	0.7857	0.9500
	(Intercept)	3.3171	1.2472	2.6596	0.0078	.	.	.
X + Sub-escalas	X: No	-1.0684	0.5238	-2.0396	0.0414	0.3435	0.1231	0.9591
	WOC-RR Escape	0.1920	0.0757	2.5368	0.0112	1.2117	1.0446	1.4054
	WOC-RR Evaluación positiva	-0.2553	0.1080	-2.3636	0.0181	0.7747	0.6269	0.9573

31. ¿UTILIZA ALGÚN TIPO DE SOPORTE PARA LA FATIGA O EL DOLOR?

Como se constata en la tabla 130 “¿Utiliza algún tipo de soporte para la fatiga o el dolor?” se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener un grado de Desesperanza alto. Las personas que utilizan este soporte "A veces" tienen una mayor probabilidad de tener un grado de Desesperanza alto.

Tabla 130

Odds Ratio entre "¿Utiliza algún tipo de soporte para la fatiga o el dolor?" y Desesperanza

Modelo	X = Utiliza soporte para fatiga/dolor	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	0.4383	0.2028	2.1610	0.0307	.	.	.
	X: A veces	0.9227	0.4084	2.2595	0.0239	2.5161	1.1301	5.6020

Como se muestra en la tabla 131 cuando se incluyen las variables de Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas), "¿Utiliza algún tipo de soporte para la fatiga o el dolor?", sigue asociándose significativamente con la probabilidad de tener un grado alto de Desesperanza. Las personas que utilizan este soporte "A veces" tienen mayor probabilidad de tener un grado de Desesperanza alto.

Tabla 131

Odds Ratio entre "¿Utiliza algún tipo de soporte para la fatiga o el dolor?", variables Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Desesperanza.

Modelo	X = Utiliza soporte para fatiga/dolor	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + SS-A-R	-	-	-	-	-	-	-	-
	X: A veces	0.9578	0.4365	2.1943	0.0282	2.6060	1.1077	6.1307
X + Sub-escalas SS-A-R	-	-	-	-	-	-	-	-
	X: A veces	0.8762	0.4329	2.0239	0.0430	2.4017	1.0281	5.6108
X + Sub-escalas SS-A-R	-	-	-	-	-	-	-	-
	SS-A-R Apoyo familiar	-0.1004	0.0378	-2.6600	0.0078	0.9045	0.8399	0.9739
X + Sub-escalas WOC-RR	-	-	-	-	-	-	-	-
	X: A veces	1.0233	0.4635	2.2078	0.0273	2.7823	1.1217	6.9011
WOC-RR	-	-	-	-	-	-	-	-
	WOC-RR Escape	0.1866	0.0770	2.4247	0.0153	1.2051	1.0364	1.4013
WOC-RR	-	-	-	-	-	-	-	-
	WOC-RR Evaluación positiva	-0.2282	0.1124	-2.0306	0.0423	0.7959	0.6386	0.9921

46. ¿SU SITUACIÓN LABORAL ES LA DE JUBILACIÓN/OTRAS AYUDAS SOCIALES?

Como se constata en la tabla 132 "¿Su situación laboral es la de jubilación/otras ayudas sociales?" se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener un grado alto de Desesperanza. Las personas que han contestado "Si" tienen mas probabilidad de tener un grado alto de Desesperanza que los que han respondido "No".

Tabla 132

Odds Ratio entre "¿Su situación laboral es la de jubilación/otras ayudas sociales?" y Desesperanza

Modelo	X = Jubilación	Estimación	Error estándar	Z-valor	P-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	1.7918	0.5401	3.3177	0.0009	.	.	.
	X: No	-1.2188	0.5667	-2.1505	0.0315	0.2956	0.0973	0.8976

Cuando se incluyen las variables de Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) como puede apreciarse en la tabla 133, “¿Su situación laboral es la de jubilación/otras ayudas sociales?” sigue asociándose de forma significativa con la probabilidad de tener un grado alto de Desesperanza. Las personas que han contestado "Si" tienen más probabilidad de tener un grado alto de Desesperanza que los que han respondido que "No".

Tabla 133

Odds Ratio entre “¿Su situación laboral es la de jubilación/otras ayudas sociales?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Desesperanza

Modelo	X = Jubilación	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	8.4120	1.4221	5.9152	<0.0001	.	.	.
	X: No	-2.2332	0.7199	-3.1023	0.0019	0.1072	0.0261	0.4394
	EE	-0.2648	0.0486	-5.4497	<0.0001	0.7674	0.6977	0.8441
X + Sub-escalas EE	(Intercept)	8.4844	1.4726	5.7616	<0.0001	.	.	.
	X: No	-2.2477	0.7245	-3.1023	0.0019	0.1056	0.0255	0.4371
	EE.Objetivos	-0.2842	0.1077	-2.6381	0.0083	0.7526	0.6094	0.9296
	EE.Agencia	-0.2494	0.0895	-2.7855	0.0053	0.7792	0.6538	0.9287
X + EBP	(Intercept)	9.1411	1.5053	6.0726	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.4887	0.6786	-2.1938	0.0282	0.2257	0.0597	0.8532
	EBP	-0.0454	0.0084	-5.4331	<0.0001	0.9556	0.9401	0.9714
X + Sub-escalas EBP	(Intercept)	9.1163	2.0675	4.4093	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.9426	0.7474	-2.5992	0.0093	0.1433	0.0331	0.6202
	EBP Dominio entorno	-0.1417	0.0606	-2.3374	0.0194	0.8679	0.7707	0.9774
X + LOC	(Intercept)	-0.1417	0.0485	-2.9197	0.0035	0.8679	0.7891	0.9545
	EBP Propósito vida	-0.1417	0.0485	-2.9197	0.0035	0.8679	0.7891	0.9545
	LOC	-0.2627	0.8633	-0.3043	0.7609	.	.	.
X + SS-A-R	(Intercept)	0.1628	0.0511	3.1832	0.0015	1.1768	1.0646	1.3009
	X: No	5.0532	1.0950	4.6147	<0.0001	.	.	.
	SS-A-R	-1.4594	0.6469	-2.2561	0.0241	0.2324	0.0654	0.8257
X + Sub-escalas SS-A-R	(Intercept)	-0.0594	0.0176	-3.3687	0.0008	0.9423	0.9103	0.9755
	X: No	4.3596	1.0165	4.2891	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.3143	0.6570	-2.0005	0.0454	0.2687	0.0741	0.9737
X + Sub-escalas WOC-RR	(Intercept)	3.9486	1.3726	2.8767	0.0040	.	.	.
	X: No	-1.5214	0.7026	-2.1656	0.0303	0.2184	0.0551	0.8655
	WOC-RR Escape	0.1767	0.0788	2.2436	0.0249	1.1933	1.0226	1.3925
	WOC-RR Evaluación positiva	-0.2805	0.1141	-2.4587	0.0139	0.7554	0.6041	0.9447
X + Sub-escalas SF-36	(Intercept)	5.7912	1.0614	5.4564	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.7249	0.7035	-2.4519	0.0142	0.1782	0.0449	0.7075
	SF-36 Salud mental	-0.0430	0.0148	-2.9006	0.0037	0.9579	0.9304	0.9861

50. ¿SE LE HA RECONOCIDO ALGUNA MINUSVALÍA?

Como se muestra en la tabla 134 "¿Se le ha reconocido alguna minusvalía?" se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener un grado alto de Desesperanza. Las personas que han contestado "Si" tienen más probabilidad de tener un grado alto de Desesperanza que los que han respondido "No".

Tabla 134

Odds Ratio entre "¿Se le ha reconocido alguna minusvalía?" y Desesperanza

Modelo	X = Reconocido minusvalía	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	1.0460	0.2280	4.5880	<0.0001	.	.	.
	X: No	-0.7205	0.3438	-2.0957	0.0361	0.4865	0.2480	0.9544

52. ¿CONSIDERA JUSTO EL PORCENTAJE DE MINUSVALÍA RECONOCIDO?

Como se observa en la tabla 135 cuando se incluye la variable Locus de Control (LOC), el ítem "Considera justo el porcentaje de minusvalía reconocido" se asocia significativamente con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han respondido que "No" tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 135

Odds Ratio entre "Considera justo el porcentaje de minusvalía reconocido", variable Locus de Control (LOC) y Desesperanza

Modelo	X = % minusvalía justo	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + LOC	(Intercept)	-2.2651	1.0772	-2.1027	0.0355	.	.	.
	X: No	1.4567	0.6908	2.1086	0.0350	4.2918	1.1081	16.6222
	LOC	0.1624	0.0715	2.2725	0.0231	1.1763	1.0226	1.3532

54. ¿QUÉ GRADO DE DEPENDENCIA SE LE HA RECONOCIDO?

Como puede comprobarse en la tabla 136 cuando se considera la variable Apoyo Social (SS-A-R global), el "¿Qué grado de dependencia se le ha reconocido?" se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener un grado alto de Desesperanza. Las personas con un grado de dependencia "severo" tienen menos probabilidad de tener un grado alto de Desesperanza que las que tienen dependencia "moderada".

Tabla 136

Odds Ratio entre "¿Qué grado de dependencia se le ha reconocido?", variable Apoyo Social (SS-A-R global) y Desesperanza

Modelo	X = Grado de dependencia	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
	(Intercept)	5.3160	3.7430	1.4202	0.1555	.	.	.
X + SS-A-R	X: Severa / Gran depende.	-3.2083	1.5501	-2.0698	0.0385	0.0404	0.0019	0.8435
	SS-A-R	-0.0669	0.0642	-1.0423	0.2973	0.9353	0.8246	1.0607

60. ¿CONSIDERA QUE SE ENCUENTRA ACTUALMENTE EN UNA SITUACIÓN JUSTA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL RECONOCIMIENTO DE SUS DERECHOS SOCIALES Y LABORALES?

Como se muestra en la tabla 137 "¿Considera que se encuentra actualmente en una situación justa desde el punto de vista del reconocimiento de sus derechos sociales y laborales?" se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han respondido "No", tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 137

Odds Ratio entre "¿Considera que se encuentra actualmente en una situación justa desde el punto de vista del reconocimiento de sus derechos sociales y laborales?" y Desesperanza

Modelo	X = Derechos socio-laborales justos	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
	(Intercept)	-0.2624	0.4206	-0.6238	0.5328	.	.	.
Sólo X	X: No	1.1686	0.4605	2.5379	0.0112	3.2175	1.3049	7.9335

Como se constata en la tabla 138 cuando se incluyen las variables de Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) este ítem "¿Considera que se encuentra actualmente en una situación justa desde el punto de vista del reconocimiento de sus derechos sociales y laborales?" sigue asociándose de forma significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han respondido "No", tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 138

Odds Ratio entre "¿Considera que se encuentra actualmente en una situación justa desde el punto de vista del reconocimiento de sus derechos sociales y laborales?", variables Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Desesperanza

Modelo	X = Derechos socio-laborales justos	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
	(Intercept)	4.9916	1.1626	4.2936	<0.0001	.	.	.
X + EE	X: No	1.1236	0.5276	2.1295	0.0332	3.0759	1.0936	8.6517
	EE	-0.2397	0.0479	-5.0007	<0.0001	0.7869	0.7164	0.8644
X + Sub-escalas	(Intercept)	4.9055	1.1946	4.1063	<0.0001	.	.	.
	X: No	1.1294	0.5299	2.1315	0.0330	3.0939	1.0952	8.7405
	EE.Objetivos	-0.2116	0.1061	-1.9946	0.0461	0.8093	0.6573	0.9963
	EE.Agencia	-0.2623	0.0910	-2.8813	0.0040	0.7693	0.6436	0.9196
X + LOC	(Intercept)	-2.0943	0.7595	-2.7574	0.0058	.	.	.
	X: No	1.3713	0.5324	2.5758	0.0100	3.9404	1.3880	11.1868
	LOC	0.1353	0.0524	2.5800	0.0099	1.1449	1.0331	1.2688
X + SS-A-R	(Intercept)	3.0473	1.1289	2.6994	0.0069	.	.	.
	X: No	1.6500	0.5630	2.9310	0.0034	5.2071	1.7275	15.6957
	SS-A-R	-0.0730	0.0199	-3.6783	0.0002	0.9296	0.8941	0.9665
X + Sub-escalas	(Intercept)	2.6061	1.0212	2.5520	0.0107	.	.	.
	X: No	1.2064	0.5313	2.2704	0.0232	3.3414	1.1794	9.4670
	SS-A-R Apoyo familiar	-0.1060	0.0391	-2.7091	0.0067	0.8995	0.8331	0.9711
X + Sub-escalas	(Intercept)	1.6601	1.2462	1.3321	0.1828	.	.	.
	X: No	1.2674	0.5214	2.4306	0.0151	3.5515	1.2781	9.8689
	WOC-RR Apoyo social	-0.2841	0.1320	-2.1516	0.0314	0.7527	0.5811	0.9750
WOC-RR	WOC-RR Evaluación positiva	-0.2813	0.1220	-2.3056	0.0211	0.7548	0.5942	0.9587

61. ¿LA ENFERMEDAD LE HA SUPUESTO PÉRDIDAS O ALEJAMIENTOS DE FAMILIARES?

Como se muestra en la tabla 139 "¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de familiares?" se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener en grado alto Desesperanza. Las personas que han respondido "Sí", tienen mayor probabilidad de tener en grado alto Desesperanza.

Tabla 139

Odds Ratio entre "¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de familiares?" y Desesperanza

Modelo	X = Pérdidas familiares	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	1.0986	0.2144	5.1236	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.0002	0.3342	-2.9925	0.0028	0.3678	0.1910	0.7082

Como se comprueba en la tabla 140 al incluir las variables de Esperanza (EE global y subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global) y Afrontamiento (WOC-R subescalas), “¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de familiares?” sigue asociándose de forma significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han respondido "Sí", tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 140

Odds Ratio entre “¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de familiares?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global) y Afrontamiento (WOC-R subescalas) y Desesperanza

Modelo	X = Pérdidas familiares	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
	(Intercept)	6.3069	1.0711	5.8881	<0.0001	.	.	.
X + EE	X: No	-0.9940	0.3868	-2.5697	0.0102	0.3701	0.1734	0.7899
	EE	-0.2398	0.0459	-5.2259	<0.0001	0.7868	0.7192	0.8608
X + Sub-escalas	(Intercept)	6.3191	1.1000	5.7447	<0.0001	.	.	.
	X: No	-0.9951	0.3874	-2.5684	0.0102	0.3697	0.1730	0.7900
EE	EE.Objetivos	-0.2442	0.1011	-2.4155	0.0157	0.7833	0.6425	0.9550
	EE.Agencia	-0.2361	0.0871	-2.7094	0.0067	0.7897	0.6657	0.9368
X + SS-A-R	(Intercept)	3.6317	0.9654	3.7619	0.0002	.	.	.
	X: No	-0.7301	0.3636	-2.0076	0.0447	0.4819	0.2363	0.9828
X + Sub-escalas	SS-A-R	-0.0518	0.0181	-2.8577	0.0043	0.9495	0.9164	0.9839
	X: No	-1.3323	0.3934	-3.3866	0.0007	0.2639	0.1220	0.5705
WOC-RR	WOC-RR Escape	0.2022	0.0790	2.5593	0.0105	1.2241	1.0485	1.4291
	WOC-RR Evaluación positiva	-0.2587	0.1119	-2.3120	0.0208	0.7720	0.6200	0.9614

62. ¿LA ENFERMEDAD LE HA SUPUESTO PÉRDIDAS O ALEJAMIENTOS DE AMISTADES?

Como se aprecia en la tabla 141 “¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de amistades?” se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han respondido "Sí", tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 141

Odds Ratio entre “¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de amistades?” y Desesperanza

Modelo	X = Pérdidas amistadas	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	0.9352	0.1821	5.1358	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.4658	0.4382	-3.3454	0.0008	0.2309	0.0978	0.5450

Se puede comprobar en la tabla 142 que al incluir las variables de Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-R subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas), “¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de amistades?” sigue asociándose de forma significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han respondido "Sí", tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 142

Odds Ratio entre “¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de amistades?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-R subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Desesperanza

Modelo	X = Pérdidas amistadas	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
	(Intercept)	5.8929	1.0358	5.6891	<0.0001	.	.	.
X + EE	X: No	-1.5431	0.5234	-2.9482	0.0032	0.2137	0.0766	0.5962
	EE	-0.2286	0.0453	-5.0440	<0.0001	0.7957	0.7280	0.8696
X + Sub-escalas	(Intercept)	5.9291	1.0716	5.5329	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.5513	0.5269	-2.9441	0.0032	0.2120	0.0755	0.5954
	EE.Objetivos	-0.2413	0.1027	-2.3497	0.0188	0.7856	0.6424	0.9608
EE	EE.Agencia	-0.2183	0.0873	-2.5005	0.0124	0.8039	0.6775	0.9539
	(Intercept)	-1.0842	0.6211	-1.7457	0.0809	.	.	.
X + LOC	X: No	-1.1586	0.5084	-2.2790	0.0227	0.3139	0.1159	0.8503
	LOC	0.1623	0.0515	3.1485	0.0016	1.1762	1.0632	1.3012
X + SS-A-R	(Intercept)	3.6026	0.9624	3.7435	0.0002	.	.	.
	X: No	-1.2642	0.4892	-2.5841	0.0098	0.2825	0.1083	0.7369
Sub-escalas	SS-A-R	-0.0529	0.0179	-2.9509	0.0032	0.9484	0.9157	0.9824
	X: No	-1.1506	0.4719	-2.4383	0.0148	0.3164	0.1255	0.7979
SS-A-R	SS-A-R Apoyo familiar	-0.0937	0.0364	-2.5763	0.0100	0.9105	0.8479	0.9778
X + Sub-escalas	(Intercept)	2.2443	1.1387	1.9709	0.0487	.	.	.
	X: No	-1.2023	0.4699	-2.5588	0.0105	0.3005	0.1196	0.7547
WOC-RR	WOC-RR Escape	0.1626	0.0757	2.1468	0.0318	1.1765	1.0143	1.3648
	WOC-RR Evaluación positiva	-0.2292	0.1083	-2.1159	0.0344	0.7952	0.6431	0.9833
X + Sub-escalas	(Intercept)	4.0181	0.6943	5.7875	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.3171	0.5665	-2.3251	0.0201	0.2679	0.0883	0.8131
SF-36	SF-36 Salud mental	-0.0374	0.0141	-2.6500	0.0080	0.9632	0.9369	0.9903

63. ¿LA ENFERMEDAD LE HA SUPUESTO PÉRDIDA O REDUCCIÓN DE TRABAJO?

Como se comprueba en la tabla 143 “¿La enfermedad le ha supuesto pérdida o reducción de trabajo?” se asocia de forma significativa con la probabilidad de

tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han respondido "Sí", tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 143

Odds Ratio entre "¿La enfermedad le ha supuesto pérdida o reducción de trabajo?" y Desesperanza

Modelo	X = Pérdidas trabajo	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	0.7995	0.1720	4.6485	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.2050	0.5544	-2.1735	0.0297	0.2997	0.1011	0.8884

Como puede apreciarse en la tabla 144 al incluir las variables de Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Locus de Control (LOC) y Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), "¿La enfermedad le ha supuesto pérdida o reducción de trabajo?" sigue asociándose de forma significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han respondido "Sí", tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 144

Odds Ratio entre "¿La enfermedad le ha supuesto pérdida o reducción de trabajo?", variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Locus de Control (LOC) y Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Desesperanza

Modelo	X = Pérdidas trabajo	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	6.2124	1.0886	5.7070	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.3734	0.5899	-2.3281	0.0199	0.2532	0.0797	0.8048
X + Sub-escalas	EE	-0.2475	0.0472	-5.2459	<0.0001	0.7807	0.7118	0.8564
	(Intercept)	6.1680	1.1169	5.5222	<0.0001	.	.	.
X + EBP	X: No	-1.3710	0.5901	-2.3233	0.0202	0.2539	0.0799	0.8070
	EE.Objetivos	-0.2320	0.1033	-2.2452	0.0248	0.7929	0.6476	0.9710
X + Sub-escalas	EE.Agencia	-0.2599	0.0879	-2.9558	0.0031	0.7711	0.6490	0.9161
	(Intercept)	7.9957	1.3629	5.8667	<0.0001	.	.	.
X + EBP	X: No	-1.2743	0.6273	-2.0314	0.0422	0.2796	0.0818	0.9562
	EBP	-0.0459	0.0083	-5.5041	0.0000	0.9552	0.9397	0.9709
X + Sub-escalas	(Intercept)	7.2318	1.8592	3.8896	0.0001	.	.	.
	X: No	-1.3164	0.6522	-2.0185	0.0435	0.2681	0.0747	0.9626
X + LOC	EBP Dominio entorno	-0.1341	0.0603	-2.2225	0.0263	0.8745	0.7770	0.9843
	EBP Propósito vida	-0.1545	0.0489	-3.1583	0.0016	0.8569	0.7786	0.9431
X + SS-A-R	X: No	-1.8436	0.7371	-2.5013	0.0124	0.1582	0.0373	0.6710
	LOC	0.1628	0.0518	3.1422	0.0017	1.1768	1.0632	1.3026
X + Sub-escalas	(Intercept)	4.0847	0.9674	4.2225	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.2579	0.5839	-2.1543	0.0312	0.2843	0.0905	0.8927
X + SS-A-R	SS-A-R	-0.0635	0.0177	-3.5958	0.0003	0.9385	0.9066	0.9715
	(Intercept)	3.5385	0.8925	3.9647	0.0001	.	.	.
X + Sub-escalas	X: No	-1.2593	0.5873	-2.1441	0.0320	0.2839	0.0898	0.8975
	SS-A-R Apoyo familiar	-0.1033	0.0372	-2.7756	0.0055	0.9019	0.8384	0.9701

64. ¿LA ENFERMEDAD LE HA SUPUESTO PÉRDIDAS O REDUCCIÓN DE INGRESOS?

Como muestra la tabla 145, cuando se incluye la variable Locus de Control (LOC), “¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o reducción de ingresos?” se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han respondido "Si" tienen mayor probabilidad de tener un grado alto de Desesperanza.

Tabla 145

Odds Ratio entre “¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o reducción de ingresos?” variable Locus de Control (LOC) y Desesperanza

Modelo	X = Pérdidas ingresos	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
	(Intercept)	-1.1858	0.6236	-1.9015	0.0572	.	.	.
X + LOC	X: No	-1.0090	0.5131	-1.9663	0.0493	0.3646	0.1334	0.9967
	LOC	0.1681	0.0520	3.2320	0.0012	1.1830	1.0684	1.3100
	WOC-RR Evaluación positiva	-0.2574	0.1086	-2.3695	0.0178	0.7731	0.6248	0.9565

65. ¿MANTIENE ALGUNAS DE LAS ACTIVIDADES LÚDICAS QUE LE ERAN PLACENTERAS ANTERIORMENTE A LA ENFERMEDAD?

Como puede constatarse en la tabla 146 este ítem “¿Mantiene algunas de las actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad?” se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han respondido "No", tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 146

Odds Ratio entre “¿Mantiene algunas de las actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad?” y Desesperanza

Modelo	X = Mantiene actividad lúdica	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	0.1603	0.2006	0.7991	0.4242	.	.	.
	X: No	1.4656	0.3741	3.9173	0.0001	4.3302	2.0799	9.0154

Como se muestra en la tabla 147 al incluir todas las variables exploradas Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas), este ítem “¿Mantiene algunas de

las actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad?" sigue asociándose de forma significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han respondido "No", tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 147

Odds Ratio entre "¿Mantiene algunas de las actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad?", las variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas), y Desesperanza

Modelo	X = Mantiene actividad lúdica	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
	(Intercept)	4.9402	1.0874	4.5429	<0.0001	.	.	.
X + EE	X: No	1.0576	0.4103	2.5775	0.0100	2.8794	1.2884	6.4350
	EE	-0.2134	0.0468	-4.5624	<0.0001	0.8078	0.7370	0.8854
X +	(Intercept)	4.9243	1.1134	4.4227	<0.0001	.	.	.
Sub-escalas	X: No	1.0576	0.4103	2.5777	0.0099	2.8793	1.2885	6.4344
	EE.Objetivos	-0.2076	0.1008	-2.0593	0.0395	0.8125	0.6669	0.9900
	EE.Agencia	-0.2182	0.0870	-2.5097	0.0121	0.8039	0.6780	0.9533
X +	(Intercept)	6.9233	1.3909	4.9775	<0.0001	.	.	.
EBP	X: No	1.1084	0.4175	2.6549	0.0079	3.0296	1.3366	6.8671
	EBP	-0.0425	0.0086	-4.9571	<0.0001	0.9584	0.9425	0.9747
X +	(Intercept)	6.1396	1.8173	3.3784	0.0007	.	.	.
Sub-escalas	X: No	1.1386	0.4546	2.5048	0.0123	3.1224	1.2810	7.6109
	EBP Dominio entorno	-0.1248	0.0586	-2.1316	0.0330	0.8826	0.7869	0.9900
	EBP Propósito vida	-0.1398	0.0484	-2.8916	0.0038	0.8695	0.7909	0.9559
X +	(Intercept)	-1.3760	0.6294	-2.1863	0.0288	.	.	.
LOC	X: No	1.1264	0.4153	2.7122	0.0067	3.0844	1.3667	6.9611
	LOC	0.1359	0.0516	2.6354	0.0084	1.1456	1.0354	1.2675
X + SS-A-R	(Intercept)	2.7186	1.0056	2.7034	0.0069	.	.	.
	X: No	1.2396	0.4019	3.0846	0.0020	3.4542	1.5714	7.5930
	SS-A-R	-0.0482	0.0182	-2.6433	0.0082	0.9529	0.9195	0.9876
X +	(Intercept)	2.2299	0.9282	2.4023	0.0163	.	.	.
Sub-escalas	X: No	1.2079	0.3906	3.0929	0.0020	3.3465	1.5565	7.1950
	SS-A-R Apoyo familiar	-0.0774	0.0358	-2.1595	0.0308	0.9255	0.8628	0.9929
X +	(Intercept)	1.4893	1.1408	1.3055	0.1917	.	.	.
Sub-escalas	X: No	1.3811	0.4138	3.3377	0.0008	3.9791	1.7684	8.9535
escalas WOC-RR	WOC-RR Evaluación positiva	-0.2255	0.1070	-2.1066	0.0352	0.7981	0.6471	0.9844
X +	(Intercept)	3.8398	0.8239	4.6604	<0.0001	.	.	.
SOC-13	X: No	1.1243	0.4076	2.7582	0.0058	3.0782	1.3846	6.8434
	SOC-13	-0.0699	0.0151	-4.6371	<0.0001	0.9325	0.9053	0.9604
X +	(Intercept)	4.2259	0.8924	4.7356	<0.0001	.	.	.
Sub-escalas	X: No	0.9911	0.4193	2.3640	0.0181	2.6943	1.1846	6.1279
	SOC-13 Significatividad	-0.1561	0.0576	-2.7096	0.0067	0.8555	0.7641	0.9577
X +	(Intercept)	3.1619	0.7570	4.1770	<0.0001	.	.	.
Sub-escalas	X: No	1.1061	0.4462	2.4789	0.0132	3.0227	1.2606	7.2480
escalas SF-36	SF-36 Salud mental	-0.0345	0.0148	-2.3299	0.0198	0.9661	0.9384	0.9945

66. ¿QUÉ ACTIVIDADES LÚDICAS MANTIENE?

Este ítem se asocia de forma significativa con la probabilidad de desesperanza en grado alto. En esta muestra no hay individuos con actividades altas o muy altas.

Como puede observarse en la tabla 148 los individuos que no mantienen actividades lúdicas tienen más riesgo de asociarse con la probabilidad de tener un grado de desesperanza alto que los que sí tienen este tipo de actividad independientemente del grado de intensidad.

Tabla 148

Odds Ratio entre "¿Qué actividades lúdicas mantiene?" y Desesperanza

Modelo	X = Actividades lúdicas	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	1.6260	0.3158	5.1488	<0.0001	.	.	.
	X: Muy baja	-1.2693	0.5853	-2.1686	0.0301	0.2810	0.0892	0.8850
	X: Baja	-1.3005	0.4074	-3.1924	0.0014	0.2724	0.1226	0.6053
	X: Moderada	-2.0314	0.5550	-3.6600	0.0003	0.1311	0.0442	0.3892

Como se constata en la tabla 149 cuando se consideran las variables Esperanza (EE global), Locus de Control (LOC) y Sentido de Coherencia (SOC-13 global), el efecto de mantener estas actividades a un nivel muy bajo deja de asociarse de forma significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto, de forma que las diferencias en cuanto al riesgo de desesperanza están entre los grupos "No mantienen actividades o actividades en intensidad muy baja", respecto a los que tienen actividades lúdicas en intensidad baja o moderada.

Tabla 149

Odds Ratio entre "¿Qué actividades lúdicas mantiene?", variables Esperanza (EE global), Locus de Control (LOC) y Sentido de Coherencia (SOC-13 global) y Desesperanza

Modelo	X = Actividades lúdicas	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	6.0159	1.0815	5.5626	0.0000	.	.	.
	X: Baja	-0.9725	0.4487	-2.1676	0.0302	0.3781	0.1569	0.9110
	X: Moderada	-1.2445	0.6115	-2.0351	0.0418	0.2881	0.0869	0.9551
	EE	-0.2143	0.0472	-4.5393	<0.0001	0.8071	0.7358	0.8854
X +	(Intercept)	-0.3716	0.7357	-0.5051	0.6135	.	.	.
	X: Baja	-0.9379	0.4569	-2.0527	0.0401	0.3915	0.1599	0.9585
LOC	X: Moderada	-1.7515	0.6369	-2.7502	0.0060	0.1735	0.0498	0.6045
	LOC	0.1460	0.0538	2.7117	0.0067	1.1572	1.0413	1.2859
X +	(Intercept)	5.0038	0.8715	5.7414	<0.0001	.	.	.
	X: Baja	-0.9049	0.4457	-2.0300	0.0424	0.4046	0.1689	0.9693
	X: Moderada	-1.7503	0.6087	-2.8755	0.0040	0.1737	0.0527	0.5728
SOC-13	SOC-13	-0.0707	0.0153	-4.6052	<0.0001	0.9318	0.9041	0.9602

Como se puede apreciar en la tabla 150 con Bienestar Psicológico (EBP global), el efecto de mantener estas actividades a un nivel bajo se asocia, pasando a estar al borde de la significación, con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto, es decir que las diferencias están entre “No mantienen actividades o actividades en intensidad baja” y el resto. Con la variable Bienestar Psicológico (EBP subescalas), es el nivel moderado el que se asocia, pasando a estar al borde de la significación, con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto (diferencias entre “No mantienen actividades o actividades en intensidad moderada” y el resto). Con las variables de Sentido de Coherencia (SOC-13 subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) los efectos de los niveles muy bajo y bajo dejan de asociarse de forma significativa, quedándose al borde de la significación en el caso de Calidad de Vida, es decir que el riesgo de desesperanza es mayor entre individuos que no mantienen actividades lúdicas o lo hacen en una intensidad baja o muy baja, respecto de los individuos que tienen una actividad moderada.

Tabla 150

Odds Ratio entre “¿Qué actividades lúdicas mantiene?”, variables Bienestar Psicológico (EBP global) Sentido de Coherencia (SOC13 subescalas) Calidad de Vidas (SF-36 subescalas) y Desesperanza

Modelo	X = Actividades lúdicas	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EBP	(Intercept)	8.6449	1.5017	5.7567	<0.0001	.	.	.
	X: Muy baja	-1.6297	0.7019	-2.3219	0.0202	0.1960	0.0495	0.7757
	X: Moderada	-1.4455	0.6366	-2.2707	0.0232	0.2356	0.0677	0.8205
	EBP	-0.0463	0.0091	-5.0998	<0.0001	0.9548	0.9379	0.9719
X + Sub-escalas EBP	(Intercept)	7.7826	1.8988	4.0986	<0.0001	.	.	.
	X: Muy baja	-1.7290	0.7303	-2.3674	0.0179	0.1775	0.0424	0.7426
	X: Baja	-1.0364	0.5071	-2.0439	0.0410	0.3547	0.1313	0.9584
	EBP Dominio entorno	-0.1280	0.0611	-2.0938	0.0363	0.8799	0.7805	0.9919
X + Sub-escalas SOC-13	EBP Propósito vida	-0.1475	0.0508	-2.9016	0.0037	0.8629	0.7810	0.9533
	(Intercept)	5.2793	0.9180	5.7506	<0.0001	.	.	.
	X: Moderada	-1.6326	0.6204	-2.6316	0.0085	0.1954	0.0579	0.6592
	SOC-13 Significatividad	-0.1607	0.0607	-2.6469	0.0081	0.8515	0.7560	0.9591
X + Sub-escalas SF-36	(Intercept)	4.2142	0.7323	5.7548	<0.0001	.	.	.
	X: Moderada	-1.5001	0.7028	-2.1345	0.0328	0.2231	0.0563	0.8846
	SF-36 Salud mental	-0.0365	0.0150	-2.4283	0.0152	0.9642	0.9362	0.9930

67. ¿EL PERSONAL MÉDICO HA TRIVIALIZADO SU ENFERMEDAD?

Como se observa en la tabla 151 al incluir la variable Esperanza (EE global y subescalas), “¿El personal médico ha trivializado su enfermedad?” se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener un grado alto de Desesperanza.

Tabla 151

Odds Ratio entre "¿El personal médico ha trivializado su enfermedad?" variable Esperanza (EE global y subescalas) y Desesperanza

Modelo	X = Personal médico trivializado	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	6.4683	1.1011	5.8745	<0.0001	.	.	.
	X: No	-0.9823	0.4711	-2.0850	0.0371	0.3744	0.1487	0.9428
	EE	-0.2565	0.0474	-5.4112	<0.0001	0.7737	0.7051	0.8491
X + Sub-escalas EE	(Intercept)	6.4712	1.1374	5.6895	<0.0001	.	.	.
	X: No	-0.9831	0.4774	-2.0593	0.0395	0.3742	0.1468	0.9537
	EE.Objetivos	-0.2575	0.1043	-2.4684	0.0136	0.7730	0.6300	0.9483
	EE.Agencia	-0.2558	0.0879	-2.9112	0.0036	0.7743	0.6518	0.9198

69. ¿SE HA SENTIDO MENOSPRECIADO, RIDICULIZADO EN ALGUNA OCASIÓN CUANDO HA TENIDO QUE ACUDIR A ALGÚN CENTRO SANITARIO EN SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA?

Como se constata en la tabla 152 "¿Se ha sentido menospreciado, ridiculizado en alguna ocasión cuando ha tenido que acudir a algún centro sanitario en solicitud de atención médica?" se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han respondido "Si" tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 152

Odds Ratio entre "¿Se ha sentido menospreciado, ridiculizado en alguna ocasión cuando ha tenido que acudir a algún centro sanitario en solicitud de atención médica?" y Desesperanza

Modelo	X = Se ha sentido menospreciado en el centro de salud	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	1.0525	0.1909	5.5121	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.5321	0.4013	-3.8183	0.0001	0.2161	0.0984	0.4744

Como se muestra la tabla 153, al incluir las variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas), Calidad de Vida (SF-36 subescalas), como se puede comprobar en la tabla 153, "¿Se ha sentido menospreciado, ridiculizado en alguna ocasión cuando ha tenido que acudir a algún centro sanitario en solicitud de atención médica?" sigue asociándose de forma significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han respondido "Si" tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 153

Odds Ratio entre “¿Se ha sentido menospreciado, ridiculizado en alguna ocasión cuando ha tenido que acudir a algún centro sanitario en solicitud de atención médica?”, variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas), Calidad de Vida (SF-36 subescalas), y Desesperanza

Modelo	X = Se ha sentido menospreciado en el centro de salud	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	6.1471	1.0891	5.6442	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.7395	0.4820	-3.6085	0.0003	0.1756	0.0683	0.4517
	EE	-0.2336	0.0471	-4.9569	<0.0001	0.7917	0.7218	0.8683
X + Sub-escalas EE	(Intercept)	6.2214	1.1307	5.5021	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.7570	0.4867	-3.6100	0.0003	0.1726	0.0665	0.4480
	EE.Objetivos	-0.2589	0.1070	-2.4191	0.0156	0.7719	0.6259	0.9521
	EE.Agencia	-0.2131	0.0906	-2.3512	0.0187	0.8081	0.6766	0.9652
X + EBP	(Intercept)	7.8829	1.3686	5.7598	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.3185	0.4799	-2.7477	0.0060	0.2675	0.1045	0.6852
	EBP	-0.0441	0.0084	-5.2602	<0.0001	0.9568	0.9412	0.9727
X + LOC	X: No	-1.4546	0.4533	-3.2092	0.0013	0.2335	0.0960	0.5677
	LOC	0.1728	0.0538	3.2104	0.0013	1.1886	1.0696	1.3209
X + SS-A-R	(Intercept)	4.3107	1.0235	4.2116	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.4939	0.4446	-3.3603	0.0008	0.2245	0.0939	0.5366
	SS-A-R	-0.0635	0.0187	-3.3966	0.0007	0.9385	0.9048	0.9735
X + Sub-escalas SS-A-R	(Intercept)	3.7622	0.9365	4.0171	0.0001	.	.	.
	X: No	-1.4576	0.4425	-3.2938	0.0010	0.2328	0.0978	0.5542
	SS-A-R Apoyo familiar	-0.1047	0.0387	-2.7013	0.0069	0.9006	0.8348	0.9717
X + Sub-escalas WOC-RR	X: No	-1.9343	0.4733	-4.0872	<0.0001	0.1445	0.0572	0.3654
	WOC-RR Escape	0.2064	0.0803	2.5687	0.0102	1.2292	1.0501	1.4388
	WOC-RR Evaluación positiva	-0.2773	0.1130	-2.4536	0.0141	0.7579	0.6073	0.9457
X + SOC-13	(Intercept)	4.4109	0.7735	5.7027	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.2395	0.4511	-2.7479	0.0060	0.2895	0.1196	0.7009
	SOC-13	-0.0677	0.0144	-4.6906	<0.0001	0.9346	0.9085	0.9614
X + Sub-escalas SOC-13	(Intercept)	4.9104	0.8560	5.7362	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.2561	0.4577	-2.7443	0.0061	0.2848	0.1161	0.6984
	SOC-13 Significatividad	-0.1871	0.0574	-3.2598	0.0011	0.8294	0.7411	0.9281
X + Sub-escalas SF-36	(Intercept)	3.9448	0.6895	5.7214	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.1330	0.5067	-2.2359	0.0254	0.3221	0.1193	0.8695
	SF-36 Salud mental	-0.0381	0.0144	-2.6465	0.0081	0.9627	0.9359	0.9902

71. ¿CÓMO SUELE REACCIONAR EL PROFESIONAL DE LA SALUD CUANDO INTENTA INFORMARLE SOBRE LA EM/SFC?

Como se comprueba en la tabla 154, “¿Cómo suele reaccionar el profesional de la salud cuando intenta informarle sobre la EM/SFC?” se asocia de manera significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han respondido "No escucha" tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Para ajustar los modelos de regresión recategorizamos: “No intento”, “Escucha”; opciones 1 y 2 y “No escucha” el resto.

Tabla 154

OddRatio entre "¿Cómo suele reaccionar el profesional de la salud cuando intenta informarle sobre la EM/SFC?" y Desesperanza

Modelo	X = Reacción del profesional	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	0.2076	0.3734	0.5561	0.5782	.	.	.
	X: No escucha	1.2766	0.4600	2.7754	0.0055	3.5846	1.4551	8.8302

Como se muestra en la tabla 155 al incluir las variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) "¿Cómo suele reaccionar el profesional de la salud cuando intenta informarle sobre la EM/SFC?" se asocia, continuando teniendo un efecto significativo, con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han respondido "No escucha" tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 155

Odds Ratio entre "¿Cómo suele reaccionar el profesional de la salud cuando intenta informarle sobre la EM/SFC?", las variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Desesperanza

Modelo	X = Reacción del profesional	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	5.6571	1.1630	4.8641	<0.0001	.	.	.
	X: No escucha	1.6079	0.5752	2.7955	0.0052	4.9921	1.6170	15.4124
	EE	-0.2591	0.0496	-5.2188	<0.0001	0.7718	0.7002	0.8506
X + Sub-escalas	(Intercept)	5.7034	1.1924	4.7830	<0.0001	.	.	.
	X: No escucha	1.6231	0.5814	2.7918	0.0052	5.0690	1.6220	15.8419
	EE.Objetivos	-0.2774	0.1104	-2.5115	0.0120	0.7578	0.6103	0.9409
X + EBP	(Intercept)	7.4134	1.4577	5.0857	<0.0001	.	.	.
	X: No escucha	1.1714	0.5321	2.2017	0.0277	3.2266	1.1373	9.1545
	EBP	-0.0458	0.0087	-5.2692	<0.0001	0.9553	0.9391	0.9717
X + SS-A-R	(Intercept)	3.0955	1.0631	2.9119	0.0036	.	.	.
	X: No escucha	1.4662	0.5026	2.9172	0.0035	4.3329	1.6179	11.6038
	SS-A-R	-0.0587	0.0186	-3.1570	0.0016	0.9430	0.9092	0.9780
X + Sub-escalas SS-A-R	(Intercept)	2.6970	1.0038	2.6869	0.0072	.	.	.
	X: No escucha	1.2514	0.4881	2.5639	0.0104	3.4953	1.3428	9.0982
	SS-A-R Apoyo familiar	-0.0917	0.0371	-2.4697	0.0135	0.9123	0.8483	0.9812
X + Sub-escalas WOC-RR	(Intercept)	1.6929	1.2924	1.3098	0.1903	.	.	.
	X: No escucha	1.5664	0.5227	2.9965	0.0027	4.7893	1.7192	13.3420
	WOC-RR Escape	0.1635	0.0799	2.0461	0.0407	1.1777	1.0069	1.3774
X + SOC-13	(Intercept)	3.9703	0.8817	4.5030	<0.0001	.	.	.
	X: No escucha	1.2305	0.5086	2.4192	0.0156	3.4229	1.2631	9.2756
	SOC-13	-0.0732	0.0149	-4.9217	<0.0001	0.9294	0.9027	0.9569

X +	(Intercept)	4.4348	0.9570	4.6339	<0.0001	.	.	.
Sub-escalas SOC-13	X: No escucha	1.1863	0.5141	2.3077	0.0210	3.2749	1.1957	8.9696
	SOC-13 Significatividad	-0.1782	0.0585	-3.0475	0.0023	0.8368	0.7462	0.9384
X +	(Intercept)	3.6927	0.8783	4.2045	<0.0001	.	.	.
Sub-escalas SF-36	X: No escucha	1.1660	0.5898	1.9770	0.0480	3.2090	1.0101	10.1949
	SF-36 Salud mental	-0.0463	0.0149	-3.1179	0.0018	0.9547	0.9273	0.9829

72. ¿EN ALGUNA OCASIÓN SE HA SENTIDO MENOSPRECIADO EN SU ÁMBITO SOCIO-LABORAL POR PADECER LA ENFERMEDAD DE EM/SFC?

Como muestra la tabla 156 “¿En alguna ocasión se ha sentido menospreciado en su ámbito sociolaboral por padecer la EM/SFC?” se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han respondido "Sí" tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 156

Odds Ratio entre “¿En alguna ocasión se ha sentido menospreciado en su ámbito sociolaboral por padecer la EM/SFC?” y Desesperanza

Modelo	X = Menosprecio ámbito socio-laboral	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	0.9445	0.1992	4.7412	<0.0001	.	.	.
	X: No	-0.7979	0.3712	-2.1496	0.0316	0.4503	0.2175	0.9320

Puede comprobarse en la tabla 157 que al incluir la variable Afrontamiento (WOC-RR subescalas), “¿En alguna ocasión se ha sentido menospreciado en su ámbito sociolaboral por padecer la EM/SFC?” sigue asociándose de forma significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han respondido "Si" tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 157

Odds Ratio entre “¿En alguna ocasión se ha sentido menospreciado en su ámbito sociolaboral por padecer la EM/SFC?”, variable Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Desesperanza

Modelo	X = Menosprecio ámbito socio-laboral	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sub-escalas WOC-RR	(Intercept)	2.5844	1.1939	2.1648	0.0304	.	.	.
	X: No	-0.9229	0.4345	-2.1239	0.0337	0.3974	0.1695	0.9312
	WOC-RR Evaluación positiva	-0.3275	0.1137	-2.8809	0.0040	0.7207	0.5768	0.9006

73. "EN ALGUNA OCASIÓN LE HAN DERIVADO O ACONSEJADO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSIQUIÁTRICO POR PADECER EM/SFC?"

Como puede observarse en la tabla 158 "¿En alguna ocasión le han derivado o aconsejado tratamiento psicológico o psiquiátrico por padecer EM/SFC?" se asocia de manera significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han respondido "Sí" tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 158

"¿En alguna ocasión le han derivado o aconsejado tratamiento psicológico o psiquiátrico por padecer EM/SFC?" y Desesperanza

Modelo	X = Derivación tto psicológico	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	0.8329	0.1694	4.9169	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.5261	0.6354	-2.4018	0.0163	0.2174	0.0626	0.7552

Al incluir las variables de Bienestar Psicológico (EBP global), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas), como se constata en la tabla 159 "¿En alguna ocasión le han derivado o aconsejado tratamiento psicológico o psiquiátrico por padecer EM/SFC?" sigue asociándose de forma significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han respondido "Si" tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 159

Odds Ratio entre "¿En alguna ocasión le han derivado o aconsejado tratamiento psicológico o psiquiátrico por padecer EM/SFC?", variables Bienestar Psicológico (EBP global), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Desesperanza

Modelo	X = Derivación tto psicológico	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EBP	(Intercept)	8.1948	1.3882	5.9032	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.7705	0.8018	-2.2082	0.0272	0.1702	0.0354	0.8195
	EBP	-0.0469	0.0085	-5.5311	<0.0001	0.9541	0.9384	0.9701
X + LOC	(Intercept)	-1.1171	0.6348	-1.7598	0.0784	.	.	.
	X: No	-1.9586	0.8569	-2.2858	0.0223	0.1411	0.0263	0.7564
	LOC	0.1607	0.0524	3.0652	0.0022	1.1743	1.0596	1.3014
X + SS-A-R	(Intercept)	4.4695	1.0086	4.4313	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.9465	0.7551	-2.5778	0.0099	0.1428	0.0325	0.6272
	SS-A-R	-0.0700	0.0183	-3.8223	0.0001	0.9324	0.8995	0.9665
X + Sub-escalas	(Intercept)	3.8725	0.9270	4.1776	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.6945	0.7081	-2.3931	0.0167	0.1837	0.0459	0.7359
	SS-A-R	-0.1019	0.0378	-2.6938	0.0071	0.9031	0.8386	0.9726
X + Sub-escalas	(Intercept)	2.8144	1.1525	2.4419	0.0146	.	.	.
	X: No	-1.6224	0.6877	-2.3591	0.0183	0.1974	0.0513	0.7600
	WOC-RR	-0.2433	0.1220	-1.9948	0.0461	0.7840	0.6173	0.9958
WOC-RR	WOC-RR Apoyo social	-0.2433	0.1220	-1.9948	0.0461	0.7840	0.6173	0.9958
	WOC-RR Escape	0.1634	0.0755	2.1633	0.0305	1.1775	1.0155	1.3654

74. ¿LE EXPLICABAN CUÁL ERA EL MOTIVO POR EL QUE LE DERIVABAN A TRATAMIENTO PSICOLÓGICO/ PSIQUIÁTRICO?

En la tabla 160 de contingencias se reflejan las personas "Si" derivadas y las "No", que guarda relación con el planteamiento del ítem 73 "¿En alguna ocasión le han derivado o aconsejado tratamiento psicológico o psiquiátrico por padecer EM/SFC?", de esta forma se clarifican los datos obtenidos en este ítem "Le explicaban cuál era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?"

Tabla 160

Tabla de contingencias entre "Le explicaban cuál era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?" y Desesperanza.

Explicación motivo tto psicológico (74)	Desesperanza: Bajo				Desesperanza: Alto				Total	Ho: Independencia	
	n	%	IC 95 % para el %		n	%	IC 95 % para el %			Chi-cuadrado	p-valor
			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			
No deriva	7	63.64	35.21	92.06	4	36.36	7.94	64.79	11	.	0.0227
Sí	27	25.96	17.54	34.39	77	74.04	65.61	82.46	104		
No	21	38.18	25.34	51.02	34	61.82	48.98	74.66	55		
Total	55	32.35	25.32	39.39	115	67.65	60.61	74.68	170		

Se rechaza la independencia entre estas dos variables.

Se observa en la tabla 161 "Le explicaban cuál era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico/psiquiátrico? se asocia significativamente con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas a los que se les explica este motivo (han sido derivados), tienen más probabilidad de tener un grado alto de desesperanza que aquellas personas no derivadas.

Tabla 161

Odds Ratio entre "Le explicaban cuál era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?" y Desesperanza

Modelo	X = Explicación motivo derivación tto psic.	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	-0.5596	0.6268	-0.8928	0.3719	.	.	.
	X: Sí	1.6076	0.6655	2.4156	0.0157	4.9907	1.3542	18.3922

Al incluir las variables Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) como se constata en la tabla 162 el efecto de "¿Le explicaban cuál era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?" se sigue asociando de forma significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Las personas a los que se les explica este motivo (han sido derivados), tienen más probabilidad de tener un grado alto de desesperanza que aquellas personas no derivadas.

Tabla 162

Odds Ratio entre “¿Le explicaban cuál era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?, Locus of Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Desesperanza

Modelo	X = Explicación motivo derivación tto psic.	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + LOC	(Intercept)	-2.6721	1.0280	-2.5993	0.0093	.	.	.
	X: Sí	1.8061	0.8863	2.0377	0.0416	6.0864	1.0713	34.5784
	LOC	0.1506	0.0526	2.8650	0.0042	1.1625	1.0487	1.2886
X + SS-A-R	(Intercept)	3.1252	1.1898	2.6266	0.0086	.	.	.
	X: Sí	2.0675	0.8058	2.5656	0.0103	7.9047	1.6291	38.3545
	X: No	1.7285	0.8264	2.0916	0.0365	5.6320	1.1149	28.4510
X + Sub-escalas SS-A-R	SS-A-R	-0.0806	0.0199	-4.0409	0.0001	0.9226	0.8872	0.9593
	(Intercept)	2.8205	1.0999	2.5644	0.0103	.	.	.
	X: Sí	1.7241	0.7578	2.2752	0.0229	5.6077	1.2698	24.7641
X + Sub-escalas WOC-RR	SS-A-R Apoyo familiar	-0.1248	0.0421	-2.9630	0.0030	0.8827	0.8127	0.9586
	(Intercept)	1.1242	1.2820	0.8769	0.3805	.	.	.
	X: Sí	1.7403	0.7214	2.4125	0.0158	5.6991	1.3860	23.4334
WOC-RR	WOC-RR Apoyo social	-0.2623	0.1266	-2.0718	0.0383	0.7693	0.6002	0.9859
	WOC-RR Escape	0.1554	0.0769	2.0194	0.0435	1.1681	1.0046	1.3582
	WOC-RR Evaluación positiva	-0.2458	0.1105	-2.2236	0.0262	0.7821	0.6298	0.9713

Además, como puede constatarse en la tabla 163 al incluir la variable Apoyo Social (SS-A-R global), el efecto de “¿Le explicaban cuál era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?” se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas a los que no se les explica este motivo (han sido derivados), tienen más probabilidad de tener un grado alto de desesperanza que aquellas personas no derivadas.

Tabla 163

Odds Ratio entre “¿Le explicaban cuál era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?”, variable Apoyo Social (SS-A-R global) y Desesperanza

Modelo	X = Explicación motivo derivación tto psic.	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + SS-A-R	(Intercept)	3.1252	1.1898	2.6266	0.0086	.	.	.
	X: Sí	2.0675	0.8058	2.5656	0.0103	7.9047	1.6291	38.3545
	X: No	1.7285	0.8264	2.0916	0.0365	5.6320	1.1149	28.4510
SS-A-R	SS-A-R	-0.0806	0.0199	-4.0409	0.0001	0.9226	0.8872	0.9593

Y también, como se muestra en la tabla 164 cuando se incluye la variable Afrontamiento (WOC-RR subescalas) el efecto de “¿Le explicaban cuál era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?” se asocia con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas a los que no se les explica este motivo (han sido derivados), tienen más probabilidad de tener un grado alto de desesperanza que aquellas personas no derivadas.

Tabla 164

Odds Ratio entre "¿Le explicaban cuál era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico/psiquiátrico?", variable Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Desesperanza

Modelo	X = Explicación motivo derivación tto psic.	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + Sub-escalas WOC-RR	(Intercept)	1.1242	1.2820	0.8769	0.3805	.	.	.
	X: Sí	1.7403	0.7214	2.4125	0.0158	5.6991	1.3860	23.4334
	WOC-RR Apoyo social	-0.2623	0.1266	-2.0718	0.0383	0.7693	0.6002	0.9859
	WOC-RR Escape	0.1554	0.0769	2.0194	0.0435	1.1681	1.0046	1.3582
	WOC-RR Evaluación positiva	-0.2458	0.1105	-2.2236	0.0262	0.7821	0.6298	0.9713

75. ¿CONSIDERABA NECESARIA LA DERIVACIÓN A TRATAMIENTO PSICOLÓGICO/PSIQUIÁTRICO PARA TRATAR LA EM/SFC?.

Como se comprueba en la tabla 165 cuando se incluyen las variables de Esperanza (EE global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas), el efecto del "¿Consideraba necesaria la derivación a tratamiento psicológico/psiquiátrico para tratar la EM/SFC?" se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han respondido "No" tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 165

Odds Ratio entre "¿Consideraba necesaria la derivación a tratamiento psicológico/psiquiátrico para tratar la EM/SFC?", variables Esperanza (EE global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Desesperanza

Modelo	X = Tto psicológico necesario	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	6.0440	1.1665	5.1811	<0.0001	.	.	.
	X: No	0.9214	0.4251	2.1673	0.0302	2.5127	1.0922	5.7810
	EE	-0.2657	0.0517	-5.1369	<0.0001	0.7666	0.6927	0.8484
X + Sub-escalas EE	(Intercept)	5.8913	1.1916	4.9441	<0.0001	.	.	.
	X: No	0.9451	0.4291	2.2025	0.0276	2.5732	1.1097	5.9668
	EE.Agencia	-0.3074	0.0966	-3.1842	0.0015	0.7353	0.6086	0.8885
X + Sub-escalas WOC-RR	(Intercept)	2.5353	1.3178	1.9239	0.0544	.	.	.
	X: No	0.9123	0.4162	2.1919	0.0284	2.4900	1.1013	5.6297
	WOC-RR Evaluación positiva	-0.2749	0.1222	-2.2492	0.0245	0.7597	0.5979	0.9653

76. ¿LE HA SIDO DE UTILIDAD EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO/PSIQUIÁTRICO PARA TRATAR LA EM/SFC?

Partiendo de la tabla 166 de contingencias donde se reflejan las personas "Sí" derivadas y las "No" que guarda relación con el planteamiento del ítem 73 "¿En alguna ocasión le han derivado o aconsejado tratamiento psicológico o psiquiátrico por padecer EM/SFC?", de esta forma se clarifican los datos obtenidos en este ítem "¿Consideraba necesaria la derivación a tratamiento psicológico/psiquiátrico para tratar la EM/SFC?"

Tabla 166

Tabla de contingencias entre "¿Le ha sido de utilidad el tratamiento psicológico/psiquiátrico para tratar la EM/SFC?" y Desesperanza

Tto psicológico útil (76)	Desesperanza: Bajo				Desesperanza: Alto				Total	Ho: Independencia	
	n	%	IC 95 % para el %		n	%	IC 95 % para el %			Chi-cuadrado	p-valor
			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			
No deriva	8	66.67	39.99	93.34	4	33.33	6.66	60.01	12	9.2202	0.0265
Sí	8	28.57	11.84	45.30	20	71.43	54.70	88.16	28		
No	19	25.33	15.49	35.18	56	74.67	64.82	84.51	75		
Adaptación	21	38.89	25.89	51.89	33	61.11	48.11	74.11	54		
Total	56	33.14	26.04	40.23	113	66.86	59.77	73.96	169		

Se rechaza la independencia entre estas dos variables:

Como puede apreciarse en la tabla 167 "¿Le ha sido de utilidad el tratamiento psicológico/psiquiátrico para tratar la EM/SFC?" se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que no han sido derivadas a este tipo de tratamiento tienen menos probabilidades de tener un grado de desesperanza alto.

Tabla 167

Odds Ratio entre "¿Le ha sido de utilidad el tratamiento psicológico/psiquiátrico para tratar la EM/SFC?" y Desesperanza

Modelo	X = tto psicológico útil	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	0.9163	0.4183	2.1904	0.0285	.	.	.
	X: No deriva	-1.6094	0.7416	-2.1702	0.0300	0.2000	0.0467	0.8557

Al incluir las variables de Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas, Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Sentido de Coherencia (SOC-13 subescalas), como se aprecia en la tabla 168 el efecto de "¿Le ha sido de utilidad el tratamiento psicológico/psiquiátrico para tratar la EM/SFC?" se asocia, continuando siendo significativo, con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que no han sido derivadas a este tipo de tratamiento tienen menos probabilidades de tener un grado de Desesperanza alto.

Tabla 168

Odds Ratio entre "¿Le ha sido de utilidad el tratamiento psicológico/psiquiátrico para tratar la EM/SFC?" variables Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas, Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Sentido de Coherencia (SOC-13 subescalas), y Desesperanza

Modelo	X = tto psicológico útil	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EBP	(Intercept)	8.2930	1.5174	5.4652	<0.0001	.	.	.
	X: Sí	-2.1134	0.9097	-2.3232	0.0202	0.1208	0.0203	0.7186
	EBP	-0.0453	0.0088	-5.1432	<0.0001	0.9557	0.9393	0.9723

	(Intercept)	7.4698	1.9003	3.9308	0.0001	.	.	.
X + Sub-escalas	X: No deriva	-1.9034	0.9605	-1.9817	0.0475	0.1491	0.0227	0.9794
EBP	EBP Dominio entorno	-0.1228	0.0602	-2.0416	0.0412	0.8844	0.7860	0.9951
	EBP Propósito vida	-0.1388	0.0478	-2.9042	0.0037	0.8704	0.7925	0.9559
	(Intercept)	-1.1491	0.8128	-1.4138	0.1574	.	.	.
X + LOC	X: Sí	-2.0271	0.9516	-2.1301	0.0332	0.1317	0.0204	0.8505
	LOC	0.1689	0.0547	3.0860	0.0020	1.1840	1.0636	1.3181
	(Intercept)	4.5909	1.1874	3.8663	0.0001	.	.	.
X + SS-A-R	X: No deriva	-1.9681	0.8799	-2.2366	0.0253	0.1397	0.0249	0.7839
	SS-A-R	-0.0721	0.0193	-3.7387	0.0002	0.9304	0.8959	0.9663
	(Intercept)	4.1812	1.0936	3.8235	0.0001	.	.	.
X + Sub-escalas	X: No deriva	-1.8952	0.8446	-2.2438	0.0248	0.1503	0.0287	0.7868
SS-A-R	SS-A-R Apoyo familiar	-0.1098	0.0397	-2.7651	0.0057	0.8960	0.8289	0.9685
	(Intercept)	2.9724	1.2639	2.3518	0.0187	.	.	.
X + Sub-escalas	X: No deriva	-1.7758	0.8176	-2.1720	0.0299	0.1694	0.0341	0.8408
WOC-RR	WOC-RR Apoyo social	-0.3013	0.1271	-2.3701	0.0178	0.7399	0.5767	0.9492
	WOC-RR Evaluación positiva	-0.2675	0.1149	-2.3284	0.0199	0.7653	0.6110	0.9586
	(Intercept)	5.4960	1.0656	5.1575	<0.0001	.	.	.
X + Sub-escalas	X: No deriva	-1.6828	0.8214	-2.0488	0.0405	0.1858	0.0372	0.9297
SOC-13	SOC-13 Significatividad	-0.2003	0.0600	-3.3379	0.0008	0.8185	0.7277	0.9207

77. ¿SE HA SENTIDO MANIPULADO/ENGAÑADO CUANDO LE DERIVABAN A TRATAMIENTO PSICOLÓGICO/ PSIQUIÁTRICO?

Partiendo de la tabla 169 de contingencias donde se reflejan las personas "Sí" derivadas y las "No" que guarda relación con el planteamiento del ítem 73 "¿En alguna ocasión le han derivado o aconsejado tratamiento psicológico o psiquiátrico por padecer EM/SFC?", de esta forma se clarifican los datos obtenidos en este ítem "¿Se ha sentido manipulado/engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?".

Tabla 169

Tabla de contingencias entre "¿Se ha sentido manipulado/engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?" y Desesperanza

Manipulado cuando derivaron (77)	Desesperanza: Bajo				Desesperanza: Alto				Total	Ho: Independencia	
	n	%	IC 95 % para		n	%	IC 95 % para			Chi-cuadrado (*)	p-valor
			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			
No deriva	9	69.23	44.14	94.32	4	30.77	5.68	55.86	13	.	0.0025
Sí	21	22.58	14.08	31.08	72	77.42	68.92	85.92	93		
No	21	35.00	22.93	47.07	39	65.00	52.93	77.07	60		
Total	51	30.72	23.70	37.74	115	69.28	62.26	76.30	166		

(*) Test de Fisher. Se rechaza la independencia entre estas dos variables.

Como se observa en la tabla 170 “¿Se ha sentido manipulado/engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?” se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han sido derivados a este tratamiento (incluyen a los "Sí" y "No"), tienen una mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 170

Odds Ratio entre “¿Se ha sentido manipulado/engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?” y Desesperanza

Modelo	X = manipulado cuando derivaron al tto	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	1.2321	0.2480	4.9682	<0.0001	.	.	.
	X: No deriva	-2.0431	0.6501	-3.1427	0.0017	0.1296	0.0363	0.4635

Al incluir las variables de Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas), el efecto de este ítem “¿Se ha sentido manipulado/engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?” como se comprueba en la tabla 171 se sigue asociando de forma significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han sido derivados a este tratamiento (incluyen a los "Si" y "No"), tienen una mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Sin embargo con la variable Afrontamiento (WOC-RR subescalas), el efecto de este ítem, de los que responden "No", respecto a los que contestan "Sí" se asocia, de forma significativa, con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han sido derivadas y han respondido que "Sí" tienen una mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 171

Odds Ratio entre “¿Se ha sentido manipulado/engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?” variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Sentido de Coherencia (SOC-13 global y subescalas) y Desesperanza

Modelo	X = manipulado cuando derivaron al tto	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	6.0231	1.0910	5.5209	<0.0001	.	.	.
	X: No deriva	-1.9058	0.7183	-2.6531	0.0080	0.1487	0.0364	0.6078
	EE	-0.2209	0.0468	-4.7166	<0.0001	0.8018	0.7315	0.8789
X + Sub-escalas	(Intercept)	6.0143	1.1225	5.3579	<0.0001	.	.	.
	X: No deriva	-1.9045	0.7197	-2.6460	0.0081	0.1489	0.0363	0.6103
	EE.Objetivos	-0.2176	0.1080	-2.0150	0.0439	0.8044	0.6510	0.9941
EE	EE.Agencia	-0.2235	0.0923	-2.4211	0.0155	0.7997	0.6673	0.9583
	(Intercept)	7.6223	1.4019	5.4371	<0.0001	.	.	.
X + EBP	X: Sí	-2.0564	0.7931	-2.5927	0.0095	0.1279	0.0270	0.6054

Modelo	X = manipulado cuando derivaron al tto	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
	EBP	-0.0417	0.0086	-4.8286	<0.0001	0.9592	0.9431	0.9755
X +	(Intercept)	6.7881	1.8385	3.6923	0.0002	.	.	.
Sub-escalas	X: No deriva	-1.6625	0.8271	-2.0100	0.0444	0.1897	0.0375	0.9594
EBP	EBP Dominio entorno	-0.1188	0.0602	-1.9741	0.0484	0.8880	0.7892	0.9992
EBP	EBP Propósito vida	-0.1361	0.0487	-2.7972	0.0052	0.8728	0.7934	0.9601
X +	(Intercept)	-0.8709	0.6628	-1.3139	0.1889	.	.	.
LOC	X: No deriva	-2.3828	0.8690	-2.7420	0.0061	0.0923	0.0168	0.5068
	LOC	0.1677	0.0550	3.0516	0.0023	1.1826	1.0618	1.3172
X + SS-	(Intercept)	5.1169	1.1325	4.5181	0.0000	.	.	.
A-R	X: No deriva	-2.4995	0.7697	-3.2473	0.0012	0.0821	0.0182	0.3713
	SS-A-R	-0.0750	0.0204	-3.6708	0.0002	0.9278	0.8914	0.9657
X +	(Intercept)	4.5938	1.0622	4.3249	<0.0001	.	.	.
Sub-escalas	X: No deriva	-2.2078	0.7220	-3.0578	0.0022	0.1099	0.0267	0.4526
SS-A-R	SS-A-R Apoyo familiar	-0.1267	0.0428	-2.9624	0.0031	0.8810	0.8102	0.9580
X +	(Intercept)	3.5953	1.3469	2.6692	0.0076	.	.	.
Sub-escalas	X: No deriva	-2.4628	0.7299	-3.3740	0.0007	0.0852	0.0204	0.3562
WOC-RR	X:No	-0.9859	0.4398	-2.2417	0.0250	0.3731	0.1576	0.8835
	WOC-RR Apoyo social	-0.2850	0.1395	-2.0428	0.0411	0.7520	0.5721	0.9885
X +	(Intercept)	4.3066	0.8092	5.3219	<0.0001	.	.	.
SOC-13	X: No deriva	-1.5444	0.6972	-2.2152	0.0267	0.2134	0.0544	0.8370
	SOC-13	-0.0626	0.0149	-4.1980	0.0000	0.9393	0.9123	0.9672
X +	(Intercept)	4.7927	0.8921	5.3723	<0.0001	.	.	.
Sub-escalas	X: No deriva	-1.7550	0.7184	-2.4428	0.0146	0.1729	0.0423	0.7069
SOC-13	SOC-13	-0.1909	0.0601	-3.1749	0.0015	0.8262	0.7343	0.9295
	Significatividad							

81. ¿DURANTE EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO/PSIQUIÁTRICO LE HAN CALIFICADO DE ALGUNA MANERA NEGATIVA?

Como puede apreciarse en la tabla 172 al incluir la variable Esperanza (EE global), "¿Durante el tratamiento psicológico/psiquiátrico le han calificado de alguna manera negativa?" se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han sido calificadas "De alguna manera" tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 172

Odds Ratio entre "¿Durante el tratamiento psicológico/psiquiátrico le han calificado de alguna manera negativa?", variable Esperanza (EE global) y Desesperanza

Modelo	X = Durante el tratamiento calificad	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
	(Intercept)	5.8789	1.1202	5.2479	<0.0001	.	.	.
X + EE	X: Alguna	0.8356	0.4220	1.9803	0.0477	2.3063	1.0086	5.2735
	EE	-0.2446	0.0491	-4.9830	<0.0001	0.7830	0.7112	0.8621

87. EN CASO DE QUE CREA QUE HAY TRATAMIENTOS QUE LE PODRÍAN AYUDAR, ¿CUÁL ES EL MOTIVO POR EL QUE NO ACCEDE A ELLOS?

Como se comprueba en la tabla 173 al incluir la variable Afrontamiento (WOC-RR subescalas), el ítem “En caso de que crea que hay tratamientos que le podrían ayudar, ¿cuál es el motivo por el que no accede a ellos?” se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han respondido "Caros" tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto que los que aquellos que afirman que “No creen que existan estos tratamientos”. Para ajustar los modelos de regresión logística se consideran las categorías Caros, Cansado, No cree y no sabe:

Tabla 173

Odds Ratio entre “En caso de que crea que hay tratamientos que le podrían ayudar, ¿cuál es el motivo por el que no accede a ellos?”, variable Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Desesperanza

Modelo	X = Motivo por el que no accede	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + Sub-escalas WOC-RR	(Intercept)	2.2573	1.2609	1.7903	0.0734	.	.	.
	X: Caros	1.3072	0.6080	2.1499	0.0316	3.6959	1.1224	12.1693
	WOC-RR Escape	0.1640	0.0809	2.0274	0.0426	1.1782	1.0055	1.3806
	WOC-RR Evaluación positiva	-0.3618	0.1270	2.8488	0.0044	0.6965	0.5430	0.8933

90. LAS RELACIONES ÍNTIMAS CON SU PAREJA ¿SE HAN VISTO AFECTADAS POR PADECER EM/SFC?

Como se muestra en la tabla 174 “Las relaciones íntimas con su pareja ¿se han visto afectadas por padecer EM/SFC?” se asocia significativamente con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han respondido "Sí", tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 174

Odds Ratio entre “Las relaciones íntimas con su pareja ¿se han visto afectadas por padecer EM/SFC?” y Desesperanza

Modelo	X = relaciones íntimas afectadas	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	0.7846	0.1760	4.4572	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.6319	0.7122	-2.2914	0.0219	0.1956	0.0484	0.7897

Al incluir la variable Locus de Control (LOC), “Las relaciones íntimas con su pareja ¿se han visto afectadas por padecer EM/SFC?” como puede comprobarse en la tabla 175 continúa asociándose de manera significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han respondido "Sí", tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 175

Odds Ratio entre "Las relaciones íntimas con su pareja ¿se han visto afectadas por padecer EM/SFC?", variable Locus de Control (LOC) y Desesperanza

Modelo	X = relaciones íntimas afectadas	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + LOC	X: No	-1.8218	0.8734	-2.0859	0.0370	0.1617	0.0292	0.8958
	LOC	0.1647	0.0541	3.0447	0.0023	1.1791	1.0604	1.3109

92. ¿PADECER ESTAS PATOLOGÍAS MERMA LA CAPACIDAD ECONÓMICA DE LA UNIDAD FAMILIAR?

Como puede observarse en la tabla 176 "¿Padecer estas patologías merma la capacidad económica de la unidad familiar?" tiene efecto significativo sobre la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han respondido "Sí", tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 176

Odds Ratio entre "¿Padecer estas patologías merma la capacidad económica de la unidad familiar?" y Desesperanza

Modelo	X = Merma economía familiar	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	0.9163	0.1784	5.1368	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.4553	0.5079	-2.8650	0.0042	0.2333	0.0862	0.6315

Como se constata en la tabla 177 al incluir la escala de Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) "¿Padecer estas patologías merma la capacidad económica de la unidad familiar?" sigue teniendo un efecto significativo sobre la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han respondido "Sí", tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 177

Odds Ratio entre "¿Padecer estas patologías merma la capacidad económica de la unidad familiar?", variables Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Desesperanza

Modelo	X = Merma economía familiar	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + LOC	(Intercept)	-0.8187	0.6599	-1.2408	0.2147	.	.	.
	X: No	-1.6363	0.5932	-2.7583	0.0058	0.1947	0.0609	0.6228
	LOC	0.1453	0.0535	2.7136	0.0067	1.1564	1.0412	1.2843
X + SS-A-R	(Intercept)	3.9569	1.0017	3.9501	0.0001	.	.	.
	X: No	-1.5307	0.5492	-2.7874	0.0053	0.2164	0.0738	0.6348
	SS-A-R	-0.0599	0.0185	-3.2387	0.0012	0.9419	0.9084	0.9766
X + Sub-escalas	(Intercept)	3.4144	0.9208	3.7081	0.0002	.	.	.
	X: No	-1.3362	0.5329	-2.5073	0.0122	0.2628	0.0925	0.7470
	SS-A-R	SS-A-R Apoyo familiar	-0.0935	0.0375	-2.4960	0.0126	0.9107	0.8462	0.9801
X + Sub-escalas	(Intercept)	2.6943	1.1845	2.2746	0.0229	.	.	.
	X: No	-1.7557	0.6093	-2.8813	0.0040	0.1728	0.0523	0.5704
	WOC-RR	WOC-RR Evaluación positiva	-0.2451	0.1119	-2.1904	0.0285	0.7826	0.6285	0.9745

93. ¿NECESITA RECURRIR EN OCASIONES A LA FAMILIA PARA HACER FRENTE A SUS NECESIDADES COTIDIANAS?

Como se muestra en la tabla 178 “¿Necesita recurrir en ocasiones a la familia para hacer frente a sus necesidades cotidianas?” se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han respondido "Sí", tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 178

Odds Ratio entre “¿Necesita recurrir en ocasiones a la familia para hacer frente a sus necesidades cotidianas?” y Desesperanza

Modelo	X = familia necesidades cotidianas	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	0.9371	0.1914	4.8968	<0.0001	.	.	.
	X: No	-0.9859	0.3664	-2.6909	0.0071	0.3731	0.1819	0.7651

Al incluir las variables de Bienestar Psicológico (EBP global), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) “¿Necesita recurrir en ocasiones a la familia para hacer frente a sus necesidades cotidianas?” como se puede comprobar en la tabla 179 sigue asociándose de manera significativa con la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las personas que han respondido "Sí", tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 179

Odds Ratio entre “¿Necesita recurrir en ocasiones a la familia para hacer frente a sus necesidades cotidianas?” variables Bienestar Psicológico (EBP global), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Desesperanza

Modelo	X = familia necesidades cotidianas	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EBP	(Intercept)	8.3704	1.3976	5.9891	<0.0001	.	.	.
	X: No	-0.9831	0.4474	-2.1973	0.0280	0.3741	0.1557	0.8993
	EBP	-0.0477	0.0086	-5.5313	<0.0001	0.9534	0.9374	0.9697
X + LOC	(Intercept)	-0.9764	0.6397	-1.5264	0.1269	.	.	.
	X: No	-1.0508	0.4523	-2.3234	0.0202	0.3497	0.1441	0.8484
	LOC	0.1567	0.0516	3.0353	0.0024	1.1696	1.0571	1.2941
X + SS-A-R	(Intercept)	5.1489	1.0767	4.7820	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.6602	0.4548	-3.6501	0.0003	0.1901	0.0780	0.4636
	SS-A-R	-0.0793	0.0191	-4.1402	<0.0001	0.9238	0.8898	0.9591
X + Sub-escalas SS-A-R	(Intercept)	4.4488	0.9811	4.5344	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.5417	0.4393	-3.5094	0.0004	0.2140	0.0905	0.5063
	SS-A-R Apoyo familiar	-0.1202	0.0385	-3.1189	0.0018	0.8868	0.8223	0.9563
X + Sub-escalas WOC-RR	(Intercept)	2.3833	1.1197	2.1285	0.0333	.	.	.
	X: No	-1.0630	0.4318	-2.4619	0.0138	0.3454	0.1482	0.8051
	WOC-RR Escape	0.2010	0.0779	2.5804	0.0099	1.2226	1.0495	1.4243
WOC-RR	WOC-RR Evaluación positiva	-0.2686	0.1083	-2.4795	0.0132	0.7644	0.6182	0.9453

96. ¿CREE QUE LA CONDICIÓN DE SER MUJER INFLUYE DE FORMA NEGATIVA EN LA RESPUESTA SANITARIA, POLÍTICA Y SOCIAL GLOBAL FRENTE AL PADECIMIENTO DE ESTAS ENFERMEDADES?

Se constata en la tabla 180 que al incluir la variable Bienestar Psicológico (EBP subescalas), “¿Cree que la condición de ser mujer influye de forma negativa en la respuesta sanitaria, política y social global frente al padecimiento de estas enfermedades?” se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener un grado alto de Desesperanza. Las personas que han respondido "No" tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Tabla 180

Odds Ratio entre “¿Cree que la condición de ser mujer influye de forma negativa en la respuesta sanitaria, política y social global frente al padecimiento de estas enfermedades?”, variable Bienestar Psicológico (EBP subescalas) y Desesperanza

Modelo	X = mujer influencia negativa	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X +	(Intercept)	7.6626	2.0402	3.7559	0.0002	.	.	.
Sub-escalas	X: No	1.2975	0.6123	2.1189	0.0341	3.6601	1.1022	12.1541
	EBP Dominio entorno	-0.1408	0.0603	-2.3359	0.0195	0.8687	0.7719	0.9776
EBP	EBP Propósito vida	-0.1524	0.0515	-2.9579	0.0031	0.8587	0.7762	0.9499

2.3. Modelo predictivo (Odds Ratio) entre Datos (variables, circunstancias) Sociodemográficos y Clínicos, Variables moduladoras y Riesgo de Suicidio.

4. EDAD

Como puede observarse en la tabla 181 al incluir la variable moduladora de Afrontamiento (WOC-RR subescalas), el Nivel Educativo se asocia significativamente con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Entre personas con las mismas puntuaciones en Afrontamiento (WOC-RR subescalas), las personas con estudios primarios tienen una mayor probabilidad de Riesgo de Suicidio que las universitarias.

Tabla 181

Odds Ratio entre “Edad”, variable Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Riesgo Suicidio

Modelo	X = Nivel educativo	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + Sub-escalas	(Intercept)	-3.2218	1.5058	-2.1395	0.0324	.	.	.
	X: Primario	2.5404	1.1435	2.2217	0.0263	12.684	1.3488	119.281
WOC-RR	WOC-RR Escape	0.2879	0.0983	2.9290	0.0034	1.3336	1.0999	1.6169

5. RESIDENCIA

Se puede comprobar en la tabla 182 como el lugar de residencia se asocia significativamente con la probabilidad de tener riesgo de suicidio. Los residentes en Cataluña tienen menos probabilidad de tener riesgo de suicidio.

Al incluir las variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas), la Residencia sigue asociándose significativamente con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Entre personas con las mismas puntuaciones en estas variables, los residentes en Cataluña tienen menos probabilidad de tener Riesgo de Suicidio.

Tabla 182

Odds Ratio entre "Residencia", variables (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Riesgo Suicidio

Modelo	X = Residencia Cataluña vs Resto	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	-1.4864	0.2540	-5.8510	<0.0001	.	.	.
	X: Cataluña	-1.1110	0.4669	-2.3793	0.0173	0.3292	0.1318	0.8222
X + EE	(Intercept)	0.4062	0.9382	0.4330	0.6651	.	.	.
	X: Cataluña	-1.2110	0.4755	-2.5469	0.0109	0.2979	0.1173	0.7565
X + Sub- escalas EE	(Intercept)	0.2305	0.9707	0.2375	0.8123	.	.	.
	X: Cataluña	-1.2014	0.4761	-2.5232	0.0116	0.3008	0.1183	0.7648
X + EBP	(Intercept)	4.4273	1.4053	3.1504	0.0016	.	.	.
	X: Cataluña	-1.1178	0.5124	-2.1815	0.0291	0.3270	0.1198	0.8927
X + Sub- escalas EBP	EBP	-0.0415	0.0101	-4.1146	<0.0001	0.9593	0.9406	0.9785
	X: Cataluña	-1.4389	0.5786	-2.4869	0.0129	0.2372	0.0763	0.7372
X + Sub- escalas EBP	EBP Crec. personal	-0.1415	0.0590	-2.3999	0.0164	0.8680	0.7733	0.9744
	X: Cataluña	-1.1151	0.5154	-2.1636	0.0305	0.3279	0.1194	0.9004
WOC- RR	(Intercept)	0.2530	0.0942	2.6864	0.0072	1.2878	1.0708	1.5489
	X: Cataluña	-1.0635	0.5357	-1.9853	0.0471	0.3452	0.1208	0.9865
SOC-13	SOC-13 Significatividad	-0.2978	0.0812	-3.6698	0.0002	0.7424	0.6332	0.8704
	X: Cataluña	-1.0745	0.5232	-2.0537	0.0400	0.3415	0.1225	0.9521
X + Sub- escalas SF-36	SF-36 Rol Emocional	0.0181	0.0088	2.0619	0.0392	1.0183	1.0009	1.0360
	SF-36 Salud mental	-0.0600	0.0208	-2.8765	0.0040	0.9418	0.9041	0.9811

17. ¿LE HAN INFORMADO LOS MÉDICOS QUE LA EM/SFC QUE PADECE ES UNA ENFERMEDAD DE SENSIBILIZACIÓN CENTRAL Y QUE PERTENECE AL GRUPO DE ENFERMEDADES NEUROENDOCRINAS?

“¿Le han informado los médicos que la EM/SFC que padece es una enfermedad de Sensibilización Central y que pertenece al grupo de enfermedades neuroendocrinas?” como se muestra en la tabla 183 se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Las personas no informadas tienen más probabilidad de tener Riesgo de Suicidio.

Tabla 183

Odds Ratio entre “¿Le han informado los médicos que la EM/SFC que padece es una enfermedad de Sensibilización Central y que pertenece al grupo de enfermedades neuroendocrinas?” y Riesgo Suicidio

Modelo	X = Informan enfermedad	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	-2.5200	0.3929	-6.4142	< 0.0001	.	.	.
	X: No	0.9445	0.4705	2.0072	0.0447	2.5714	1.0225	6.4668

Como puede comprobarse en la tabla 184 al incluir las variables de Esperanza (EE global y subescalas) y Locus de Control (LOC), “¿Le han informado los médicos que la EM/SFC que padece es una enfermedad de Sensibilización Central y que pertenece al grupo de enfermedades neuroendocrinas?” sigue asociándose de forma significativa con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Las personas “no informadas” tienen más probabilidad de presentar Riesgo de Suicidio.

Tabla 184

Odds Ratio entre “¿Le han informado los médicos que la EM/SFC que padece es una enfermedad de Sensibilización Central y que pertenece al grupo de enfermedades neuroendocrinas?”, variables Esperanza (EE global y subescalas) y Locus de Control (LOC) y Riesgo Suicidio

Modelo	X = Informan enfermedad	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	-0.8110	0.9649	-0.8404	0.4007	.	.	.
	X: No	0.9430	0.4769	1.9772	0.0480	2.5676	1.0082	6.5386
X + Sub-escalas EE	(Intercept)	-1.1842	1.0108	-1.1717	0.2413	.	.	.
	X: No	1.0228	0.4830	2.1177	0.0342	2.7810	1.0791	7.1668
EE	EE.Agencia	-0.2230	0.1042	-2.1412	0.0323	0.8001	0.6523	0.9813
X + LOC	(Intercept)	-3.9955	1.0625	-3.7605	0.0002	.	.	.
	X: No	1.4347	0.6623	2.1664	0.0303	4.1984	1.1465	15.3742

22. ¿QUÉ OTRAS VÍAS DE INFORMACIÓN HA UTILIZADO PARA SABER LO QUE CONSIDERA NECESARIO ACERCA DE LA EM/SFC?

Como se muestra en la tabla 185 al incluir la variable Bienestar Psicológico (EBP subescalas), "¿Qué otras vías de información ha utilizado para saber lo que considera necesario acerca de la EM/SFC?" se asocia significativamente con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Las personas que utilizan solo "Internet" tienen mayor probabilidad de tener Riesgo de Suicidio que las que utilizan "Varias".

Tabla 185

Odds Ratio entre "¿Qué otras vías de información ha utilizado para saber lo que considera necesario acerca de la EM/SFC?", variable Bienestar Psicológico (EBP subescalas) y Riesgo Suicidio

Modelo	X = Vías información	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + Sub-escalas	(Intercept)	3.3334	1.9304	1.7268	0.0842	.	.	.
	X: Internet	1.2067	0.6151	1.9617	0.0498	3.3424	1.0011	11.1592
	EBP	EBP Crec. personal	-0.1409	0.0602	-2.3384	0.0194	0.8686	0.7718	0.9775

23. ¿LE HACEN SEGUIMIENTO MÉDICO DE LA EM/SFC?

Como se observa en la tabla 186 "¿Le hacen seguimiento médico de la EM/SFC?" se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener un grado alto de Riesgo de Suicidio. Las personas que "No" tienen seguimiento médico tienen una probabilidad mayor de tener Riesgo de Suicidio.

Al incluir todas las variables, "Seguimiento Médico" sigue asociándose significativamente con la probabilidad de tener un grado alto de Riesgo de Suicidio. Las personas que "No" tienen seguimiento médico tienen una probabilidad mayor de tener Riesgo de Suicidio.

Tabla 186

Odds Ratio entre "¿Le hacen seguimiento médico de la EM/SFC?", todas las variables y Riesgo Suicidio

Modelo	X = Seguimiento Médico	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	-2.5572	0.3283	-7.7904	<0.0001	.	.	.
	X: No	1.3735	0.4414	3.1117	0.0019	3.9490	1.6625	9.3799
X + EE	(Intercept)	-0.5717	0.9604	-0.5952	0.5517	.	.	.
	X: No	1.3976	0.4524	3.0893	0.0020	4.0455	1.6668	9.8187
	EE	-0.0949	0.0478	-1.9830	0.0474	0.9095	0.8281	0.9989
X + Sub-escalas	(Intercept)	-0.8313	0.9946	-0.8358	0.4032	.	.	.
	X: No	1.4170	0.4555	3.1105	0.0019	4.1246	1.6890	10.0724
	EE.Agencia	-0.2118	0.1045	-2.0259	0.0428	0.8091	0.6592	0.9931
X + EBP	(Intercept)	2.9605	1.3909	2.1285	0.0333	.	.	.
	X: No	1.3613	0.4935	2.7582	0.0058	3.9012	1.4828	10.2637
	EBP	-0.0388	0.0102	-3.8052	0.0001	0.9619	0.9429	0.9814

Modelo	X = Seguimiento Médico	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
escalas EBP	X + (Intercept)	2.1044	1.9089	1.1024	0.2703	.	.	.
	Sub- X: No	1.6167	0.5503	2.9376	0.0033	5.0364	1.7126	14.8106
	EBP Crec. personal	-0.1209	0.0602	-2.0073	0.0447	0.8861	0.7874	0.9972
LOC	X + (Intercept)	-4.1392	1.0277	-4.0277	0.0001	.	.	.
	X: No	1.9416	0.5735	3.3855	0.0007	6.9698	2.2649	21.4482
X + SS-A-R	(Intercept)	0.3414	1.1801	0.2893	0.7723	.	.	.
	X: No	1.2915	0.4816	2.6814	0.0073	3.6381	1.4155	9.3507
escalas SS-A-R	SS-A-R	-0.0576	0.0237	-2.4246	0.0153	0.9441	0.9011	0.9890
	X + (Intercept)	-1.0980	1.1535	-0.9519	0.3411	.	.	.
	Sub- X: No	1.2926	0.5194	2.4885	0.0128	3.6423	1.3159	10.0811
SS-A-R	SS-A-R Apoyo familiar	-0.1421	0.0446	-3.1863	0.0014	0.8675	0.7949	0.9468
	SS-A-R Búsqueda apoyo	0.1435	0.0645	2.2245	0.0261	1.1543	1.0172	1.3098
escalas WOC-RR	X + (Intercept)	-3.0319	1.4648	-2.0698	0.0385	.	.	.
	Sub- X: No	1.1182	0.4810	2.3247	0.0201	3.0594	1.1918	7.8535
	WOC-RR Escape	0.2642	0.0971	2.7215	0.0065	1.3024	1.0767	1.5754
SOC-13	X + (Intercept)	1.8618	0.9796	1.9006	0.0574	.	.	.
	X: No	0.9655	0.4772	2.0233	0.0430	2.6261	1.0307	6.6910
	SOC-13	-0.1000	0.0241	-4.1404	<0.0001	0.9049	0.8630	0.9487
escalas SOC-13	X + (Intercept)	1.8754	1.0303	1.8202	0.0687	.	.	.
	Sub- X: No	1.2064	0.5131	2.3512	0.0187	3.3415	1.2223	9.1346
	SOC-13 Significatividad	-0.3186	0.0832	-3.8290	0.0001	0.7272	0.6177	0.8560
escalas SF-36	X + (Intercept)	-0.0761	0.7505	-0.1014	0.9193	.	.	.
	Sub- X: No	1.0375	0.5038	2.0596	0.0394	2.8223	1.0515	7.5752
	SF-36 Salud mental	-0.0506	0.0204	-2.4867	0.0129	0.9506	0.9134	0.9893

24. ¿CON QUÉ PERIODICIDAD LE REALIZAN SEGUIMIENTO MÉDICO DE LA EM/SFC?

Como puede comprobarse en la tabla 187 “¿Con qué periodicidad le realizan seguimiento médico de la EM/SFC?” se asocia significativamente con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Las personas con una periodicidad de seguimiento mayor de 6 meses tienen una probabilidad menor que los que no tienen periodicidad de seguimiento.

Tabla 187

Odds Ratio entre “¿Con qué periodicidad le realizan seguimiento médico de la EM/SFC?” y Riesgo Suicidio

Modelo	X = Periodicidad seguimiento médico	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	-1.1838	0.2951	-4.0116	0.0001	.	.	.
	X: 6-12 m	-1.1435	0.4736	-2.4146	0.0158	0.3187	0.1260	0.8063
	X: >12m	-1.6784	0.7846	-2.1392	0.0324	0.1867	0.0401	0.8688

Al incluir las variables de Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas) y Apoyo Social (SS-A-R global), se puede constatar en la tabla 188 que “¿Con qué periodicidad le realizan seguimiento

médico de la EM/SFC?" se sigue asociando de forma significativa con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Las personas con una periodicidad de seguimiento mayor de 6 meses tienen una probabilidad menor que los que no tienen periodicidad de seguimiento.

Tabla 188

Odds Ratio entre "¿Con qué periodicidad le realizan seguimiento médico de la EM/SFC?", Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas) y Apoyo Social (SS-A-R global) y Riesgo Suicidio

Modelo	X = Periodicidad seguimiento médico	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	0.8412	0.9909	0.8489	0.3959	.	.	.
	X: 6-12 m	-1.1383	0.4843	-2.3503	0.0188	0.3204	0.1240	0.8278
	X: >12m	-1.8283	0.7995	-2.2867	0.0222	0.1607	0.0335	0.7701
X + Sub-escalas	EE	-0.0956	0.0476	-2.0104	0.0444	0.9088	0.8279	0.9976
	(Intercept)	0.6025	1.0218	0.5896	0.5554	.	.	.
	X: 6-12 m	-1.1280	0.4873	-2.3148	0.0206	0.3237	0.1245	0.8412
EE	X: >12m	-1.9184	0.8065	-2.3788	0.0174	0.1468	0.0302	0.7134
	EE.Agencia	-0.2252	0.1072	-2.1002	0.0357	0.7984	0.6470	0.9851
	(Intercept)	4.2829	1.4081	3.0417	0.0024	.	.	.
X + EBP	X: 6-12 m	-1.1087	0.5365	-2.0664	0.0388	0.3300	0.1153	0.9445
	X: >12m	-1.6625	0.8210	-2.0249	0.0429	0.1897	0.0379	0.9481
	EBP	-0.0385	0.0101	-3.8288	0.0001	0.9622	0.9434	0.9814
X + Sub-escalas	(Intercept)	3.7476	1.9600	1.9120	0.0559	.	.	.
	X: 6-12 m	-1.2291	0.5996	-2.0500	0.0404	0.2925	0.0903	0.9475
	X: >12m	-2.0984	0.8873	-2.3649	0.0180	0.1227	0.0215	0.6982
EBP	EBP Crec. personal	-0.1318	0.0611	-2.1564	0.0311	0.8765	0.7776	0.9881
	(Intercept)	1.7118	1.1662	1.4678	0.1422	.	.	.
	X: 6-12 m	-1.0521	0.5219	-2.0160	0.0438	0.3492	0.1256	0.9712
X + SS-A-R	X: >12m	-1.6249	0.8090	-2.0086	0.0446	0.1969	0.0403	0.9614
	SS-A-R	-0.0593	0.0240	-2.4653	0.0137	0.9425	0.8991	0.9879

28. ¿TIENE SENSIBILIDAD A LAS ONDAS ELECTROMAGNÉTICAS?"

Como se comprueba en la tabla 189 cuando se incluye la variable Afrontamiento (WOC-RR subescalas), "¿Tiene sensibilidad a las ondas eléctricas o electromagnéticas?" se asocia significativamente con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio en grado alto. Las personas con sensibilidad a las ondas electromagnéticas tienen una mayor probabilidad de tener un grado alto de Riesgo de Suicidio que las personas que no la tienen.

Tabla 189

Odds Ratio entre "¿Tiene sensibilidad a las ondas eléctricas o electromagnéticas?", variable Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Riesgo Suicidio

Modelo	X = Sensibilidad ondas electromagnéticas	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + Sub-escalas	(Intercept)	-2.6292	1.6373	-1.6059	0.1083	.	.	.
	X: No	-1.1122	0.5248	-2.1193	0.0341	0.3288	0.1176	0.9198
WOC-RR	WOC-RR Escape	0.3328	0.1123	2.9636	0.0030	1.3949	1.1193	1.7383

33. ¿REALIZAR CONTROL AMBIENTAL LE SUPONE UN GASTO ECONÓMICO SUPERIOR AL QUE TENÍA ANTES DE ENFERMAR?

Como puede comprobarse en la tabla 190 cuando se incluye la variable Apoyo Social (SS-A-R subescalas), “¿Realizar control ambiental le supone un gasto económico superior al que tenía antes de enfermar?” se asocia significativamente la probabilidad de Riesgo de Suicidio. Las personas que han contestado "Muchísimo" tienen una probabilidad mayor de Riesgo de Suicidio que aquellas personas que han respondido que "No" lo tienen.

Tabla 190

Odds Ratio entre “¿Realizar control ambiental le supone un gasto económico superior al que tenía antes de enfermar?”, variable Apoyo Social (SS-A-R subescalas) y Riesgo Suicidio

Modelo	X = Control ambiental gasto económico Sup.	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X +	(Intercept)	1.1338	1.5895	0.7133	0.4757	.	.	.
Sub- escalas	X: Muchísimo	2.4559	1.1244	2.1841	0.0290	11.6568	1.2866	105.612
SS-A-R	SS-A-R Apoyo familiar	-0.2193	0.0695	-3.1534	0.0016	0.8031	0.7007	0.9204
SS-A-R	SS-A-R Apoyo amigos	-0.1994	0.0978	-2.0388	0.0415	0.8193	0.6764	0.9923

40. ¿SU SITUACIÓN LABORAL ACTUAL ES EN PARO?

Como se observa en la tabla 191 “¿Su situación laboral actual es en paro?” se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Las personas que han contestado "Si" tienen mas probabilidad de tener Riesgo de Suicidio que los que han respondido "No".

Tabla 191

Odds Ratio entre “¿Su situación laboral actual es en paro?” y Riesgo Suicidio

Modelo	X = En paro	Estimación	Error estándar	Z- valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	-1.2130	0.3434	-3.5322	0.0004	.	.	.
	X: No	-1.0277	0.4378	-2.3473	0.0189	0.3578	0.1517	0.8440

Como puede constatarse en la tabla 192 cuando se incluyen las variables de Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Locus de Control (LOC) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas), “¿Su situación laboral actual es en paro?” sigue asociándose de forma significativa con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Las personas que han contestado "Si" tienen más probabilidad de tener Riesgo de Suicidio que los que han respondido que "No".

Tabla 192

Odds Ratio entre "¿Su situación laboral actual es en paro?", variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Locus de Control (LOC) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Riesgo Suicidio

Modelo	X = En paro	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	0.3589	0.9301	0.3859	0.6996	.	.	.
	X: No	-0.9146	0.4442	-2.0592	0.0395	0.4007	0.1678	0.9569
X + Sub-escalas EE	(Intercept)	0.1919	0.9638	0.1991	0.8422	.	.	.
	X: No	-0.8937	0.4457	-2.0051	0.0449	0.4092	0.1708	0.9801
X + EBP	(Intercept)	4.5992	1.4679	3.1331	0.0017	.	.	.
	X: No	-0.9957	0.4931	-2.0191	0.0435	0.3695	0.1405	0.9713
	EBP	-0.0411	0.0103	-3.9904	0.0001	0.9597	0.9405	0.9793
X + Sub-escalas EBP	(Intercept)	3.5979	1.8905	1.9031	0.0570	.	.	.
	X: No	-1.1257	0.5455	-2.0637	0.0390	0.3244	0.1114	0.9450
	EBP Crec. personal	-0.1147	0.0578	-1.9834	0.0473	0.8917	0.7961	0.9986
X + LOC	(Intercept)	-2.4566	0.9842	-2.4961	0.0126	.	.	.
	X: No	-1.0775	0.5176	-2.0818	0.0374	0.3404	0.1234	0.9389
X + Sub-escalas SF-36	(Intercept)	1.2635	0.7596	1.6633	0.0963	.	.	.
	X: No	-1.1909	0.5127	-2.3226	0.0202	0.3039	0.1113	0.8303
	SF-36 Rol Emocional	0.0176	0.0088	2.0085	0.0446	1.0177	1.0004	1.0354
	SF-36 Salud mental	-0.0542	0.0204	-2.6591	0.0078	0.9473	0.9102	0.9859
SF-36 Func. Social	-0.0389	0.0166	-2.3520	0.0187	0.9618	0.9311	0.9935	

45. ¿SU SITUACIÓN LABORAL ACTUAL ES COBRANDO AYUDA FAMILIAR?

Como se muestra en la tabla 193 "¿Su situación laboral actual es cobrando ayuda familiar?" se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Las personas que han contestado "Si" tienen mas probabilidad de tener Riesgo de Suicidio que los que han respondido "No".

Tabla 193

Odds Ratio entre "¿Su situación laboral actual es cobrando ayuda familiar?" y Riesgo Suicidio

Modelo	X = Cobrando ayuda familiar	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	0.4055	0.9129	0.4442	0.6569	.	.	.
	X: No	-2.4348	0.9394	-2.5917	0.0095	0.0876	0.0139	0.5524

En la tabla 194 se puede comprobar que cuando se incluyen las variables de Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 global) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) la "¿Su situación laboral actual es cobrando ayuda familiar?" sigue asociándose de forma significativa con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Las personas que han contestado "Si" tienen más probabilidad de tener Riesgo de Suicidio que los que han respondido que "No".

Tabla 194

Odds Ratio entre "¿Su situación laboral actual es cobrando ayuda familiar?", variables Esperanza (EE global y subescalas), Locus de Control (LOC), Afrontamiento (WOC-RR subescalas), Sentido de Coherencia (SOC-13 global) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Riesgo Suicidio

Modelo	X = Cobrando ayuda familiar	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	1.7112	1.2373	1.3830	0.1667	.	.	.
	X: No	-2.1974	0.9502	-2.3126	0.0207	0.1111	0.0173	0.7153
X + Sub-escalas EE	(Intercept)	1.7416	1.2720	1.3692	0.1710	.	.	.
	X: No	-2.5834	1.0168	-2.5407	0.0111	0.0755	0.0103	0.5540
X + LOC	(Intercept)	-1.2624	1.3399	-0.9422	0.3461	.	.	.
	X: No	-2.0440	1.0427	-1.9604	0.0499	0.1295	0.0168	0.9995
X + Sub-escalas LOC	(Intercept)	-0.8053	1.6668	-0.4831	0.6290	.	.	.
	X: No	-2.5078	1.0813	-2.3193	0.0204	0.0814	0.0098	0.6781
X + WOC-RR	WOC-RR Escape	0.2551	0.0914	2.7917	0.0052	1.2906	1.0790	1.5438
	(Intercept)	4.6562	1.4201	3.2788	0.0010	.	.	.
X + SOC-13	X: No	-2.1839	1.0907	-2.0023	0.0453	0.1126	0.0133	0.9549
	SOC-13	-0.1061	0.0235	-4.5224	<0.0001	0.8994	0.8590	0.9417
X + Sub-escalas SOC-13	(Intercept)	2.8414	1.2512	2.2710	0.0231	.	.	.
	X: No	-2.4633	1.0940	-2.2516	0.0243	0.0852	0.0100	0.7268
X + Sub-escalas SF-36	SF-36 Rol Emocional	0.0207	0.0090	2.2869	0.0222	1.0209	1.0030	1.0392
	SF-36 Salud mental	-0.0624	0.0215	-2.9081	0.0036	0.9395	0.9008	0.9799
	SF-36 Func. Social	-0.0339	0.0162	-2.0972	0.0360	0.9666	0.9364	0.9978

50. ¿SE LE HA RECONOCIDO ALGUNA MINUSVALÍA?

Como puede observarse en la tabla 195 "¿Se le ha reconocido alguna minusvalía?" se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Las personas que han contestado "Si" tienen mas probabilidad de tener un grado alto de Riesgo de Suicidio que los que han respondido "No".

Tabla 195

Odds Ratio entre "¿Se le ha reconocido alguna minusvalía?" y Riesgo Suicidio

Modelo	X = Reconocido minusvalía	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	-1.6199	0.2511	-6.4514	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.2133	0.5725	-2.1194	0.0341	0.2972	0.0968	0.9128

En la tabla 196 puede comprobarse que cuando se incluyen las variables de Apoyo Social (SS-A-R global) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas), "¿Se le ha reconocido alguna minusvalía?" sigue asociándose de forma significativa con la probabilidad de tener un grado alto de Riesgo de Suicidio. Las personas que han contestado "Si" tienen más probabilidad de tener un grado alto de Riesgo de Suicidio que los que han respondido que "No".

Tabla 196

Odds Ratio entre "¿Se le ha reconocido alguna minusvalía?", variables Apoyo Social (SS-A-R global) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Riesgo Suicidio

Modelo	X = Reconocido minusvalía	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + SS-A-R	(Intercept)	1.1621	1.1908	0.9759	0.3291	.	.	.
	X: No	-1.3230	0.6564	-2.0156	0.0438	0.2663	0.0736	0.9642
	SS-A-R	-0.0562	0.0246	-2.2879	0.0221	0.9453	0.9009	0.9920
X + Sub-escalas	(Intercept)	-2.6111	1.4169	-1.8429	0.0653	.	.	.
	X: No	-1.3283	0.6095	-2.1792	0.0293	0.2649	0.0802	0.8749
	WOC-RR	0.2402	0.0952	2.5221	0.0117	1.2715	1.0550	1.5323
X + Sub-escalas	(Intercept)	0.9959	0.7755	1.2842	0.1991	.	.	.
	X	-1.4891	0.6691	-2.2254	0.0261	0.2256	0.0608	0.8373
	SF-36 Rol Emocional	0.0209	0.0101	2.0771	0.0378	1.0211	1.0012	1.0414
SF-36	SF-36 Salud mental	-0.0716	0.0234	-3.0563	0.0022	0.9309	0.8891	0.9746

51. ¿QUÉ PORCENTAJE DE MINUSVALÍA SE LE HA CONCEDIDO?

Como muestra la tabla 197 cuando se tiene en cuenta la variable Apoyo Social (SS-A-R global), "¿Qué porcentaje de minusvalía se le ha concedido?" se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Las personas con menor porcentaje de minusvalía reconocido tienen una probabilidad mayor de tener Riesgo de Suicidio.

Tabla 197

Odds Ratio entre "¿Qué porcentaje de minusvalía se le ha concedido?", variable Apoyo Social (SS-A-R global) y Riesgo Suicidio

Modelo	X = Minusvalía (%)	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + SS-A-R	(Intercept)	1.7646	1.5342	1.1502	0.2501	.	.	.
	SS-A-R	-0.0530	0.0266	-1.9959	0.0459	0.9484	0.9003	0.9990

53. ¿SE LE HA RECONOCIDO ALGÚN GRADO DE DEPENDENCIA?

Se puede constatar en la tabla 198 que "¿Se le ha reconocido algún grado de dependencia?" se asocia de manera significativa con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Las personas que han contestado "Si" tienen mas probabilidad de tener Riesgo de Suicidio que los que han respondido "No".

Tabla 198

Odds Ratio entre "¿Se le ha reconocido algún grado de dependencia?" y Riesgo Suicidio

Modelo	X = Reconocido grado de dependencia	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	-0.7885	0.5394	-1.4618	0.1438	.	.	.
	X: No	-1.2304	0.5979	-2.0576	0.0396	0.2922	0.0905	0.9433

Como se comprueba en la tabla 199, cuando se incluye la variable Locus de Control (LOC), “¿Se le ha reconocido algún grado de dependencia?”, sigue asociándose de forma significativa con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Las personas que han contestado "Si" tienen más probabilidad de tener Riesgo de Suicidio que los que han respondido que "No".

Tabla 199

Odds Ratio entre “¿Se le ha reconocido algún grado de dependencia?”, variable Locus de Control (LOC) y Riesgo Suicidio

Modelo	X = Reconocido grado de dependencia	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X +	(Intercept)	-1.9477	1.0890	-1.7885	0.0737	.	.	.
LOC	X: No	-1.5617	0.7030	-2.2214	0.0263	0.2098	0.0529	0.8321

61. ¿LA ENFERMEDAD LE HA SUPUESTO PÉRDIDAS O ALEJAMIENTOS DE FAMILIARES?

Como se constata en la tabla 200 “¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de familiares?” se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Las personas que han respondido "Sí", tienen mayor probabilidad de tener Riesgo de Suicidio.

Tabla 200

Odds Ratio entre “¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de familiares?” y Riesgo Suicidio

Modelo	X = Pérdidas familiares	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	-1.5041	0.2257	-6.6650	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.9924	0.7524	-2.6482	0.0081	0.1364	0.0312	0.5958

En la tabla 201 se puede verificar que al incluir las variables de Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global), Afrontamiento (WOC-R subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas), las “¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de familiares?” sigue asociándose de manera significativa con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Las personas que han respondido "Sí", tienen mayor probabilidad de tener Riesgo de Suicidio.

Tabla 201

Odds Ratio entre "¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de familiares?", variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Locus de Control (LOC), Apoyo Social (SS-A-R global), Afrontamiento (WOC-R subescalas) y Calidad de Vida (SF-36 subescalas) y Riesgo Suicidio

Modelo	X = Pérdidas familiares	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	0.2223	0.9034	0.2460	0.8057	.	.	.
	X: No	-2.0002	0.7566	-2.6438	0.0082	0.1353	0.0307	0.5961
X + Sub-escalas EE	(Intercept)	0.0290	0.9394	0.0309	0.9754	.	.	.
	X: No	-2.0039	0.7572	-2.6464	0.0081	0.1348	0.0306	0.5946
X + EBP	(Intercept)	3.9807	1.3670	2.9119	0.0036	.	.	.
	X: No	-1.8134	0.7794	-2.3266	0.0200	0.1631	0.0354	0.7515
	EBP	-0.0388	0.0100	-3.8840	0.0001	0.9619	0.9433	0.9810
X + Sub-escalas EBP	(Intercept)	4.2485	1.9232	2.2090	0.0272	.	.	.
	X: No	-2.1746	0.8461	-2.5702	0.0102	0.1137	0.0216	0.5967
	EBP Crec. personal	-0.1809	0.0638	-2.8353	0.0046	0.8345	0.7364	0.9457
X + LOC	(Intercept)	-2.5981	0.9738	-2.6679	0.0076	.	.	.
	X: No	-2.3250	1.0468	-2.2210	0.0263	0.0978	0.0126	0.7609
X + SS-A-R	(Intercept)	0.8152	1.1097	0.7347	0.4625	.	.	.
	X: No	-2.3223	1.0472	-2.2176	0.0266	0.0980	0.0126	0.7635
	SS-A-R	-0.0475	0.0234	-2.0252	0.0428	0.9536	0.9108	0.9985
X + Sub-escalas WOC-RR	(Intercept)	-2.5477	1.3879	-1.8357	0.0664	.	.	.
	X: No	-1.9744	0.7807	-2.5289	0.0114	0.1388	0.0301	0.6414
X + Sub-escalas SF-36	WOC-RR Escape	0.2761	0.0937	2.9460	0.0032	1.3179	1.0968	1.5836
X + Sub-escalas SF-36	(Intercept)	0.7744	0.7427	1.0426	0.2971	.	.	.
	X: No	-1.7550	0.8342	-2.1038	0.0354	0.1729	0.0337	0.8869
	SF-36 Rol Emocional	0.0180	0.0088	2.0569	0.0397	1.0182	1.0009	1.0358
	SF-36 Salud mental	-0.0611	0.0212	-2.8807	0.0040	0.9407	0.9024	0.9807

65. ¿MANTIENEN ALGUNAS DE LAS ACTIVIDADES LÚDICAS QUE LE ERAN PLACENTERAS ANTERIORMENTE A LA ENFERMEDAD?

Puede observarse en la tabla 202 que "¿Mantiene algunas de las actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad?" se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Las personas que han respondido "No", tienen mayor probabilidad de tener Riesgo de Suicidio.

Tabla 202

Odds Ratio entre "¿Mantiene algunas de las actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad?" y Riesgo Suicidio

Modelo	X = Mantiene actividad lúdica	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	-2.7362	0.3900	-7.0156	<0.0001	.	.	.
	X: No	1.4369	0.4720	3.0441	0.0023	4.2078	1.6682	10.6134

En la tabla 203 se comprueba que al incluir las variables (EE global y subescalas, EBP global y subescalas, LOC, SS-A-R global y subescalas y WOC-RR subescalas), “¿Mantiene algunas de las actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad?” sigue asociándose de forma significativa con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Las personas que han respondido "No", tienen mayor probabilidad de tener Riesgo de Suicidio.

Tabla 203

Odds Ratio entre “¿Mantiene algunas de las actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad?”, variables (EE global y subescalas, EBP global y subescalas, LOC, SS-A-R global y subescalas y WOC-RR subescalas) y Riesgo Suicidio

Modelo	X = Mantiene actividad lúdica	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	-1.6365	1.0610	-1.5424	0.1230	.	.	.
	X: No	1.2720	0.4868	2.6128	0.0090	3.5680	1.3741	9.2645
X + Sub-escalas EE	(Intercept)	-1.8811	1.1026	-1.7061	0.0880	.	.	.
	X: No	1.2843	0.4885	2.6293	0.0086	3.6123	1.3867	9.4095
X + EBP	(Intercept)	1.9680	1.4613	1.3468	0.1781	.	.	.
	X: No	1.1322	0.5281	2.1439	0.0320	3.1025	1.1020	8.7344
X + Sub-escalas EBP	EBP	-0.0318	0.0098	-3.2334	0.0012	0.9687	0.9503	0.9876
	(Intercept)	1.1319	1.9589	0.5778	0.5634	.	.	.
X + Sub-escalas EBP	X: No	1.2702	0.5592	2.2714	0.0231	3.5614	1.1903	10.6562
	EBP Crec. personal	-0.1425	0.0594	-2.3990	0.0164	0.8672	0.7719	0.9743
X + LOC	(Intercept)	-3.5313	0.9715	-3.6350	0.0003	.	.	.
	X: No	1.3232	0.5654	2.3405	0.0193	3.7556	1.2401	11.3741
X + SS-A-R	(Intercept)	0.3395	1.2465	0.2723	0.7854	.	.	.
	X: No	1.0483	0.5006	2.0942	0.0362	2.8529	1.0695	7.6102
X + Sub-escalas SS-A-R	SS-A-R	-0.0577	0.0245	-2.3595	0.0183	0.9439	0.8997	0.9903
	(Intercept)	-1.3261	1.2229	-1.0844	0.2782	.	.	.
X + Sub-escalas SS-A-R	X: No	1.3003	0.5728	2.2703	0.0232	3.6705	1.1945	11.2787
	SS-A-R Apoyo familiar	-0.1785	0.0503	-3.5471	0.0004	0.8365	0.7579	0.9232
X + Sub-escalas SS-A-R	SS-A-R Búsqueda apoyo	0.1727	0.0679	2.5439	0.0110	1.1885	1.0404	1.3577
	(Intercept)	-4.1803	1.6157	-2.5873	0.0097	.	.	.
X + Sub-escalas WOC-RR	X: No	1.5484	0.5393	2.8710	0.0041	4.7037	1.6345	13.5363
	WOC-RR Escape	0.2047	0.0944	2.1681	0.0302	1.2272	1.0198	1.4767

66. ¿QUÉ ACTIVIDADES LÚDICAS MANTIENE?.

Como se muestra en la tabla 204 “¿Qué actividades lúdicas mantiene?” se asocia de forma significativa con la probabilidad de riesgo de suicidio. En esta muestra no hay individuos con actividades altas o muy altas.

Las personas que mantienen actividades lúdicas en una intensidad baja se asocia significativamente con una menor probabilidad de tener riesgo de suicidio que los que no mantienen.

Tabla 204

Odds Ratio entre "¿Qué actividades lúdicas mantiene?" y Riesgo Suicidio

Modelo	X = Actividades lúdicas	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	-1.2993	0.2659	-4.8862	<0.0001	.	.	.
	X: Baja	-1.8216	0.6470	-2.8154	0.0049	0.1618	0.0455	0.5749

En la tabla 205 se observa que al incluir las variables de Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) las personas que mantienen actividades lúdicas en una intensidad baja se asocia significativamente con una menor probabilidad de tener riesgo de suicidio que los que no mantienen.

Tabla 205

Odds Ratio entre "¿Qué actividades lúdicas mantiene?" variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP subescalas), Apoyo Social (SS-A-R global y subescalas) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Riesgo Suicidio

Modelo	X = Actividades lúdicas	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	-0.0569	0.9141	-0.0622	0.9504	.	.	.
	X: Baja	-1.6436	0.6573	-2.5005	0.0124	0.1933	0.0533	0.7010
X + Sub-escalas	(Intercept)	-0.4632	0.9657	-0.4797	0.6314	.	.	.
	X: Baja	-1.7620	0.6688	-2.6347	0.0084	0.1717	0.0463	0.6368
EE	EE.Agencia	-0.2388	0.1125	-2.1222	0.0338	0.7876	0.6317	0.9819
	(Intercept)	3.1729	1.9824	1.6005	0.1095	.	.	.
X + Sub-escalas	X: Baja	-1.3864	0.7024	-1.9738	0.0484	0.2500	0.0631	0.9903
	EBP	EBP Crec. personal	-0.1242	0.0614	-2.0220	0.0432	0.8832	0.7831	0.9962
X + SS-A-R	(Intercept)	1.2575	1.1902	1.0565	0.2907	.	.	.
	X: Baja	-1.4377	0.6704	-2.1445	0.0320	0.2375	0.0638	0.8836
	SS-A-R	-0.0549	0.0252	-2.1774	0.0295	0.9466	0.9010	0.9945
X + Sub-escalas	(Intercept)	-0.1566	1.1388	-0.1375	0.8906	.	.	.
	X: Baja	-1.5553	0.7259	-2.1425	0.0322	0.2111	0.0509	0.8759
SS-A-R	SS-A-R Apoyo familiar	-0.1504	0.0500	-3.0091	0.0026	0.8604	0.7801	0.9489
	SS-A-R Búsqueda apoyo	0.1500	0.0671	2.2372	0.0253	1.1619	1.0188	1.3251
X + Sub-escalas	(Intercept)	-2.4287	1.5408	-1.5763	0.1150	.	.	.
	X: Baja	-1.9732	0.7859	-2.5106	0.0121	0.1390	0.0298	0.6487
WOC-RR	WOC-RR Escape	0.1977	0.0931	2.1234	0.0337	1.2186	1.0153	1.4625

71. ¿CÓMO SUELE REACCIONAR EL PROFESIONAL DE LA SALUD CUANDO VD. INTENTA INFORMARLE SOBRE LA EM/SFC?

En la tabla 206 se puede constatar "¿Cómo suele reaccionar el profesional de la salud cuando Vd. intenta informarle sobre la EM/SFC?" se asocia de manera significativa con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Las personas que han respondido "No escucha" tienen mayor probabilidad de tener Riesgo de Suicidio.

Para ajustar los modelos de regresión recategorizamos en “No intento”, “Escucha”: opciones 1 y 2 y “No escucha” el resto:

Tabla 206

Odds Ratio entre “¿Cómo suele reaccionar el profesional de la salud cuando Vd. intenta informarle sobre la EM/SFC?” y Riesgo Suicidio

Modelo	X = Reacción del profesional	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	-3.4965	1.0150	-3.4447	0.0006	.	.	.
	X: No escucha	2.0734	1.0452	1.9838	0.0473	7.9518	1.0252	61.6740

Se puede constatar en la tabla 207 que al incluir la variable Apoyo Social (SS-A-R subescalas), “¿Cómo suele reaccionar el profesional de la salud cuando Vd. intenta informarle sobre la EM/SFC?” se asocia, continuando teniendo un efecto significativo, con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Las personas que han respondido “No escucha” tienen mayor probabilidad de tener Riesgo de Suicidio.

Tabla 207

Odds Ratio entre “¿Cómo suele reaccionar el profesional de la salud cuando Vd. intenta informarle sobre la EM/SFC?” variable Apoyo Social (SS-A-R subescalas) y Riesgo Suicidio

Modelo	X = Reacción del profesional	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X +	(Intercept)	-2.1872	1.5982	-1.3685	0.1712	.	.	.
Sub-escalas	X: No escucha	2.3178	1.1715	1.9784	0.0479	10.153	1.0219	100.889
SS-A-R	SS-A-R Apoyo familiar	-0.1681	0.0477	-3.5235	0.0004	0.8453	0.7698	0.9281
SS-A-R	SS-A-R Búsqueda apoyo	0.1462	0.0625	2.3387	0.0194	1.1575	1.0240	1.3084

72. ¿EN ALGUNA OCASIÓN SE HA SENTIDO MENOSPRECIADO EN SU ÁMBITO SOCIO-LABORAL POR PADECER LA EM/SFC?

Como se muestra en la tabla 208 “¿En alguna ocasión se ha sentido menospreciado en su ámbito socio-laboral por padecer la EM/SFC?” se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Las personas que han respondido “Sí” tienen mayor probabilidad de tener Riesgo de Suicidio.

Tabla 208

Odds Ratio entre “¿En alguna ocasión se ha sentido menospreciado en su ámbito socio-laboral por padecer la EM/SFC?” y Riesgo Suicidio

Modelo	X = Menosprecio ámbito socio-laboral	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	-1.6796	0.2322	-7.2328	<0.0001	.	.	.
	X: No	-1.4984	0.7579	-1.9769	0.0480	0.2235	0.0506	0.9872

85. ¿QUÉ RESULTADO HA OBTENIDO CON LOS TRATAMIENTOS PRESCRITOS POR LA SANIDAD PRIVADA?

Como puede apreciarse en la tabla 209 “¿Qué resultado ha obtenido con los tratamientos prescritos por la Sanidad Privada?” se asocia de forma significativa con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Las personas que en los tratamientos prescritos "No tienen resultado" tienen mayor probabilidad de tener Riesgo de Suicidio.

Tabla 209

Odds Ratio entre “¿Qué resultado ha obtenido con los tratamientos prescritos por la Sanidad Privada?” y Riesgo Suicidio

Modelo	X = tto sanidad privada	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	-2.8526	0.5938	-4.8044	<0.0001	.	.	.
	X: No resultado	1.4416	0.6906	2.0875	0.0368	4.2276	1.0921	16.3660

Como se comprueba en la tabla 210 al incluir las variables de Esperanza (EE global) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas), “¿Qué resultado ha obtenido con los tratamientos prescritos por la Sanidad Privada?” sigue asociándose de manera significativa con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Las personas que en los tratamientos prescritos "No tienen resultado" tienen mayor probabilidad de tener Riesgo de Suicidio.

Tabla 210

Odds Ratio entre “¿Qué resultado ha obtenido con los tratamientos prescritos por la Sanidad Privada?” variables Esperanza (EE global) y Afrontamiento (WOC-RR subescalas) y Riesgo Suicidio

Modelo	X = tto sanidad privada	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	-1.4362	1.2049	-1.1920	0.2333	.	.	.
	X: No resultado	1.3904	0.6965	1.9963	0.0459	4.0166	1.0256	15.7298
X + Sub-escalas	(Intercept)	-3.9413	1.8445	-2.1368	0.0326	.	.	.
	X: No resultado	1.6167	0.7582	2.1323	0.0330	5.0366	1.1396	22.2608
WOC-RR	WOC-RR Confrontación	0.3410	0.1700	2.0060	0.0449	1.4063	1.0079	1.9623
	WOC-RR Escape	0.2511	0.1060	2.3700	0.0178	1.2855	1.0444	1.5822

88. ¿SU FAMILIA RESPETA LAS LIMITACIONES QUE SUPONE VIVIR CON LA ENFERMEDAD DE EM/SFC?

Como puede observarse en la tabla 211 “¿Su familia respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad de EM/SFC?” se asocia significativamente con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Las personas que han respondido "No" tienen mayor probabilidad de tener Riesgo de Suicidio.

Tabla 211

Odds Ratio entre "¿Su familia respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad de EM/SFC?" y Riesgo Suicidio

Modelo	X = familia respeta las limitaciones	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	-2.8109	0.3640	-7.7217	<0.0001	.	.	.
	X: No	2.0065	0.4665	4.3009	<0.0001	7.4375	2.9807	18.5584

Como se constata en la tabla 212 al incluir todas las variables exploradas, "¿Su familia respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad de EM/SFC?" se asocia, continuando teniendo un efecto significativo, con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Las personas que han respondido "No" tienen mayor probabilidad de tener Riesgo de Suicidio.

Tabla 212

Odds Ratio entre "¿Su familia respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad de EM/SFC?", todas las variables y Riesgo Suicidio

Modelo	X = familia respeta las limitaciones	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	X: No	2.2011	0.4892	4.4990	<0.0001	9.0348	3.4632	23.5700
X + Sub-escalas EE	X: No	2.2773	0.4974	4.5784	<0.0001	9.7499	3.6781	25.8453
	EE.Agencia	-0.2152	0.1050	-2.0499	0.0404	0.8064	0.6564	0.9906
X + EBP	X: No	2.1968	0.5293	4.1504	<0.0001	8.9963	3.1880	25.3866
	EBP	-0.0398	0.0106	-3.7494	0.0002	0.9609	0.9411	0.9812
X + Sub-escalas EBP	X: No	2.4633	0.6192	3.9779	0.0001	11.7434	3.4889	39.5270
X + LOC	(Intercept)	-4.2612	1.0895	-3.9113	0.0001	.	.	.
	X: No	2.4556	0.6145	3.9962	0.0001	11.6533	3.4947	38.8593
X + SS-A-R	X: No	1.9118	0.5305	3.6037	0.0003	6.7656	2.3918	19.1378
	X: No	1.2895	0.6123	2.1058	0.0352	3.6308	1.0934	12.0568
X + Sub-escalas SS-A-R	SS-A-R Apoyo familiar	-0.1053	0.0528	-1.9943	0.0461	0.9001	0.8116	0.9982
X + Sub-escalas WOC-RR	SS-A-R Búsqueda apoyo	0.1318	0.0623	2.1148	0.0344	1.1408	1.0097	1.2890
	(Intercept)	-3.3610	1.5149	-2.2186	0.0265	.	.	.
X + SOC-13	X: No	2.1563	0.5429	3.9720	0.0001	8.6389	2.9811	25.0351
	WOC-RR Escape	0.2442	0.0955	2.5577	0.0105	1.2766	1.0587	1.5394
X + Sub-escalas SOC-13	X: No	1.7190	0.5036	3.4130	0.0006	5.5788	2.0789	14.9708
	SOC-13	-0.0937	0.0242	-3.8801	0.0001	0.9106	0.8685	0.9547
X + Sub-escalas SOC-13	X: No	1.6618	0.5210	3.1895	0.0014	5.2687	1.8976	14.6282
	Significatividad	-0.2621	0.0818	-3.2051	0.0013	0.7694	0.6555	0.9032
X + Sub-escalas SF-36	X: No	1.8388	0.5405	3.4022	0.0007	6.2890	2.1803	18.1401
	SF-36 Salud mental	-0.0541	0.0218	-2.4806	0.0131	0.9473	0.9077	0.9887

89. EN EL CASO DE QUE ADEMÁS DE TENER EM/SFC, PADEZCA DE SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE (SQM) O ELCTROSENSIBILIDAD (EHS), ¿SU FAMILIA COLABORA EN EL CONTROL AMBIENTAL?

Como puede observarse en la tabla 213 al incluir la variable Bienestar Psicológico (EBP subescalas), “En el caso de que además de tener EM/SFC, padezca de Sensibilidad Química Múltiple (SQM) o Electrosensibilidad (EHS) ¿su familia colabora en el control ambiental?” se asocia de forma significativa, con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Las personas que han respondido "No" tienen mayor probabilidad de tener Riesgo de Suicidio.

Tabla 213

Odds Ratio entre “En el caso de que además de tener EM/SFC, padezca de Sensibilidad Química Múltiple (SQM) o Electrosensibilidad (EHS) ¿su familia colabora en el control ambiental?” variable Bienestar Psicológico (EBP subescalas) y Riesgo Suicidio

Modelo	X = Familia colabora control ambiental	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X +	(Intercept)	8.6131	3.7942	2.2700	0.0232	.	.	.
Sub-escalas	X: No	2.0141	0.9633	2.0908	0.0365	7.4939	1.1344	49.5069
	EBP Dominio entorno	-0.2834	0.1249	-2.2684	0.0233	0.7532	0.5896	0.9622
EBP	EBP Crec. personal	-0.2336	0.1087	-2.1487	0.0317	0.7916	0.6397	0.9797

94. ¿SU CÍRCULO SOCIAL RESPETA LAS LIMITACIONES QUE SUPONE VIVIR CON LA ENFERMEDAD EM/SFC QUE PADECE?.

Como puede comprobarse en la tabla 214 “Su círculo social respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad EM/SFC que padece?” se asocia de manera significativa con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Las personas que han respondido "No", tienen mayor probabilidad de tener Riesgo de Suicidio.

Tabla 214

Odds Ratio entre “Su círculo social respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad EM/SFC que padece?” y Riesgo Suicidio

Modelo	X = círculo social respeta las limitaciones	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
Sólo X	(Intercept)	-2.4756	0.3471	-7.1329	<0.0001	.	.	.
	X: No	1.2228	0.4481	2.7288	0.0064	3.3968	1.4113	8.1755

Como se constata en la tabla 215 al incluir las variables de Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Locus de Control (LOC) y Apoyo Social (SS-A-R global), “Su círculo social respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad EM/SFC que padece?” sigue asociándose de manera significativa con la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. Las personas que han respondido "No", tienen mayor probabilidad de tener Riesgo de Suicidio.

Tabla 215

Odds Ratio entre "Su círculo social respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad EM/SFC que padece?", variables Esperanza (EE global y subescalas), Bienestar Psicológico (EBP global y subescalas), Locus de Control (LOC) y Apoyo Social (SS-A-R global) y Riesgo Suicidio

Modelo	X = círculo social respeta las limitaciones	Estimación	Error estándar	Z-valor	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.	
							Inf.	Sup.
X + EE	(Intercept)	-0.7676	0.9612	-0.7986	0.4245	.	.	.
	X: No	1.1948	0.4554	2.6238	0.0087	3.3030	1.3530	8.0634
X + Sub-escalas EE	(Intercept)	-0.9834	1.0009	-0.9826	0.3258	.	.	.
	X: No	1.2043	0.4567	2.6370	0.0084	3.3345	1.3624	8.1616
X + EBP	(Intercept)	3.8158	1.4456	2.6395	0.0083	.	.	.
	X: No	1.0984	0.5032	2.1826	0.0291	2.9992	1.1185	8.0421
	EBP	-0.0439	0.0108	-4.0670	<0.0001	0.9571	0.9371	0.9775
X + Sub-escalas EBP	(Intercept)	3.1580	1.9412	1.6269	0.1038	.	.	.
	X: No	1.3740	0.6123	2.2441	0.0248	3.9512	1.1900	13.1191
	EBP Crec. personal	-0.1668	0.0639	-2.6095	0.0091	0.8464	0.7467	0.9593
X + LOC	(Intercept)	-3.5530	0.9791	-3.6288	0.0003	.	.	.
	X: No	1.2092	0.5381	2.2473	0.0246	3.3507	1.1672	9.6191
X + SS-A-R	(Intercept)	-0.1942	1.3245	-0.1466	0.8834	.	.	.
	X: No	1.1205	0.5228	2.1432	0.0321	3.0663	1.1006	8.5431

3. RESÚMEN DE LOS RESULTADOS EN FUNCIÓN DE LAS HIPÓTESIS.

Una vez realizado el análisis de cada uno de los Datos Sociodemográficos y Clínicos explorados y la incidencia de las Variables moduladoras que han tenido en los mismos, se ha dado respuesta a cada una de las hipótesis planteadas:

HIPÓTESIS 1. En las personas con EM/SFC, existe una incidencia superior a la media poblacional, sin EM/SFC, de Depresión, Desesperanza y de Riesgo de Suicidio. (Disco adjunto, tablas archivos 6, 7 y 8)

Depresión:

En cada persona se considera como grado de Depresión alto si la puntuación en el Inventario de Depresión es ≥ 21 .

De la muestra de esta investigación, de 205 personas exploradas, se han producido 11 "missing". De las 194 personas restantes **111 (57'25%) han obtenido Depresión en grado alto.** (Ver gráfico 1 y Disco adjunto, tablas archivo 6)

Dos estudios (Alonso et al., 2004 y Haro et al., 2006) encontraron una prevalencia en población adulta española de un 4% y un 3'9% respectivamente. Mousavi et al. (2007) hallaron un incidencia entre un 9'3% y un 23% en pacientes con enfermedad física crónica.

En la Encuesta Nacional de Salud realizada por el INE (Instituto Nacional de Estadística) entre Julio/2011 y Junio/2012, hallaron un incidencia conjunta de ansiedad-depresión de un 14'6% (INE, 2013).

DESESPERANZA:

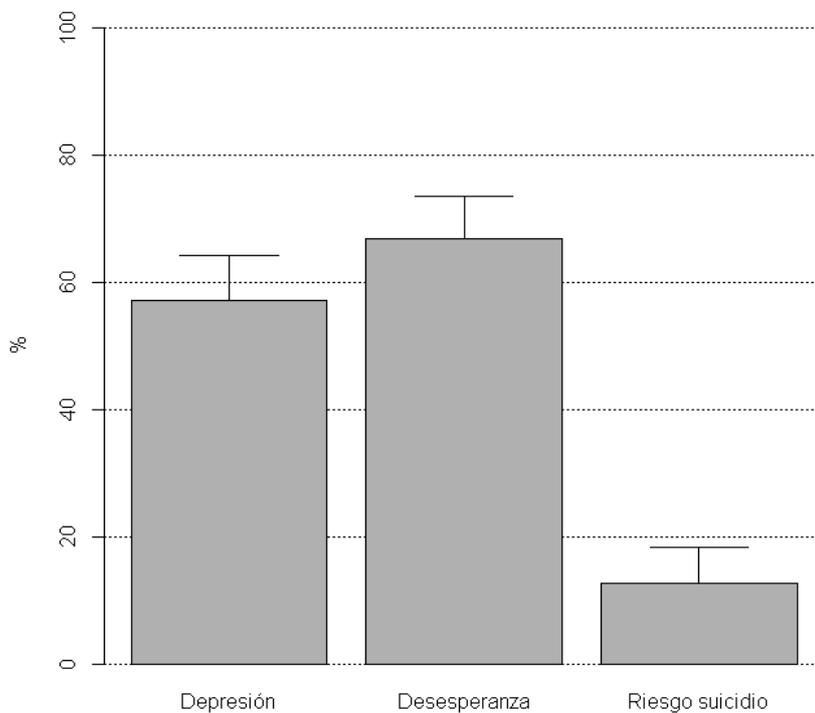
En cada persona se considera como grado de Desesperanza alto si la puntuación en la escala de Desesperanza es ≥ 8 .

De la muestra de esta investigación, de 205 personas exploradas, se han producido 27 "missing". De las 178 personas restantes **119 (66'85%) han obtenido un grado alto de Desesperanza.** (Ver gráfico 1 y Disco adjunto, tablas archivo 7).

No Se ha localizado ningún estudio sobre la prevalencia de Desesperanza en la población española, hay estudios que observan la presencia de Desesperanza con respecto a otras enfermedades crónicas, (Clarke et al., 2006, Van Laarhoven et al., 2011, Vinaccia et al., 2004). Sin embargo, tampoco Se ha hallado ningún estudio que concretice el porcentaje de incidencia de la Desesperanza en estas enfermedades crónicas.

Gráfico 1

Incidencia de Depresión=(57.25%) Desesperanza=(66.85%) y Riesgo de Suicidio=(12.74%) de la muestra.



RIESGO DE SUICIDIO:

En cada persona se ha considerado como Riesgo de Suicidio si contestaba al ítem 137 (De la escala IDB) con 3: “Desearía poner fin a mi vida” o 4: “Me suicidaría si tuviese oportunidad”.

De la muestra de esta investigación, de 205 personas exploradas, se ha producido 1 “missing”. De las 204 personas restantes **26 (12'74%) con Riesgo de Suicidio.** (Ver gráfico 1 y Disco adjunto, tablas archivo 8).

Casey et al. (2006) estudio realizado para ODIN (Outcome of Depression International Network) la incidencia en una muestra española fue de un 2'3%. Otro estudio realizado por Bernal et al. (2007), para ESEMED (European Study on the Epidemiology of Mental Disorders), resultando la prevalencia de ideación de suicidio en la muestra española de un 4'4%.

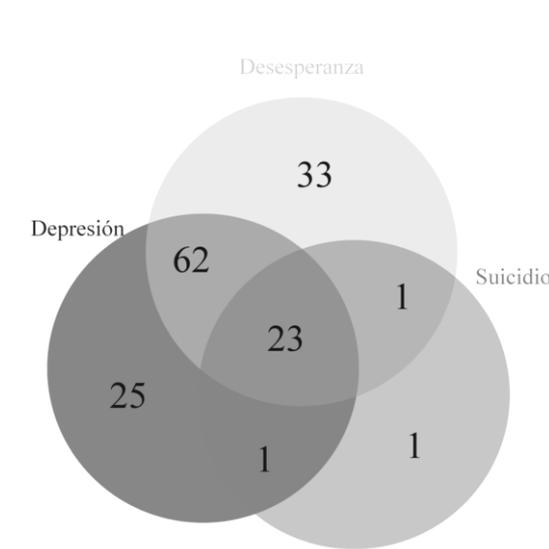
HIPÓTESIS - 2. Existen datos sociodemográficos y clínicos asociados de forma significativa con Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio.

El gráfico 2 presenta la distribución de los ítems en Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio.

De los 96 ítems de los datos sociodemográficos y clínicos explorados **38 (39'58%)** han tenido un **efecto significativo** sobre la probabilidad de tener Desesperanza, Depresión y/o Riesgo de Suicidio, resultando de la siguiente forma: **30 ítems (el 31.25%) han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener Depresión en grado alto:**

Gráfico 2

Distribución de los Datos Sociodemográficos y Clínicos en Depresión, Desesperanza y Riesgo Suicidio.



Área "Sanitaria" (9 ítems)

i7: "¿Cuánto tiempo hace que obtuvo el diagnóstico?: Las personas que obtuvieron el diagnóstico en "Menos tiempo".

i9: "¿Especialista que realizó el diagnóstico?". Las personas que "No" han sido diagnosticadas por un Internista.

i17: "Le han informado los médicos que la EM/SFC que padece Vd. es una enfermedad de sensibilización central?" : Las personas que "No" han sido informadas.

i20: "¿Se considera Vd. bien informado?" : Las personas que "No" se consideran.

i24: "¿Con que periodicidad le hacen el seguimiento médico de la EM/SFC?" : Las personas que "No" le hacen seguimiento.

i34: "Cuando tiene que acudir a un profesional de la salud, ¿éste tiene en cuenta los posibles efectos de los agentes químicos en su salud?". Las personas que "No" se le tiene en cuenta.

i69: "¿Se ha sentido menospreciado, ridiculizado en alguna ocasión cuando ha tenido que acudir a algún centro sanitario en solicitud de atención médica?" Las personas que "Sí" se han sentido.

i71: "Cómo suele reaccionar normalmente el profesional de la salud cuando intenta darle información sobre la enfermedad?". Las personas que han respondido que dicho profesional "No escucha".

i85: "Los tratamientos prescritos por la sanidad privada". Las personas que "No han obtenido resultado".

Área "Psicológica" (5 ítems)

i73: "¿En alguna ocasión le han derivado o aconsejado tratamiento psicológico o psiquiátrico?" Las personas que "Si" le han derivado.

i74: "¿Le explicaban cual era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico o psiquiátrico?". A las personas que "Derivan a tratamiento psicológico".

i76: "¿Le ha sido de utilidad el tratamiento psicológico/ psiquiátrico?". Las personas "Derivadas" a dicho tratamiento.

i77: "¿Se ha sentido manipulado, engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?". Las personas "Derivadas" a dicho tratamiento.

i81: "¿Durante el tratamiento psicológico/psiquiátrico, le han calificado?. Las personas que han sido calificadas de "Alguna" manera.

Área "Sociofamiliar" (4 ítems)

i61: "¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de familiares?". Las personas que "Si" han tenido dichas pérdidas.

i62: "¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de amistades?". Las personas que "Si" han tenido dichas pérdidas.

i90: "Las relaciones íntimas con su pareja, ¿se han visto afectadas por padecer esta patología?". Las personas que "Sí" han sido afectadas en dichas relaciones íntimas.

i94: "¿Su círculo social respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad que padece?". Las personas que dicho círculo social "No" lo respeta.

Área "Laboral" (4 ítems)

i41: "¿Situación laboral actual: Baja por enfermedad?". Las personas que "Si" están en dicha situación.

i60: "¿Se encuentra en una situación justa del reconocimiento de sus derechos sociales y laborales?". Las personas que "No" se encuentran en dicha situación.

i63: "¿La enfermedad le ha supuesto pérdida o reducción de trabajo?". Las personas que "Si" ha tenido dicha pérdida.

i72: "¿En alguna ocasión se ha sentido menospreciado en su ámbito socio-laboral, por padecer esta enfermedad?. Las personas que "Sí" se han sentido.

Área "Sociodemográfica" (2 ítems)

i4: "Nivel Educativo": Las personas con estudio de ESO o Bachillerato.

i5: "Residencia": Las personas "No residentes en Cataluña".

Área "Financiera" (2 ítems)

i92: "El hecho de padecer esta patología ¿merma la capacidad económica de la unidad familiar?". Las personas que "Si" le merman.

i93: "¿Necesita recurrir en ocasiones a la familia para hacer frente a sus necesidades cotidianas?". Las personas que "Si" necesitan recurrir.

Área "Ocio" (2 ítems)

i65: "¿Mantiene algunas actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad?". Las personas que "No" mantiene dichas actividades.

i66: "Intensidad de realización de las actividades lúdicas". Las personas que "No" mantiene dichas actividades.

Área "Dependencia" (1 ítem)

i31: "¿Utiliza algún tipo de soporte para la fatiga/dolor?". Las personas que utilizan "A veces".

Área "Ambiental/Química" (1 ítem)

i29: "¿Ha observado si la exposición medioambiental a sustancias químicas le repercute en la EM/SFC de forma negativa?". Las personas que les repercute "Muchísimo".

20 ítems (el 20.83%) han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto:

Área Psicológica" (4 ítems)

i73: "¿En alguna ocasión le han derivado o aconsejado tratamiento psicológico o psiquiátrico?" Las personas que "Si" le han derivado.

i74: "¿Le explicaban cual era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico o psiquiátrico?". A las personas que "Sí" le explicaban.

i76: "¿Le ha sido de utilidad el tratamiento psicológico/ psiquiátrico?". Las personas "Derivadas" a dicho tratamiento.

i77: "¿Se ha sentido manipulado, engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico/ psiquiátrico?". Las personas "Derivadas" a dicho tratamiento.

Área "Laboral" (4 ítems)

i46: "¿Situación actual laboral: jubilación?". Las personas que "Sí" están en esta situación.

i60: "¿Se encuentra en una situación justa del reconocimiento de sus derechos sociales y laborales?". Las personas que "No" se encuentran en dicha situación.

i63: "¿La enfermedad le ha supuesto pérdida o reducción de trabajo?". Las personas que "Si" ha tenido dicha pérdida.

i72: "¿En alguna ocasión se ha sentido menospreciado en su ámbito socio-laboral, por padecer esta enfermedad?. Las personas que "Sí" se han sentido.

Área "Sanitaria" (3 ítems)

i9: "¿Especialista que realizó el diagnóstico?". Las personas que "No" han sido diagnosticadas por un Internista.

i69: "¿Se ha sentido menospreciado, ridiculizado en alguna ocasión cuando ha tenido que acudir a algún centro sanitario en solicitud de atención médica?" Las personas que "Sí" se han sentido.

i71: "Cómo suele reaccionar normalmente el profesional de la salud cuando intenta darle información sobre la enfermedad?". Las personas que han respondido que dicho profesional "No escucha".

Área "Sociofamiliar" (3 ítems)

i61: "¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de familiares?". Las personas que "Si" han tenido dichas pérdidas.

i62: "¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de amistades?". Las personas que "Si" han tenido dichas pérdidas.

i90: "Las relaciones íntimas con su pareja, ¿se han visto afectadas por padecer esta patología?". Las personas que "Sí" han sido afectadas en dichas relaciones íntimas.

Área "Dependencia" (2 ítems)

i31: "¿Utiliza algún tipo de soporte para la fatiga/dolor?". Las personas que utilizan "A veces".

i50: "¿Se le ha reconocido una minusvalía?". Las personas que "Sí" le ha sido reconocida.

Área "Finanzas" (2 ítems)

i92: "El hecho de padecer esta patología ¿merma la capacidad económica de la unidad familiar?". Las personas que "Si" le merman.

i93: "¿Necesita recurrir en ocasiones a la familia para hacer frente a sus necesidades cotidianas?". Las personas que "Si" necesitan recurrir.

Área "Ocio" (2 ítems)

i65: "¿Mantiene algunas actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad?". Las personas que "No" mantiene dichas actividades.

i66: "Intensidad de realización de las actividades lúdicas". Las personas que "No" mantiene dichas actividades.

16 ítems (el 16.67%) han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio:

Área "Sanitaria (5 ítems)

i17: "Le han informado los médicos que la EM/SFC que padece Vd. es una enfermedad de sensibilización central?" : Las personas que "No" han sido informadas.

i23: "¿Le hacen un seguimiento médico de la EM/SFC?" : Las personas que "No" se lo hacen.

i24: "¿Con que periodicidad le hacen el seguimiento médico de la EM/SFC?" : Las personas que "No" le hacen seguimiento.

i71: "Cómo suele reaccionar normalmente el profesional de la salud cuando intenta darle información sobre la enfermedad?". Las personas que han respondido que dicho profesional "No escucha".

i85: "Los tratamientos prescritos por la sanidad privada". Las personas que "No han obtenido resultado".

Área "Sociofamiliar" (3 ítems)

i61: "¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de familiares?". Las personas que "Si" han tenido dichas pérdidas.

i88: "¿Su familia respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad que padece? Las personas que su familia "No" respeta.

i94: "¿Su círculo social respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad que padece?". Las personas que dicho círculo social "No" lo respeta.

Área "Laboral (3 ítems)

i40: "Situación laboral actual: en paro". Las personas que "Sí" están en esta situación.

i45: "Situación laboral actual: cobrando ayuda familiar". Las personas que "Sí" están en esta situación.

i72: "¿En alguna ocasión se ha sentido menospreciado en su ámbito socio-laboral, por padecer esta enfermedad?. Las personas que "Sí" se han sentido.

Área "Dependencia" (2 ítems)

i50: "¿Se le ha reconocido una minusvalía?". Las personas que "Sí" le ha sido reconocida.

i53: "Se le ha reconocido algún grado de dependencia?". Las personas que "Sí" le han reconocido.

Área "Ocio" (2 ítems)

i65: "¿Mantiene algunas actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad?". Las personas que "No" mantiene dichas actividades.

i66: "Intensidad de realización de las actividades lúdicas". Las personas que "No" mantiene dichas actividades.

Área "Sociodemográfica" (1 ítem)

i5: "Residencia": Las personas "No residentes en Cataluña".

5 ítems (5'21%) han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio:

Área "Sanitaria (1 ítem)

i71: "Cómo suele reaccionar normalmente el profesional de la salud cuando intenta darle información sobre la enfermedad?". Las personas que han respondido que dicho profesional "No escucha".

Área "Sociofamiliar" (1 ítem)

i61: "¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de familiares?". Las personas que "Si" han tenido dichas pérdidas.

Área "Laboral (1 ítem)

i72: "¿En alguna ocasión se ha sentido menospreciado en su ámbito socio-laboral, por padecer esta enfermedad?. Las personas que "Sí" se han sentido.

Área "Ocio" (2 ítems)

i65: "¿Mantiene algunas actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad?". Las personas que "No" mantiene dichas actividades.

i66: "Intensidad de realización de las actividades lúdicas". Las personas que "No" mantiene dichas actividades.

HIPÓTESIS 3. Existen variables (Esperanza, Bienestar Psicológico, Locus de Control, Apoyo Social, Afrontamiento, Sentido de Coherencia y Calidad de Vida) que modulan positivamente (reducen) los efectos producidos por los Datos Sociodemográficos en Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio. (Ver Tablas 216, 217, 218).

HIPÓTESIS 3.1. La variable **Esperanza** modula positivamente (reduce) el efecto producido por los datos sociodemográficos en la Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio.

Esperanza (EE global)

De los **30** datos sociodemográficos y clínicos resultantes que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Depresión en grado alto**, al incluir la variable **Esperanza (EE-global)**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 26 ítems (**86'67%**): 4, 5, 7, 9, 17, 20, 31, 34, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 69, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 81, 85, 92, 93 y 94.
- Han corregido **dejando de tener efecto** los siguientes 1 ítems (**3'33%**): 90.

De los **20** datos sociodemográficos y clínicos resultantes que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Desesperanza en grado alto**, al incluir la variable **Esperanza (EE-global)**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 11 ítems (**55%**): 9, 46, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 71, 76 y 77.
- Han corregido **dejando de tener efecto** los siguientes 3 ítems (**15%**): 50, 72 y 90.

De los **16** datos sociodemográficos y clínicos resultantes que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Riesgo de Suicidio**, al incluir la variable **Esperanza (EE-global)**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 14 ítems (**87'5%**): 5, 17, 23, 24, 40, 45, 61, 65, 66, 70, 85, 88, 89 y 94.
- **No ha corregido ningún ítem para que deje de tener efecto.**

Esperanza (EE subescalas)

De los **30** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Depresión en grado alto**, al incluir la variable **Esperanza (EE-subescalas)**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 25 ítems (**83'33%**): 4, 5, 7, 9, 17, 20, 29, 31, 34, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 69, 71, 72, 74, 76, 77, 81, 85, 92 y 94.

- **No ha corregido ningún ítem para que deje de tener efecto.**

De los **20** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Desesperanza en grado alto**, al incluir la variable **Esperanza (EE-subescalas)**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 10 ítems (50%): 9, 46, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 71 y 77.
- Han corregido **dejando de tener efecto** los siguientes 3 ítems (15%): 72, 76 y 90.

De los **16** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Riesgo de Suicidio**, al incluir la dimensión **Esperanza (EE-subescalas)**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 11 ítems (68'75%): 5, 17, 23, 24, 40, 45, 61, 65, 66, 88, y 94.
- Han corregido **dejando de tener efecto** los 1 siguientes ítems (6'25%): 53.

Por lo que esta Variable, en los diferentes apartados, el porcentaje de ítems que ha podido corregir dejando a dichos ítems sin efecto sobre la probabilidad de tener Depresión, Desesperanza y/o Riesgo de Suicidio, ha estado entre el 0% y el 15%.

HIPÓTESIS 3.2. La variable **Bienestar Psicológico** modula positivamente (reduce) el efecto producido por los datos sociodemográficos en la Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio.

Bienestar Psicológico (EBP global)

De los **30** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Depresión en grado alto**, al incluir la variable **Bienestar Psicológico (EBP-global)**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 9 ítems (30%): 17, 29, 31, 34, 41, 60, 65, 66 y 69.
- Han corregido **dejando de tener efecto** los siguientes 14 ítems (46'67%): 4, 20, 61, 62, 72, 73, 74, 76, 77, 81, 90, 92, 93 y 94.

De los **20** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Desesperanza en grado alto**, al incluir la variable **Bienestar Psicológico (EBP-global)**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 9 ítems (45%): 9, 46, 63, 65, 66, 71, 73, 76 y 77.

- Han corregido **dejando de tener efecto** los siguientes 8 ítems (40%): 31, 50, 60, 61, 62, 72, 90 y 92.

De los **16** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Riesgo de Suicidio**, al incluir la variable **Bienestar Psicológico (EBP-global)**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 8 ítems (50%): 5, 23, 24, 40, 61, 65, 88, y 94.
- Han corregido **dejando de tener efecto** los siguientes 4 ítems (25%): 17, 53, 72 y 85.

Bienestar Psicológico (EBP subescalas)

De los **30** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Depresión en grado alto**, al incluir la variable **Bienestar Psicológico (EBP-subescalas)**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 7 ítems (23%): 7, 9, 29, 41, 60, 65 y 66.
- Han corregido **dejando de tener efecto** los siguientes 17 ítems (56'67%): 4, 5, 20, 61, 62, 63, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 81, 90, 92, 93 y 94.

De los **20** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Desesperanza en grado alto**, al incluir la variable **Bienestar Psicológico (EBP-subescalas)**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 7 ítems (35%): 9, 46, 63, 65, 66, 76 y 77.
- Han corregido **dejando de tener efecto** los siguientes 10 ítems (50%): 31, 50, 60, 61, 62, 72, 74, 90, 92 y 93

De los **16** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Riesgo de Suicidio**, al incluir la variable **Bienestar Psicológico (EBP-subescalas)**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 9 ítems (56'25%): 5, 23, 24, 40, 61, 65, 66, 88 y 94.
- Han corregido **dejando de tener efecto** los siguientes 6 ítems (el 37'5%): 17, 45, 50, 53, 72 y 85.

Por lo que esta Variable, en los diferentes apartados, el porcentaje de ítems que ha podido corregir dejando a dichos ítems sin efecto sobre la probabilidad de tener Desesperanza, epresión y/o Riesgo de Suicidio, ha estado entre el 25 y el 56.67%.

HIPÓTESIS 3.3. La variable **Locus de Control** modula positivamente (reduce) el efecto producido por los datos sociodemográficos en la Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio.

Locus de Control (LOC)

De los **30** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Depresión en grado alto**, al incluir la variable **Locus de Control**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 17 ítems (56'67%): 5, 20, 31, 60, 62, 63, 65, 66, 69, 71, 72, 74, 76, 77, 92, 93 y 94.
- Han corregido **dejando de tener efecto** los siguientes 7 ítems (23'33%): 7, 9, 29, 34, 41, 73 y 90.

De los **20** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Desesperanza en grado alto**, al incluir la variable **Locus de Control**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 13 ítems (68'42%): 9, 60, 62, 63, 65, 66, 73, 76, 77, 90, 91, 92 y 93.
- Han corregido **dejando de tener efecto** los siguientes 4 ítems (20%): 31, 46, 71 y 72.

De los **16** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Riesgo de Suicidio**, al incluir la variable **Locus de Control**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 10 ítems: (62'5%) 17, 23, 40, 45, 53, 61, 65, 66, 88 y 94
- Han corregido **dejando de tener efecto** los siguientes 6 ítems (37'5%): 5, 24, 50, 71, 72 y 85.

Por lo que esta Variable, en los diferentes apartados, el porcentaje de ítems que ha podido corregir dejando a dichos ítems sin efecto sobre la probabilidad de tener Desesperanza, Depresión y/o Riesgo de Suicidio, ha estado entre el 20 y el 37.5%.

HIPÓTESIS 3.4. La variable **Apoyo Social** modula positivamente (reduce) el efecto producido por los datos sociodemográficos en la **Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio**.

Apoyo Social (SS-A-R global)

De los **30** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Depresión en grado alto**, al incluir la variable **Apoyo Social (SS-A-R-global)**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 20 ítems (66'67%): 7, 9, 20, 31, 34, 41, 60, 62, 65, 66, 69, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 85, 92 y 93.
- Han corregido **dejando de tener efecto** los siguientes 5 ítems (16'67%): 5, 17, 29, 90 y 94.

De los **20** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Desesperanza en grado alto**, al incluir variable **Apoyo Social (SS-A-R-global)**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 16 ítems (80%): 9, 31, 46, 50, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 71, 73, 74, 77, 92 y 93.
- Han corregido **dejando de tener efecto** los siguientes 1 ítems (5%): 76.

De los **16** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Riesgo de Suicidio**, al incluir la dimensión **Apoyo Social (SS-A-R-global)**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 8 ítems (50%): 23, 24, 50, 61, 65, 66, 88 y 94.
- Han corregido **dejando de tener efecto** 3 ítems (18'75%): 53, 72 y 85.

Apoyo Social (SS-A-R subescalas)

De los **30** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Depresión en grado alto**, al incluir la variable **Apoyo Social (SS-A-R-subescalas)**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 20 ítems (66'67%): 9, 17, 20, 31, 34, 41, 60, 62, 65, 66, 69, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 85, 92, 93.
- Han corregido **dejando de tener efecto** 4 ítems (13'33%): 5, 29, 90 y 94.

De los **20** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Desesperanza en grado alto**, al incluir a variable **Apoyo Social (SS-A-R-subescalas)**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 14 ítems (70%): 9, 31, 46, 60, 62, 63, 65, 71, 73, 74, 76, 77, 92 y 93.
- Han corregido **dejando de tener efecto** los siguientes 2 ítems (10%): 50 y 72.

De los **16** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Riesgo de Suicidio**, al incluir la variable **Apoyo Social (SS-A-R-subescalas)**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 5 ítems (31'25%): 23, 65, 66, 71 y 88
- Han corregido **dejando de tener efecto** los siguientes 7 ítems (43'75%): 17, 45, 53, 61, 72, 85 y 94.

Por lo que esta Variable, en los diferentes apartados, el porcentaje de ítems que ha podido corregir dejando a dichos ítems sin efecto sobre la probabilidad de tener Desesperanza, Depresión y/o Riesgo de Suicidio, ha estado entre el 10 y el 43.75%.

HIPÓTESIS 3.5. La variable **Afrontamiento** modula positivamente (reduce) el efecto producido por los datos sociodemográficos en la Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio.

Afrontamiento (WOC-RR)

De los **30** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Depresión en grado alto**, al incluir la variable **Afrontamiento**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 23 ítems (76'67%): 5, 17, 20, 29, 31, 41, 60, 61, 62, 65, 66, 69, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 81, 85, 92, 93 y 94.
- Han corregido **dejando de tener efecto** los siguientes 5 ítems (16'67%): 4, 9, 34, 63 y 90.

De los **20** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Desesperanza en grado alto**, al incluir la variable **Afrontamiento**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 16 ítems (80%): 9, 31, 46, 60, 61, 62, 65, 66, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 92 y 93.
- Han corregido **dejando de tener efecto** los siguientes 1 ítems (5%): 90.

De los **16** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Riesgo de Suicidio**, al incluir la variable **Afrontamiento**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 9 ítems (56'25%): 5, 23, 45, 50, 61, 65, 66, 85 y 88.

- Han corregido **dejando de tener efecto** los siguientes 2 ítems (12'5%): 40 y 72.

Por lo que esta Variable, en los diferentes apartados, el porcentaje de ítems que ha podido corregir dejando a dichos ítems sin efecto sobre la probabilidad de tener Desesperanza, Depresión y/o Riesgo de Suicidio, ha estado entre el 5 y el 18.75%.

HIPÓTESIS 3.6. La variable **Sentido de Coherencia** modula positivamente (reduce) el efecto producido por los datos sociodemográficos en la Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio.

Sentido de Coherencia (SOC-13 global)

De los **30** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Depresión en grado alto**, al incluir la **variable Sentido de Coherencia (SOC-13 global)**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 7 ítems (23'33%): 41, 60, 65, 66, 74, 76 y 77.
- Han corregido **dejando de tener efecto** los siguientes 20 ítems (66'67%): 4, 5, 9, 20, 29, 31, 34, 61, 62, 63, 69, 71, 72, 73, 81, 85, 90, 92, 93 y 94.

De los **20** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Desesperanza en grado alto**, al incluir la **variable Sentido de Coherencia (SOC-13 global)**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 4 ítems (20%): 65, 66, 71 y 77.
- Han corregido **dejando de tener efecto** los siguientes 11 ítems (55%): 31, 46, 50, 60, 63, 72, 73, 74, 90, 92 y 93.

De los **16** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Riesgo de Suicidio**, al incluir la **variable Sentido de Coherencia (SOC-13 global)**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 3 ítems (18'75%): 23, 45 y 88.
- Han corregido **dejando de tener efecto** los siguientes 10 ítems (62'5%): 17, 40, 50, 53, 65, 66, 71, 72, 85 y 94.

Sentido de Coherencia (SOC-13 subescalas)

De los **30** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Depresión en grado alto**, al incluir la **variable Sentido de Coherencia (SOC-13 subescalas)**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 8 ítems (26'67%): 41, 60, 65, 66, 73, 74, 76 y 77.
- Han corregido **dejando de tener efecto** los siguientes 19 ítems (63'33%): 4, 5, 9, 20, 29, 31, 34, 61, 62, 63, 69, 71, 72, 81, 85, 90, 92, 93 y 94.

De los **20** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Desesperanza en grado alto**, al incluir **la variable Sentido de Coherencia (SOC-13 subescalas)**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 4 ítems (20%): 65, 66, 71 y 77.
- Han corregido **dejando de tener efecto** los siguientes 8 ítems (40%): 31, 46, 50, 60, 61, 72, 90 y 93.

De los **16** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Riesgo de Suicidio**, al incluir **la variable Sentido de Coherencia (SOC-13 subescalas)**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 3 ítems (18'75%): 5, 23 y 88.
- Han corregido **dejando de tener efecto** los siguientes 12 ítems (75%): 17, 40, 45, 50, 53, 61, 65, 66, 71, 72, 85 y 94.

Por lo que esta Variable, en los diferentes apartados, el porcentaje de ítems que ha podido corregir dejando a dichos ítems sin efecto sobre la probabilidad de tener Desesperanza, Depresión y/o Riesgo de Suicidio, ha estado entre el 40 y el 75%.

HIPÓTESIS 3.7. La variable **Calidad de Vida** modula positivamente (reduce) el efecto producido por los datos sociodemográficos en la Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio.

Calidad de Vida (SF-36 subescalas)

De los **30** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Depresión en grado alto**, al incluir **la variable Calidad de Vida (SF-36 subescalas)**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 5 ítems (16'67%): 60, 73, 74, 76 y 77.
- Han corregido **dejando de tener efecto** los siguientes 21 ítems (70%): 4, 7, 17, 20, 29, 31, 34, 41, 61, 62, 63, 66, 69, 71, 72, 81, 85, 90, 92, 93 y 94.

De los **20** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Desesperanza en grado alto**, al incluir **la variable Calidad de Vida (SF-36 subescalas)**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 5 ítems (25%): 46, 62, 65, 66 y 71.

- Han corregido **dejando de tener efecto** los siguientes 13 ítems (65%): 31, 50, 60, 61, 63, 72, 73, 74, 76, 77, 90, 92 y 93.

De los **16** datos sociodemográficos y clínicos explorados que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener **Riesgo de Suicidio**, al incluir **la variable Calidad de Vida (SF-36 subescalas)**:

- Han **mantenido** dicho efecto los siguientes 6 ítems (37'5%): 5, 23, 40, 45, 50 y 61.
- Han corregido **dejando de tener efecto** los siguientes 5 ítems (31'25%): 53, 71, 72, 85 y 94.

Por lo que esta Variable, en los diferentes apartados, el porcentaje de ítems que ha podido corregir dejando a dichos ítems sin efecto sobre la probabilidad de tener Desesperanza, Depresión y/o Riesgo de Suicidio, ha estado entre el 31.25 y el 70%.

Existen circunstancias sociodemográficas y clínicas que mantienen sus efectos en Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio. No son moduladas (reducidas) por ninguna de las variables exploradas. Al incluir las variables, ninguna ha podido corregir el efecto producido por **SIETE (el 7'29%) Datos Sociodemográficos y Clínicos** sobre la probabilidad de tener Depresión, Desesperanza y/o Riesgo de Suicidio en grado alto:

Depresión:

i60: "¿Considera que se encuentra actualmente en una situación justa desde el punto de vista del reconocimiento de sus derechos sociales y laborales?". Las personas que "No" se encuentran en esta situación, tienen mayor probabilidad de tener Depresión en grado alto.

Desesperanza:

i9: "Especialista que realizó el Diagnóstico". Las personas No Diagnosticadas por un Internista, tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

i66: "Intensidad de realización de las actividades lúdicas". Las personas que "No" mantiene dichas actividades, tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

i69: "¿Se ha sentido menospreciado, ridiculizado en alguna ocasión cuando ha tenido que acudir a algún centro sanitario en solicitud de atención médica?" Las personas que "Sí" se han sentido, tienen mayor probabilidad de tener Desesperanza en grado alto.

Depresión y Desesperanza:

i65: "¿Mantiene algunas actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad?". Las personas que "No" mantiene dichas actividades tienen mayor probabilidad de tener Depresión y Desesperanza en grado alto.

Riesgo de Suicidio:

i23: "¿Le hacen seguimiento médico de la EM/SFC?". Las personas que "No" tienen seguimiento, tienen mayor probabilidad de tener Riesgo de Suicidio.

i88: "¿Su familia respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad que padece? Las personas que su familia "No" respeta, tienen mayor probabilidad de tener Riesgo de Suicidio.

DISCUSIÓN

La discusión de los resultados se ha organizado en función de los objetivos de la tesis. Indicamos incidencia, repercusión o grado de asociación de los factores sociodemográficos y clínicos con Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio, y –asimismo- la influencia o grado de asociación de las variables moduladoras con o sobre Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio,

1. ENCEFALOMIELITIS MIÁLGICA/SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA.

Las 205 personas enfermas de EM/SFC, están padeciendo una enfermedad altamente dolorosa e incapacitante, en el sentido de que no les permite el normal desempeño diario de las actividades a las que estaban habituados. Las características de esta enfermedad están bien concretadas en las coincidentes definiciones operativas que de la misma se han realizado. Se trata de una enfermedad, como apunta Klimas y O'Brien (2007), neuroendocrina-inmunológica, es decir existencia de alteración del sistema inmune, eje hipotálamo-hipofisario y partes del sistema nerviosos central. La definición más aceptada y completa es la realizada por Carruthers et al., (2003), que protocolizan este marco para su diagnóstico:

- 1-Cansancio/fatiga/agotamiento máximo.
- 2-Cansancio/abatimiento/fatiga 24 horas después de haber realizado un esfuerzo.
- 3-Alteraciones del sueño.
- 4-Dolores.
- 5-Manifestaciones neurocognitivas.
- 6-Manifestaciones neurovegetativas, neuroendocrinas e inmunes.
- 7-Persistencia de la sintomatología durante al menos 6 meses.

2. DEPRESIÓN.

2.1. Incidencia.

En los enfermos de EM/SFC de la muestra, se ha hallado una incidencia del 57.25%. Este resultado está en línea con lo encontrado por los estudios de Wessely y Powell (1989); Henningsen et al. (2003) o Taillefer et al. (2003). Todos muestran que los niveles de depresión en estos enfermos son más elevados que en otros enfermos, llegándose a obtener una incidencia entre el 50-80% de depresión. Dancey y Friend (2007) hallaron en investigaciones con enfermos de EM/SFC, que

el 68,6% estaban en depresión y mucho mayor que en la población sin EM/SFC que se encuentra en un 4% (Alonso et al., 2004, Haro et al., 2006).

2.2. Repercusión de los datos/circunstancias sociodemográficos y clínicos.

Se ha comprobado que el 31.25% de los datos/variables/factores/ circunstancias, es decir 30 de los 96, han tenido un efecto/asociación significativa con o sobre la probabilidad de tener **depresión** en grado alto. El grupo de datos con más presencia en esta repercusión/asociación son los del área **Sanitaria** (9 ítems): Personas que obtuvieron el diagnóstico en menos tiempo *-cabe aclarar que el diagnóstico de EM/SFC no vislumbra vías de solución, por lo que se podría considerar que mientras la persona aún no lo ha obtenido tiene la esperanza de que una vez hallado, se pondrán los medios terapéuticos y se acabará su padecimiento, una vez que es diagnosticada de EM/SFC, es transportada a una durísima realidad donde se percata de la inexistencia de soluciones. También podría servir de explicación del resultado obtenido, el hecho de que estas personas hasta que obtienen un diagnóstico experimentan niveles muy alto de incertidumbre y desesperación, por lo que aunque el diagnóstico es devastador, podrían sentirse aliviadas de acabar con una durísima "peregrinación" a diferentes especialistas médicos y pruebas exploratorias. Estas dos consideraciones podrían explicar que a menor tiempo en la obtención del diagnóstico haya resultado una mayor probabilidad de tener depresión-*, las no diagnosticadas por un internista, que no se consideran informadas, las que tampoco son informadas por los médicos de que esta enfermedad se trata de una enfermedad englobada entre las del Síndrome de Sensibilidad Central, que no le hacen un seguimiento, que cuando acuden a un profesional sanitario no se tiene en cuenta los efectos de los agentes químicos en su salud, que se han sentido menospreciadas al acudir a un centro de salud, que si intentan dar información sobre esta enfermedad no son escuchadas por el médico y las personas que no han obtenido resultado en la sanidad privada.

La segunda área en mayor número de ítems con repercusión en la depresión de estos enfermos, ha sido la **Psicológica** (5 ítems): Aquellos enfermos de esta muestra que han sido derivados a este tipo de tratamiento y que han sido calificados de alguna manera: "paciente que no se quiere curar", "paciente que quiere llamar la atención utilizando la enfermedad" y "paciente rebelde".

A continuación se asocian las variables agrupadas en las áreas **Laboral** y **Sociofamiliar** (ambas 4 ítems): Aquellos que están de baja por enfermedad, que no se encuentran en una situación justa de sus derechos socio-laborales, que han tenido pérdida o reducción de trabajo debido a su enfermedad y se han sentido menospreciado en su ámbito sociolaboral, a los que le ha supuesto tanto pérdidas

o alejamiento de familiares como de amistades, la afectación de las relaciones íntimas con su pareja y el no respeto por parte de los familiares de las limitaciones a causa de la enfermedad.

Con 2 ítems las áreas: **Sociodemográfica** (aquellas personas con nivel educativo no universitario y con residencia fuera de Cataluña), **Financiera** (padecer EM/SFC ha mermado la capacidad económica y para hacer frente a las necesidades económica han tenido que recurrir a familiares) y **Ocio** (aquellas personas que no pueden mantener sus actividades lúdicas).

Con 1 ítem de datos sociodemográficos y clínicos, las áreas **Dependencia** y **Ambiental-Química** (aquellos enfermos que a veces han necesitado soporte para la fatiga/dolor y a los que le repercute muchísimo la exposición medio-ambiental a sustancias químicas).

Se han analizado estudios con cierto paralelismo con el nuestro, aunque sin la especificidad y la abundancia de circunstancias sociodemográficas y clínicas que recogido. Tampoco exploran específicamente la incidencia de variables moduladoras; en nuestro caso:

- *Esperanza.*
- *Bienestar Psicológico.*
- *Apoyo Social.*
- *Locus de Control.*
- *Afrontamiento.*
- *Sentido de Coherencia.*
- *Calidad de Vida.*

En algunas de las áreas citadas asociadas a la depresión de estos enfermos, ya habían sido señaladas por otros investigadores. Así Dancey y Friend (2007) constataron que el nivel medio de interferencia de esta enfermedad en la vida cotidiana de quienes la padecen era más alto que el de otras enfermedades (65.84%). Los ámbitos más afectados son: el de la relación de pareja, la movilidad, el trabajo, las actividades sociales y de ocio que exijan una cierta cantidad de esfuerzo. Nuestros datos coinciden con los de Johnson, De Luca y Natelson (1996) y Rakib et al., (2005) cuando indican que en estos enfermos se ve muy afectada la vida laboral y como consecuencia de esto su economía se ve reducida y se encuentran en la obligación de tener que depender de la familia. Además DeLongis, Bolger, Kessler y Schilling (1989) apuntan que al verse afectada la vida laboral, traía como consecuencia una pérdida en las relaciones sociales. Por otra parte Schweitzer, Kelly, Foran, Terry y Whiting (1995) exponían cómo quedaba gravemente afectada el área social, quedando éstos enfermos aislados. También

hay estudios que han comprobado lo importante que es para estos pacientes que haya un reconocimiento de esta enfermedad por parte de la clase médica, y que la depresión, en parte, era una consecuencia de esta falta de reconocimiento (Lehman, Lehman, Hemphill, Mandel y Cooper, 2002).

No se ha hallado ninguna investigación que haya analizado cuatro de las áreas que si se han incluido, y que han tenido un efecto/asociación significativo sobre la probabilidad de tener depresión. Son las áreas: **Psicológica** (enfermos que han sido derivados a tratamiento psicológico, interpretado por dichos pacientes más como una forma de manipulación y de olvido que de buscarles solución), **Sociodemográfica** (nivel educativo y residencia), **Dependencia** (necesidad de utilizar soporte para la fatiga/dolor) y **Ambiental-Química** (repercusión de la exposición medioambiental a sustancias químicas).

2.3. Influencia de las variables moduladoras.

La influencia/grado de asociación que han tenido las variables moduladoras analizadas para reducir los efectos que sobre la Depresión han producido los 30 Datos/variables/ circunstancias Sociodemográficos y Clínicos, ha sido desigual. Las variables moduladoras que han incidido en un porcentaje mayor de circunstancias –disminuyendo la probabilidad de tener depresión– han sido, por orden de mayor porcentaje de modulación o reducción del efecto:

(1) **Calidad de Vida.** Ha corregido, con un nivel alto, dejando sin efecto significativo sobre la probabilidad de tener Depresión al 70% de dichos Datos Sociodemográficos y Clínicos. Esta variable ha sido la única que ha podido dejar sin efecto ítems de cada una de las áreas exploradas y, además, la que más variables ha podido modular (21 = 70%).

Existen muchos estudios que han analizado sectores sensibles de la vida de las personas, confirmándose que las consecuencias de padecer EM/SFC, en la familia, ocio, vida social y laboral, economía de la persona, produce una notable disminución en la percepción que tienen estos enfermos de su calidad de vida (Dikson et al., 2009; Van Heck y De Vries, 2002; Rodríguez Marín, 1995; Rakib et al., 2005). Sepede et al., (2011), considera necesaria –como nuestro trabajo sugiere– una intervención psicoterapéutica en la depresión de los enfermos con EM/SFC. Estas investigaciones al igual que nuestro estudio, sugieren que para reducir o eliminar el estado de depresión que los enfermos de EM/SFC, padecen, es importante mejorar la calidad de vida de estas personas.

(2) **Sentido de Coherencia.** Ha corregido, con un nivel medio-alto, dejando sin efecto significativo sobre la probabilidad de tener depresión a 20 datos/variables/circunstancias, 66.67% (global) y 19, 63.33% (subescalas).

Modula el efecto de algún dato de todas las áreas, excepto de los del área de **Ocio** (aquellas personas que no mantienen las actividades lúdicas que acostumbraban a realizar). Las actividades lúdicas mantienen un efecto/asociación significativo sobre la probabilidad de tener depresión

Aunque existen estudios sobre la correlación de esta variable con la salud y el bienestar, tanto físico como psicológico (Carmel et al., 1991; Flanery y Flanery, 1990; Ryland y Greendfeld, 1991), sin embargo no hemos encontrado ninguno que interrelacione esta variable con una muestra de enfermos de EM/SFC. Por lo que nuestro estudio aporta esta novedad: introducir la variable "Sentido de Coherencia" en un estudio sobre estos enfermos.

(3) **Bienestar Psicológico.** Ha corregido, con un nivel medio, dejando sin efecto la probabilidad de tener depresión a 14 datos o variables sociodemográfica o clínicas, el 46.67% (global) y 17, el 56.67% (subescalas).

No modula o reduce la probabilidad de tener depresión de tres áreas: "Dependencia", "Ocio" y "Ambiental/Química". Sin embargo ha sido la tercera de las variables que en más áreas ha intervenido modulando los efectos de las circunstancias.

El Bienestar Psicológico ha sido, en diferentes estudios, correlacionado con calidad de vida, es decir, con el grado de satisfacción que sienten las personas de cómo le va su vida, (Devins, 1994; Devins et al., 1996; Diener, 1994; Veenhoven, 1994, Atienza et al., 2000; Campbell et al., 1976). Aunque no hemos hallado ninguna investigación donde se estudiase esta variable con una muestra de enfermos de EM/SFC, existe similitud con nuestra investigación, al haber explorado la significativa relevancia del Bienestar Psicológico para tener una buena estabilidad emocional.

(4) **Locus de Control** (7 datos: 23.33% del total), **Apoyo Social** (5: 16.67% global y 4: 13.33% subescalas) y **Afrontamiento** (5: 16.67%). Han modulado, con un nivel bajo, dejando sin efecto significativo libre la probabilidad de tener depresión en grado alto.

Estas tres variables moduladoras no han tenido suficiente potencia para reducir los efectos: Locus de Control, en 4 de las áreas ("Sociodemográfica", "Dependencia", "Finanzas" y "Ocio"); Apoyo Social (global) en 5 áreas ("Dependencia", "Psicológico", "Finanzas", "Ocio" y "Laborales"); con las subescalas, además de en las cinco citadas, tampoco con la "Sanitaria".

Afrontamiento, cinco han sido las áreas en la que no ha podido modular ninguno de los datos/ variables/circunstancias con un efecto significativo la probabilidad de tener depresión, ("Dependencia", Psicológica", "Finanzas", "Ocio" y "Ambiental/Química").

Consideramos que la presencia y fortaleza de esas variables incidían en la protección contra procesos depresivos, además de fortalecer a las personas para mantener un mejor estado de salud y prevenir la enfermedad. Sirviendo de amortiguación de los efectos adversos producidos por los diferentes estresores de la vida. Lo que se pudo comprobar por la existencia de diferentes investigaciones que, en esta línea, han estudiado la relevancia de estas tres variables. Investigaciones relacionadas con **Locus de Control**: Pilisuk et al., 1993, Hoon et al., 1991, McNaughton et al., 1995, Lefcourt y Davidson-Katz, 1991, Wierma et al., 2011, con **Apoyo Social**: Cassel, 1976; Cobb, 1976; Dean y Lin, 1977; Kaplan et al. 1977, Brown et al., 1975; Dean et al., 1981; Miller y Ingham, 1976; Brown et al., 1975; Brown y Harris, 1978) y con la variable **Afrontamiento**: Scheier y Carver, 1987; Scheier et al., 1986, Reynolds et al., 2009: Alcarar et al., 2012.

(5) **Esperanza** (global). Únicamente ha podido reducir un solo dato, correspondiente al área "Sociofamiliar". Con **Esperanza** (subescalas), ningún dato sociodemográfico, de ninguna de las 9 áreas, que han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener Depresión, ha podido ser modulado.

Existen investigaciones que han estudiado esta variable, reforzando nuestro planteamiento para incluirlas en este estudio. Han concluido que las personas que tienen niveles altos de "Esperanza" poseen una mayor facilidad para enfrentarse y recuperarse de las contrariedades que la vida les plantea (Rakke, 1997; Snyder et al. 1996; Diener, 1984; Emmons, 1986; Little, 1983; Omodei y Wearing, 1990; Palys y Little, 1983; Ruehlman y Wolnik, 1988).

Aunque, en nuestro estudio, la incidencia que ha tenido para modular el efecto de las variables sociodemográficas ha sido casi nulo, esperábamos que tendría una mayor potencialidad. Sin embargo, creemos que esta variable también es explorada con la subescala de "Propósito de vida" de la variable Bienestar Psicológico y con "Significatividad" correspondiente a la variable Sentido de Coherencia. Estas dos variables si han tenido relevancia en su fuerza para modular un porcentaje medio-alto de las variables sociodemográficas con un efecto significativo sobre la probabilidad de tener depresión.

3. DESESPERANZA

3.1. Incidencia.

La incidencia de desesperanza en los enfermos con EM/SFC encontrada en nuestro estudio ha sido alta (66.85%).

Aunque en nuestra revisión del estado de la cuestión no hemos encontrado investigaciones que correlacionasen desesperanza y EM/SFC, si hemos hallado -en cambio- estudios que observan la presencia de la misma con respecto a otras enfermedades crónicas (Clarke et al., 2006, Van Laarhoven et al., 2011, Vinaccia et al., 2004). Tampoco hemos localizado algún estudio que concrete el porcentaje de incidencia de la desesperanza en estas enfermedades crónicas. Por tanto, esto es una aportación para futuros estudios comparativos.

3.2. Repercusión de los datos sociodemográficos y clínicos.

La repercusión de los Datos Sociodemográficos y Clínicos sobre la Desesperanza en estos enfermos, hemos comprobado que el 20'83% de los mismos, es decir 20 de los 96 datos, han tenido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener Desesperanza en grado alto. Las áreas que tienen mayor presencia en esta repercusión son: **Psicológica** y **Laboral** con 4 ítems cada una de ellas. Área "Psicológica": los enfermos que han sido derivados a este tipo de tratamiento y que fueron calificados de alguna manera. Área "Laboral": los que están en situación de jubilados, los que no se encuentran en una situación justa de sus derechos socio-laborales, que han tenido pérdida o reducción de trabajo debido a su enfermedad y se han sentido menospreciados en su ámbito sociolaboral.

A continuación se asocian/repercuten las áreas: **Sanitaria** y **Sociofamiliar** (con 3 ítems) ("Sanitaria": los enfermos no diagnosticados por un especialista en Medicina Interna, los que se han sentido ridiculizados en algún centro sanitario y aquellos que no son escuchados por el profesional de la salud cuando intentan facilitarles información de la enfermedad. "Sociofamiliar": pérdidas o alejamientos de familiares y amistades y relaciones íntimas de pareja afectadas todo debido por padecer esta enfermedad).

Con 2 ítems las áreas de **Dependencia**" (aquellos enfermos que utilizan algún soporte para la fatiga/dolor y a los que se les ha reconocido una minusvalía, que consideramos que es debido a que dichos reconocimientos de minusvalías no son justos en relación a la disfuncionalidad que sufren estas personas), **Finanzas** (aquellos enfermos que han visto mermadas su capacidad económica y que necesitan recurrir a la familia para hacer frente a las necesidades cotidianas) y

Ocio(los enfermos que no mantienen alguna actividad lúdica o dicha actividad es baja o muy baja).

Por otra parte, los datos pertenecientes a las áreas **Sociodemográfica y Ambiental-Química** no han tenido ningún tipo de efecto sobre la probabilidad de tener Desesperanza.

3.3. Influencia de las variables moduladoras.

La influencia que han tenido las siete variables moduladoras para reducir los efectos sobre la Desesperanza, producidos por los 20 datos/variables/circunstancias sociodemográficos y clínicos ha sido diversa. Las que han incidido en un porcentaje mayor de los datos sociodemográficos y clínicos, dejándolos sin efecto sobre la probabilidad de tener Desesperanza han sido, por orden de mayor porcentaje de modulación o reducción del efecto las siguientes:

(1) Calidad de Vida. Modula el efecto producido por los datos sociodemográficos y clínicos, sobre la probabilidad de tener Desesperanza, sobre un 65% de los datos. Corrige o modula el efecto de variables de 5 áreas: "Dependencia", "Psicológica", "Finanzas", "Sociofamiliar" y "Laboral". Sin embargo, no ha tenido suficiente potencia para modular el efecto de los datos de dos áreas: "Sanitaria" y "Ocio".

(2) Sentido de Coherencia (global). Modula el efecto sobre un 55% de los datos, que corresponden a estas cinco áreas: "Dependencia", "Psicológica", "Finanzas", "Sociofamiliar" y "Laboral". Tampoco ha tenido suficiente potencia como para modular el efecto de los Datos de dos áreas: "Sanitaria" y "Ocio".

Sentido de Coherencia (subescalas) Modula el efecto de un 40% de los datos sociodemográficos y clínicos, sobre la probabilidad de tener Desesperanza, que pertenecen a 4 áreas: "Dependencia", "Finanzas", "Sociofamiliar" y "Laboral". Sin embargo, en 3 áreas ("Sanitaria" , "Psicológica" y "Ocio"), no ha sido lo suficiente potente para poder modular.

(3) Bienestar Psicológico (subescalas). Ha corregido el efecto de un 50% de las circunstancias sociodemográficas y clínicas, de 5 áreas: "Dependencia", "Psicológica", "Finanzas", "Sociofamiliar" y "Laboral". Aunque no ha podido modular el efecto de los Datos de dos áreas: "Sanitaria" y "Ocio".

Bienestar Psicológico (global) Ha modulado a un 40% de los datos sociodemográficos y clínicos, de 4 áreas ("Dependencia", "Finanzas", "Sociofamiliar" y "Laboral"). Sin embargo, en 3 áreas ("Sanitaria" , "Psicológica" y "Ocio"), no ha sido lo suficiente potente para poder modular.

(4) **Locus de Control**. Ha modulado el efecto en un 20%, de los datos sociodemográficos y clínicos, de tres áreas ("Sanitaria", "Dependencia" y "Laboral"), pero en 4 áreas ("Psicológica", "Finanzas", "Sociofamiliar" y "Ocio"), no ha tenido suficiente fuerza para corregir.

(5) **Esperanza** (global). Ha corregido los efectos negativos, en 3 áreas ("Dependencia", "Sociofamiliar" y "Laboral"), en un 15%, de los datos, no pudiéndolo hacer en 4 áreas ("Sanitaria", "Psicológica", "Finanzas" y "Ocio"). **Esperanza** (subescalas), también ha corregido el efecto en 3 áreas ("Psicológica", "Sociofamiliar" y "Laboral"), en un 15%, de los datos sociodemográficos y clínicos, pero no lo ha hecho en 4 ("Sanitaria", "Dependencia", "Finanzas" y "Ocio").

(6) **Apoyo Social** (subescalas). La fuerza que esta variable ha mostrado para modular el efecto significativo sobre la probabilidad de tener Desesperanza, ha sido baja, situándose en un 10% de los datos/variables/circunstancias. Este porcentaje corresponde a la reducción efectuada sobre dos datos, uno en cada una de las siguientes áreas: ("Dependencia" y "Laboral"). A la vez, **Apoyo Social** (global), con inferior porcentaje, 5%, ha podido modular dicho efecto, en un solo dato, perteneciente al área "Psicológica".

(7) **Afrontamiento** con 5% de modulación sobre los efectos de los citados datos, ha sido la variable que menos potencia moduladora ha mostrado. Dicho porcentaje corresponde a un solo Dato del área "Sociofamiliar". Para todo este apartado de desesperanza.

4. RIESGO DE SUICIDIO.

4.1. Incidencia.

Hemos encontrado –en nuestra muestra- una incidencia de Riesgo de Suicidio del 12.74%, significativamente superior al 4.4% obtenido por Gabilondo et al., (1998) en una investigación realizada –hace unos años- con población española general.

Sin embargo, cuando se trata de estudios sobre la incidencia del Riesgo de Suicidio en estos enfermos, los porcentajes se elevan notablemente. Una investigación realizada por Smith et al., (2006) sobre una muestra de enfermos canadienses de EM/SFC encontró que el 22% (un 36% que estaban con depresión) habían planteado seriamente suicidarse. Y otra realizada con enfermos de EM, llegaba al 16.7% de intentos. Y cuando indicaban algún tipo de pensamiento de no seguir viviendo el porcentaje subía al 52.2% (el 65% estaba con depresión). La investigación de Casey et al., (2006) utilizó, como nosotros, el ítem/grupo 9 del IDB-*Inventario de Depresión de Beck*, con 4 categorías, para explorar la incidencia de Riesgo de Suicidio en 5 poblaciones europeas, entre ellas, la española.

Item/grupo 9 del IDB-Inventario de Depresión de Beck,

- | | |
|---|------------------------------------------------|
| 0 | No tengo ningún pensamiento de suicidio. |
| 1 | A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré. |
| 2 | Desearía poner fin a mi vida. |
| 3 | Me suicidaría si tuviese oportunidad. |

Obtuvieron el 2.3% de incidencia, comprendiendo a aquellas personas que habían respondido con algún grado de ideación suicida, y que nosotros consideramos que incluyeron las categorías (2), (3) y (4) del citado ítem/grupo. Con estas tres categorías, nosotros habríamos alcanzado el 55.39%, pues el 12.74% se extrajo de las respuestas marcadas en las categorías (3) y (4). Este alto porcentaje es similar al apuntado en el estudio de Calandre et al. (2011), en pacientes de EM, 52.2% de enfermos con algún grado de ideación autolítica y también en el de Smith et al. (2006) que expresa que el porcentaje de la muestra de enfermos de EM/SFC con ideaciones suicidas tenía una incidencia ocho veces superior a la existente en la población americana general.

4.2. Repercusión de los datos sociodemográficos y clínicos.

Jason et al. (2006), informaron de que han podido constatar desde diferentes estudios la significativa asociación de distintos factores con el desarrollo de estados de depresión, desesperanza y riesgo de suicidio en estos enfermos: alejamientos de familiares, amigos, compañeros de trabajo (Friedberg y Jason, 1998); al no encontrar mejoras en su salud desistiendo en la búsqueda de tratamientos médicos (Anderson y Ferrans, 1997); y también de experimentar un trato negativo por parte de los profesionales sanitarios (David et al., 1991, Twemlow et al, 1997).

La repercusión que han presentado los datos/variables/circunstancias sociodemográficos y clínicos sobre el Riesgo de Suicidio de estos enfermos, ha estado en el 16.67% de los mismos. Es decir en 16 de los 96 datos/variables/circunstancias sociodemográficos y clínicos, ha habido un efecto significativo sobre la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio. La mayor presencia en esta repercusión está en el área **Sanitaria** con 5 ítems: aquellos que los médicos no les informan de que la EM/SFC que padecen pertenece al Síndrome de Sensibilidad Central (SSC), también los que no tienen un seguimiento médico, los que no son escuchados por el profesional médico, cuando ellos intentan ofrecerle información de la EM/SFC y los que no han obtenido resultado con la Sanidad privada.

A continuación se asocian con el riesgo de suicidio tres variables de las áreas **Sociofamiliar** y **Laboral**. **Área Sociofamiliar**: las enfermos con pérdidas o alejamientos de familiares por causa de la enfermedad y a las personas que tanto su familia como su círculo social no respetan las limitaciones que ocasiona vivir padeciendo esta enfermedad. **Área Laboral**: los que están en situación en paro, los que cobran ayuda familiar y los que alguna vez se han sentido menospreciado por padecer esta enfermedad. Con dos variables, las áreas de **Dependencia** (aquellos enfermos que utilizan algún soporte para la fatiga/dolor y a los que se les ha reconocido una minusvalía), **Ocio** (los enfermos que no mantienen alguna actividad lúdica) y con una variable del área **Sociodemográfica**" (las personas no residentes en Cataluña).

Finalmente **no han tenido ningún tipo de efecto** sobre la probabilidad de tener riesgo de Suicidio, las variables de las áreas **Psicológica**, **Finanza** y **Ambiental-Química**"

4.3. Influencia de las variables moduladoras.

Heisela et al. (2005) y Marquart et al. (2009) en sus estudios confirman la influencia protectora de algunas variables –como Apoyo social y Locus de control interno, que sirven de protección y hacen disminuir el Riesgo de Suicidio. En nuestro estudio, hemos identificado variables moduladoras con efectos protectores que han incidido con diferentes porcentajes de modulación sobre los datos/variables/circunstancias, dejándolos sin efecto sobre la probabilidad de tener **Riesgo de Suicidio**, presentándolos por orden de fuerza moduladora:

(1) Sentido de Coherencia (subescalas). Modula el efecto producido sobre la probabilidad de tener Riesgo de Suicidio, en un 75% de los Datos Sociodemográficos y Clínicos. Corrige el efecto producido por los datos de 5 áreas: "Sanitaria", "Dependencia", "Sociofamiliar" , "Ocio" y "Laboral". Sin embargo, no ha tenido suficiente potencia para modular el efecto de las variables del área: Sociodemográfica.

Sentido de Coherencia (global). Modula el efecto en un 62.5% de los Datos, correspondientes a cinco áreas "Sanitaria", "Dependencia", "Sociofamiliar" , "Ocio" y "Laboral".

(2) Apoyo Social (subescalas). Corrige el efecto en un 43.75% de los Datos, relativos a 4 áreas: "Sanitaria" , "Dependencia", "Sociofamiliar" y "Laboral". Aunque no ha podido modular el efecto en dos áreas: "Sociodemográfica" y "Ocio". **Apoyo Social** (global). Modula en un 5% de los Datos, pertenecientes a 3 áreas ("Sanitaria" , "Dependencia", " y "Laboral").

Sin embargo, en 3 áreas ("Sociodemográfica" , "Sociofamiliar" y "Ocio"), no ha sido lo suficiente potente para poder modular.

(3) **Calidad de Vida**, Modulado dicho efecto en un 37.5%, correspondiente a 4 áreas ("Sanitaria", "Dependencia" , "Sociofamiliar" y "Laboral"), sin embargo en 2 áreas ("Sociodemográfica" y "Ocio"), no ha tenido suficiente fuerza para corregir.

(4) **Locus de Control**, ha corregido, en 4 áreas ("Sanitaria", "Dependencia" , "Sociofamiliar" y "Laboral"), el efecto de los Datos en un 37'5%, no pudiéndolo hacer en 2 áreas ("Sociofamiliar" y "Ocio").

(5) **Bienestar Psicológico** (subescalas). Modula el efecto del 37'5% de los Datos de 3 áreas ("Sanitaria", "Dependencia" y "Laboral"). El **Bienestar Psicológico** (global), también ha modulado en las mismas 3 áreas, pero **un 25% de los datos**. En cambio, no modula en tres áreas: "Sociodemográfica", "Sociofamiliar" y "Ocio".

(6) **Afrontamiento**. Solamente tiene potencia para reducir los efectos de los Datos en un área (*Laboral*) el 12.5% de las variables. En cambio en cinco áreas no ha tenido la suficiente fuerza de modulación ("Sanitaria", "Sociodemográfica" , "Dependencia" , "Sociofamiliar" y "Ocio").

(7) **Esperanza** (subescalas) un 6.25% de los datos/variables/circunstancias, correspondiente a un solo área (*Dependencia*) modulan el riesgo de suicidio. En cambio Esperanza (global), no tiene suficiente potencia para reducir el efecto de los ítems en ningún área.

5. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS RESISTENTES A LA MODULACIÓN.

Hay diferentes estudios –entre los que se encuentra nuestro trabajo- que han podido constatar la fuerza de una serie de *circunstancias* (datos, variables o factores) que repercuten sensiblemente en el desarrollo, mantenimiento o agravamiento de los estados de Depresión, Desesperanza y/o Riesgo de Suicidio y que son resistentes a la intervención. La depresión se asocia a las consecuencias negativas de la intrusividad de esta enfermedad en las personas que la padecen (relación de pareja, trabajo, actividades y relaciones sociales, ocio, economía, dependencia familiar, trato y reconocimiento médico), como indican Dancy y Friend (2007), Johnson et al., (1996), Rakib et al., (2005), DeLongis et al. (1989) o Lehman et al., (2002).

Y otros (Friedberg y Jason, 1998; Anderson y Ferrans, 1997; David et al., 1991, Twemlow et al, 1997) han aportado evidencia concreta de cómo las conductas de menosprecio por parte de los profesionales sanitarios, los alejamientos de

familiares, amistades y compañeros de trabajo, influían significativamente en el establecimiento de estados de depresión, desesperanza y/o riesgo de suicidio.

Han sido siete (un 7.29% del total de los explorados) los factores, variables o circunstancias con mucha fuerza para incrementar la probabilidad de tener Depresión, Desesperanza y/o Riesgo de Suicidio, resistentes a la modulación por las variables de nuestro estudio. Tres pertenecen al área *Sanitaria* (i9,i23,i69), dos a la de *Ocio* (i65,i66), uno al área *Laboral* (i60) y uno al área *Sociofamiliar* (i88). Producen los siguientes efectos:

- a) *Mantienen su efecto sobre la probabilidad de tener **Depresión**, en aquellas personas que “No” encuentran justa su situación en relación al reconocimiento de su derechos socio-laborales (i60).*
- b) *El efecto sobre la **Desesperanza**, continúa existiendo en aquellos enfermos que “No” fueron diagnosticados por un “internista”. Además, en aquellos otros que se han sentido menospreciados y ridiculizadas al visitar un Centro Sanitario, debido a su enfermedad y también, en los que no pueden practicar actividades lúdicas (i9,i66,i69).*
- c) *Aquellos enfermos que no continúan practicando algunas de las actividades lúdicas que le eran placenteras, a causa de su enfermedad (i65), tampoco reducen el efecto que este ítem ha producido sobre la probabilidad de tener **Depresión y Desesperanza**.*
- d) *Por último, en los enfermos que no tienen un seguimiento médico de su patología y en aquellos otros que su familia no respeta las limitaciones ocasionados por la enfermedad que padecen (i23,i88), sigue permaneciendo el efecto sobre la probabilidad de tener **Riesgo de Suicidio** (véanse tablas nº 216, 217 y 218), donde se comprueba que ninguno de los ítems citados están presentes).*

6. CONCLUSIONES.

En las personas que padecen la EM/SFC -como consecuencia de los efectos adversos de su sintomatología incapacitante- quedan gravemente dañadas las más significativas dimensiones de su vida. Muchos estudios han comprobado –igual que el nuestro- la relevante intrusividad de esta enfermedad en la vida de las personas, y su asociación con depresión, desesperanza y riesgo de suicidio.

Con esta investigación nos propusimos (a) *comprobar la incidencia de Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio en una muestra española de enfermos de EM/SFC*, además (b) *identificar qué datos, variables o circunstancias sociodemográficos y clínicos repercutían en la probabilidad de padecer depresión,*

desesperanza y riesgo de suicidio y, a la vez, (c) *concretar con qué potencia* podrían actuar siete variables moduladoras para reducir la repercusión de los mismos. Finalmente, a partir de los resultados obtenidos, (d) *plantear un modelo* de probabilidad de depresión, desesperanza y riesgo de suicidio en enfermos de Encefalomiелitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica.

6.1. Incidencia de depresión, desesperanza y riesgo de suicidio.

La incidencia de depresión, desesperanza y riesgo de suicidio, encontrada en este estudio ha sido del 57.25%, 66.85% y del 12.74%, respectivamente. Estos porcentajes son altos tanto en Depresión como en Desesperanza y son similares a los encontrados en otros trabajos, españoles y extranjeros, sobre Depresión (Wessely y Powell, 1989; Henningsen et al., 2003; Taillefer et al., 2003; Dancy y Friend, 2007).

En cambio, no hemos encontrado estudios que concreten nuestro porcentaje (66.85%) sobre Desesperanza. Los niveles altos de Desesperanza hallados, sitúan a estas personas en un marco de desmotivación, desamparo e indefensión que aumenta la probabilidad tanto de profundización en estado depresivo como de riesgo de suicidio.

El porcentaje de Riesgo de Suicidio (12.74%) hace referencia a aquellas personas que identificaban su estado con las respuestas (3) y (4) del ítem/grupo 9 del IDB-*Inventario de Depresión de Beck*. Si se hubiese tenido en cuenta, también, la respuesta (2), como en otras investigaciones se ha hecho, dicho porcentaje se hubiese elevado al 55.39%, algo superior a lo obtenido en la investigación de Casey et al., (2006).

6.2. Repercusión de datos, variables o circunstancias clínicas y sociodemográficas.

Hemos podido mostrar la existencia de circunstancias sociodemográficas y clínicas, que están asociadas significativamente a la probabilidad de tener Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio. Recordemos que fue imprescindible para poder obtener la muestra, la aceptación del abultado número de datos, variables o circunstancias explorados. Tras el análisis de los resultados, hemos descartado aquellos que se han quedado al borde de la significación. Es decir únicamente se han tenido en cuenta los que han resultado significativos, obviando las tendencias.

De los 96 datos, variables o circunstancias analizados, 37 (el 38'54%) han tenido un efecto o grado de asociación significativa, distribuidos de la siguiente forma:

(a) 30 datos, variables o circunstancias han tenido un efecto o asociación con *Depresión*,

(b) 20 con *Desesperanza* y

(c) 16 sobre el *Riesgo de Suicidio*

Los 37 datos pueden ser vistos de otra manera: 7 datos, variables o circunstancias han tenido un efecto o asociación con *Depresión*, 1 con *Desesperanza*, 6 con *Riesgo de Suicidio*, 14 con *Depresión* y *Desesperanza* simultáneamente, 5 con *Depresión* y *Riesgo de Suicidio* simultáneamente y 4 con *Depresión*, *Desesperanza* y *Riesgo de Suicidio* a la vez.

A su vez, estos datos están categorizados en 9 áreas. De las cuales han tenido un efecto o asociación significativa con probabilidad de tener **Depresión**. Ordenadas de mayor a menor peso:

1. *Sanitaria*

2. *Psicológica*

3. *Sociofamiliar*

4. *Laboral*

5. *Sociodemográfica*

6. *Finanzas*

7. *Ocio*

8. *Dependencia y*

9. *Ambiental*.

Los datos, variables o circunstancias de 7 áreas han tenido un efecto o asociación significativa con probabilidad de tener **Desesperanza**. Son todas las citadas anteriormente, menos dos *Sociodemográfica* y *Ambiental*, en las que ninguno de sus variables han producido algún tipo de efecto.

Las áreas que integran un mayor número de variables o circunstancias, han sido: con 4 ítems *Psicológica* y *Laboral*, seguidas por: con 3 ítems *Sanitaria* y *Sociofamiliar*, con 2 *Ocio*, *Finanzas* y *Dependencia*.

Y el **Riesgo de Suicidio** se asocia significativamente con circunstancias agrupadas en 6 áreas. Que no son las que vienen a continuación. Estas tres (*Psicológica*, *Finanzas* y *Ambiental*) no tienen ningún efecto o asociación con *Riesgo de suicidio*. Las que SI lo tienen, ordenadas de mayor a menor número de ítems son: Con 5 datos, variables o circunstancias: *Sanitaria*, con 3 datos, variables o circunstancias: *Sociofamiliar* y *Laboral*, con 2 *Dependencia* y *Ocio* y con 1 *Sociodemográfica*.

Puede observarse como la intromisión de los datos citados está repartida por las más importantes áreas de la vida de las personas. Lo que indica que esta enfermedad afecta de una forma tan incapacitante, amplia y generalizada a las

actividades diarias de estos enfermos. Así es comprensible su asociación con la probabilidad de tener Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio.

Las áreas que han aportado mayor número de ítems asociados a la probabilidad de tener Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio han sido: *Sanitaria*, *Sociofamiliar* y *Laboral*. Coincidiendo con 3 de las áreas de los 7 ítems, que no han podido ser reducidos por las variables moduladoras exploradas. Algunos de los ítems del área de *Ocio*, han demostrado su gran fuerza de afectación.

6.3. Fuerza de las variables moduladoras para reducir efectos negativos.

Las siete variables moduladoras exploradas han ejercido una reducción diferente de los efectos negativos que las circunstancias sociodemográficas y clínicas producen sobre la probabilidad de tener Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio. A continuación se citan, de mayor a menor potencia de reducción de efectos negativos:

- (1) *Calidad de Vida*, *Sentido de Coherencia* y *Bienestar Psicológico* han sido las tres variables que con un porcentaje mayor han reducido la probabilidad, tanto de Depresión como de Desesperanza. Porcentajes máximos, en Depresión del 70%, 66.67% y 56.67%; y en Desesperanza del 65%, 55% y 40% respectivamente.
- (2) El resto de variables, *Locus de Control*, *Apoyo Social*, *Afrontamiento* y *Esperanza*, no han llegado al 25% de fuerza de modulación o de reducción de probabilidad. Siendo significativamente bajo el porcentaje de reducción de la Variable *Esperanza* en Depresión (3.33%) y, *Afrontamiento* en Desesperanza (5%).
- (3) En Riesgo de Suicidio, la que mayor fuerza reductora parece aportar es *Sentido de Coherencia*, seguida de *Apoyo Social*, *Calidad de Vida*, *Locus de Control* y *Bienestar Psicológico*, con porcentajes comprendidos entre el 75% y el 25%. Las variables *Afrontamiento* y *Esperanza*, también han sido las que menos han reducido la probabilidad de padecimiento (potencia de modulación mas bajo), de un 12.5% y un 6.25%, respectivamente.
- (4) Ninguna de las variables exploradas ha tenido la suficiente fuerza como para modular el efecto de 7 ítems (ya citados: un 7.29% del total de los explorados). De los factores, variables o circunstancias con mucha fuerza para incrementar la probabilidad de tener Depresión, Desesperanza y/o Riesgo de Suicidio (resistentes a la influencia de las variables moduladoras, tres pertenecen al área *Sanitaria* (i9,i23,i69), dos al área de *Ocio* (i65,i66), uno al área *Laboral* (i60) y uno al área *Sociofamiliar* (i88).

6.4. Modelo de probabilidad de depresión, desesperanza y riesgo de suicidio en personas con EM/SFC.

A partir de la evidencia empírica recogida en esta investigación, se puede adelantar un marco explicativo (objetivo 4 de este trabajo) con las influencias recíprocas entre los diferentes factores que confluyen aumentando la probabilidad de padecer Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio en las personas que padecen la enfermedad crónica EM/SFC.

La confluencia hace referencia a tres ámbitos (variables independientes asignadas): (1) Efectos sintomatológicos, degradadores, (2) Circunstancias sociodemográficas y clínicas y (3) Variables moduladoras. Triple determinismo recíproco que determina la graduación de los niveles de probabilidad (variable dependiente):

- (1) La severa *sintomatología* que sufren los enfermos de EM/SFC - caracterizada por una gran fatiga física y mental que no se alivia con descanso-, junto a otros síntomas -faringitis o amigdalitis, nódulos linfáticos sensibles, mialgias, artralgias, cefaleas, alteración del sueño y malestar que persiste más de veinticuatro horas después de un trabajo-, exige de un importante esfuerzo de adaptación a la misma.
- (2) Las *circunstancias sociodemográficas y clínicas*, que pueden subdividir en dos. Por una parte aquellas que consideramos como *inevitables*; es decir, los que surgen a causa de estar enfermo de EM/SFC, como son las limitaciones sobrevenidas a causa de la enfermedad en relación a las áreas de "Ocio", "Dependencia" y "Ambiental/Química". Y por otra las *Evitables*"; es decir, las ocasionadas por intervenciones comportamentales procedentes del exterior a la persona enferma, como son las de las áreas *Sanitaria, Psicológica, Laboral, Financiera y Sociofamiliar*, todos intrusivos y muy deteriorantes de la vida diaria de la persona.
- (3) Las variables moduladoras, fundamentalmente aquellas que han demostrado una alta potencia para reducir, de forma significativa, los efectos producidos por las circunstancias sociodemográficas y clínicas, como son *Calidad de Vida, Sentido de Coherencia y Bienestar Psicológico*.

Pues bien, si en una persona enferma de EM/SFC confluyen a la vez las tres macro-variables independientes: las duras características propias de la enfermedad, unas circunstancias sociodemográficas y clínicas, que invaden las áreas más significativas de la persona, limitando y deteriorando de forma severa el día a día de estos enfermos, y unas variables moduladoras deficitarias, entonces se

multiplican las probabilidades de que desarrolle estados de Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio en niveles altos (variable dependiente).

6.5. Limitaciones de la investigación.

Estas son algunas de las limitaciones de las que hemos ido tomando conciencia a lo largo de la realización del trabajo pero que no era posible subsanar (por tanto las señalamos para que puedan ser corregidas por otros trabajos de replicación directa o sistemática que otros investigadores puedan realizar):

- El rango de edad de la muestra ¿un abanico más amplio?. Sobre todo hacia las edades menores que podrían permitir la comprobación de hipótesis de génesis del desarrollo de EM/SFC.
- Muestra compuesta por número de sujetos proporcionales a la población de las diecisiete comunidades autónomas de España ¿incluida una muestra más amplia?

No obstante -creemos- que con la muestra obtenida y la variabilidad en el número de enfermos por comunidad, se ha dado respuesta a las preguntas planteadas y se han conseguido los objetivos propuestos.

6.6. Propuestas para investigaciones futuras.

A partir de este trabajo, son varias las direcciones (líneas de investigación) que los trabajos en este campo concreto pueden tomar:

1. Realizar una replicación sistemática de este estudio, pero con una muestra de enfermos de EM/SFC que comprenda edades de la infancia y/o la adolescencia.
2. Realizar una replicación sistemática de este estudio pero tratando de identificar variables moduladoras diferentes, con la suficiente potencia para reducir o anular (intervención preventiva y correctiva) los efectos nocivos producidos por las circunstancias sociodemográficas y clínicas.
3. Partiendo del modelo de probabilidad que hemos planteado, realizar estudios donde se integren intervenciones psicoterapéuticas que incidan en el fortalecimiento (intervenciones optimizadoras) de las variables moduladoras que han mostrado una significativa fuerza reductora.
4. Profundizar en el estudio de los 37 datos, variables o circunstancias que se asocian significativamente con esta enfermedad, con el objeto de derivar (deducir) a partir de ellas formas. de intervención preventiva, correctiva optimizadora.

6.7. Aportaciones más relevantes de esta investigación.

Algunas aportaciones teórico-conceptuales a este ámbito del conocimiento:

- Nuestra evidencia empírica es congruente con gran parte de las investigaciones publicadas sobre EM/SFC, que aunque expresan el desconocimiento en cuanto a su etiología, se inclinan en considerarla una enfermedad orgánica. Por ejemplo: las últimas investigaciones realizadas en España por el equipo de *IrsiCaixa (2014)*, han encontrado dos biomarcadores, que están directamente asociados a la sintomatología severa que padecen estos enfermos. Pero paradójicas de la vida, es el apoyo económico de los afectados el que está posibilitando la continuación, del citado equipo de IrsiCaixa, en esta línea de investigación.
- EM/SFC es una enfermedad devastadora, las consecuencias de su sintomatología producen una intromisión en todas las áreas de la vida de la persona que la padece, con sufrimientos, limitaciones e incapacitaciones altamente significativas.
- La incidencia –en una muestra de población española- de la Depresión ha sido del 57.25%, de la Desesperanza del 66.85% y del Riesgo de Suicidio del 12.74%.
- De los 96 Datos, variables o circunstancias sociodemográficos y clínicos analizados, 37 (el 38.54%) han tenido un efecto significativo. A su vez, de los treinta y siete, 30 se asocian más con depresión, 20 con Desesperanza y 16 con el Riesgo de Suicidio. Repartiéndose así: 7 se asocian significativamente solo con Depresión, 1 se asocia significativamente solo con Desesperanza, 6 se asocian significativamente solo con Riesgo de Suicidio, 14 se asocian significativamente de manera simultánea con Depresión y Desesperanza, 5 se asocian significativamente de manera simultánea con depresión y Riesgo de Suicidio y 4 se asocian significativamente con las tres: Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio, sirve de base para diseñar procedimientos de intervención.
- Los datos/variables o circunstancias sociodemográficos y clínicos que han mostrado un mayor impacto sobre la probabilidad de tener Depresión, Desesperanza y Riesgo de Suicidio, corresponden a las siguientes áreas:
 - **Sanitaria.** No ser bien informados, no tener seguimiento médico y el menosprecio por parte de los médicos y de los sanitarios.
 - **Psicológica.** Derivación que sistemáticamente se realiza a estos enfermos a tratamiento psicológico.

- **Laboral.** La pérdida del puesto de trabajo, el menosprecio recibido y la situación injusta de sus derechos sociolaborales.
 - **Sociofamiliar.** Alejamiento de familiares y amistades, afectación de la intimidad con la pareja y el no respeto y comprensión por parte de los familiares y círculo social de las limitaciones impuestas por la enfermedad.
 - **Ocio.** El abandono obligado de las actividades recreativas.
 - **Financiera.** La merma de la economía y la necesidad de tener que recurrir a la familia para poder hacer frente a las necesidades económicas diarias.
 - **Dependencia.** La necesidad de tener que utilizar algún soporte debido a la fatiga/dolor.
 - **Ambiental/Química.** La afectación química medio-ambiental (contaminación, productos de limpieza...).
- Tres variables moduladoras han resultado ser las más potentes en la reducción de los efectos producidos por los Datos: *Calidad de Vida, Sentido de Coherencia y Bienestar Psicológico*. Las variables con potencia de reducción baja han sido *Locus de Control* y *Apoyo Social*. Y han resultado con fuerza moduladora muy baja *Afrontamiento* y *Esperanza*.
- Los efectos sobre Depresión, Desesperanza y/o Riesgo de Suicidio de siete datos/variables o circunstancias sociodemográficos y clínicos no han podido ser modulados por ninguna de las Variables exploradas. Perteneces a estas cuatro áreas: 3 de "Sanitaria", 2 de "Ocio", 1 de "Laboral" y 1 de "Sociofamiliar".
- En base a los hallazgos encontrados, una intervención preventiva tendría que apoyarse sobre los siguientes estrategias de actuación:
- Denunciar cómo el abandono y desamparo institucional incide en el malestar psicológico de estos enfermos.
 - Ofrecer actividades informativas y formativas sobre la EM/SFC, tanto al colectivo sociofamiliar como al médico-sanitario para que exista una adecuada comprensión y sensibilización, para que redunde en un trato humano y de verdadero apoyo.
 - Potenciar desde las edades escolares, junto a otras, las variables moduladoras que han resultado tener la suficiente potencia de eliminación de los efectos nocivos ocasionados por acontecimientos y experiencias crónicas negativas e incapacitantes.

- Finalmente, consideramos una aportación tecnológico-instrumental el cuestionario diseñado para la recogida de los datos, variables o circunstancias sociodemográficas y clínicas que rodean o en las que está inmersa la persona con EM/SFC. Este instrumento de evaluación y diagnóstico-puede ser mejorado en su formulación y/o presentación (el cómo) pero difícilmente en sus contenidos (el qué/validez de contenido) dado que es el resultado de un riguroso y exhaustivo trabajo con las Asociaciones de estos enfermos, colaboradoras de esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, L.Y., Alloy, L.B., y Metalsky, G.I. (1988). The cognitive diathesis-stress theories of depression: Toward an adequate evaluation of theories' validities. En L.B. Alloy (Ed.), *Cognitive Processes in Depression* (pp. 3-30). New York: Guilford.
- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., y Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., y Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in human: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Alcalá, N., Ozkan, S., Kucucuk, S., Aslay, I., y Ozkan, M. (2012). Association of coping style, cognitive errors and cancer-related variables with depression in women treated for breast cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 42 (10), 940-947. doi: 10.1093/jjco/hys119
- Allardt, E. (1996). Tener, amar, ser: una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar. En M. Nussbaum y A. Sen (comps.), *La calidad de vida* (pp. 126-134). México: F.C.E.
- Alloy, L.B., Clements, C.M., y Kolden, G. (1985). The Cognitive Diathesis-Stress Theories of Depression: Therapeutic Implications. En S. Reiss y R. Bootzin (Eds.), *Theoretical Issues in Behavior Therapy*. New York: Academic Press.
- Allport, G.W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Alonso J, Prieto L y Antón, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104 (20), 771-776.
- Alonso Fernández, F. (2001). Somatoform depressive disorders. *An R. Acad. Nac. Med (Madr)*, 118 (4), 745-766.
- Alonso, J, Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J.M., Katz, S.J., Kessler, R.C., Kovess, V., Lepine, J.P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L.J., Vilagut, G., Almansa, J, Rbabzadeh-Bouchez, S., Autonell, J., Bernal, M., Buist-Bouwman, M.A., Codony, M., Domingo-Salvany, A., Ferrer, M., Joo, S.S., Martínez-Alonso, M., Matschinger, H., Mazzi, F., Morgan, Z., Morosini, P., Palacin, C., Romera, B., Taub, N., y Vollebergh, W.A.M. (2004). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 28-37.

- Alter, H.J., Mikovits, J.A., Switzer, W.M., Ruscetti, F.W., Ching Lo, S., Klimas, N.G., Komaroff, A.L., Montoya, J.G., Bateman, B., Levine, S., Peterson, D., Levin, B., Hanson, M.R., Genfi, A., Bhat, M., Zheng, Wang, H-Q., Li, B., Hung, G-Ch., Lee, L.L., Sameroff, S., Heineine, W., Coffin, J., Hornig, M., y Lipkin, W.I. (2012). A Multicenter Blinded Analysis Indicates No Association between Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis and either Xenotropic Murine Leukemia Virus-Related Virus or Polytopic Murine Leukemia Virus. *mBio*, 3 (5), 1-7. doi: 101128/mBio.00266-12
- Anbu, A.T., y Cleary, A.G. (2009). Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalopathy in children. *Paediatrics and Child Health*, 19 (2), 84-89. doi: 101016/j.paed/2008.11.001
- Anderson, C.R. (1977). Locus of control, coping behaviors, and performance in a stress setting. A longitudinal study. *Journal of Applied Psychology*, 62, 446-451.
- Anderson, J.R. (1976). *Lenguaje, memory and Thought*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Anguera, M.T. (1994). Metodología observacional en evaluación conductual. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Anderson, J.S., y Ferrans, C.E. (1997). The quality of life of persons with Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 359-367.
- Antonovsky, A. (1990). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey Bass.
- Antonovsky, A. (1990). Personality and health: testing the sense of coherence model. En H.S. Friedman (Ed.), *Personality and disease*. New York: Wiley and Sons.
- Antonovsky, A. (1993a). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 6, 725-733.
- Assem.org (2011). *Las autoridades noruegas piden disculpas por el trato dado a los enfermos de SFC/EM*. Recuperado de <http://www.assem.org/2011/10/las-autoridades-sanitarias-noruegas.html>
- ASSEM (2010). *Algunas claves para el diagnóstico y el tratamiento de enfermos de SFC/EM*. Barcelona: ASSEM. Recuperado de <http://afigranca.org/docs/ASSEM-Algunas-consideraciones.pdf>
- Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I., y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12 (2), 314-319.
- Bandura, A. (1971). Psychoterapy based upon modeling principles. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychoterapy and behavior change: An empirical análisis* (pp. 653-708). Nueva York: Wiley.

- Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., McHugh, L., y Hayes, S.C. (2004). Relational Frame Theory: some implications for understanding and treating human psychopathology. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 355-375.
- Barraca, J. (2009). La activación Conductual (AC) y la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TACD). Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la Activación Conductual. *EduPsykhé*, 8 (1), 23-50.
- Barrera, C.F., Barragán, H.M., y Sánchez Guerrero, J. (2000). Mutaciones del genoma mitocondrial y su expresión clínica en cardiología. *Gaceta Médica*, 136 (6), 585-594.
- Bas, R., y Andrés, V. (1986). *Estudio de resultados de 21 sujetos depresivos tratados con terapia cognitivo-conductual*. Ponencia presentada en el Congreso Internacional de Diagnóstico y Clasificación de las Depresiones. Facultad de Medicina, UCM, Madrid, Abril.
- Bas, R., y Andrés, V. (1994). *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: un manual de tratamiento*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Bates, DW, Schmitt, W, Buchwald, D, Ware, J., y Troyer, E. (1993). Prevalence of fatigue and chronic fatigue syndrome in a primary care practice. *Archives of Internal Medicine*, 153, 2759-2765.
- Beatriz, L. (2005). Locus de Control: Evaluación de su concepto y operacionalización. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 14 (1), 89-98.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaug, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch.Gen.Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. Nueva York: Hoeber.
- Beck, A., Weissman, A., Lester, D., y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Beckham, E.E., Leber, W.R., Watkins, J.T., Boyer, J.L., y Cook, J.B. (1986). Development of an instrument to measure Beck's Cognitive Triad: The Cognitive Triad Inventory. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 54, 566-567. Versión castellana de Bas y Andrés (1988). Madrid: Centro de Psicología "Bertrand Russell".
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Berkman, L.F. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57, 245-254.

- Bermúdez, J. (1996). Afrontamiento: aspectos generales. En A. Fierro (Comp.), *Manual de Psicología de la Personalidad* (pp. 177-209). Barcelona: Paidós.
- Berle, B.B., Pinsky, R.H., Wolf, S., y Wolf, H.G. (1952). A clinical guide to prognosis in stress diseases. *Journal of the American Medical Association*, 149, 1624-1628.
- Bernal, M., Haro, J.M., Bernert, S., Brhuga, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., Lépine, J.P., de Girolamo, G., Vilagut, G., Gasquet, I., Torres, J.V., Kovess, V., Heider, D., Neeleman, J., Kessler, R. y Alonso, J. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, 101(1-3), 27-34.
- Berrios, G.E. (1988). Depressive and Manic States during the Nineteenth Century. En A. Georgotas, y R. Cancro (Eds.), *Depression and Mania* (pp. 13-25). New York: Esselvier, 13-25.
- Black, C. D., O'Connor, P. J., y McCully, K. K. (2005). Increased daily physical activity and fatigue symptoms in chronic fatigue syndrome. *Dynamic Medicine*, 4, 3. doi:10.1186/1476-5918-4-3
- Blumenthal, J.A., Burg, M.M., Barefoot, J. Williams, R.B., Haney, T., y Zimet, G. (1987). Social support, Type A behavior, and coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 49, 331-340.
- Bower, G.H. (1981). Mood and Memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Brannon, L., y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo.
- Brown, G.W., Bhrolchain, M., y Harris, T. (1975). Social class and psychiatric disturbances among woman in an urban population. *Sociology*, 9, 225-254.
- Brown, G.W., y Harri, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorders in women*. London: Tavistoch.
- Brown, G.K., Beck, A.T., Steer, R.A., y Grisham, J.R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 371-377.
- Buchwald, D., Cheney P.R., y Peterson, D.L. (1992). Characterized by fatigue, neurologic and inmunologic disorders and active human herpes virus type infection. *Annals of Internal Medicine*, 116, 103-113.
- Buela-Casal, G., Caballo, V.E., y Sierra, J.C. (1996). *Manual de evaluación de la psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Burger, J.M. (1985). Desire for control and achievement-related behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1520-1533.

- Burgess, E.P. (1969). The modification of depressive disorders. En R.D. Rubin y C.M. Franks (Eds.), *Advances in behavior therapy* (pp. 193-199). Nueva York: Academic Press.
- Burgess, M., Andiappan, M., y Chalder, T. (2012). Cognitive behaviour therapy for Chronic fatigue syndrome in adults: face to face versus telephone treatment: a randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40 (2), 175-91.
- Burton, R. (2006). *Anatomía de la melancolía*. Madrid: Alianza.
- Caballero, L., Aragonés, E., García-Campayo, J., Rodríguez-Artalejo, F., Ayuso-Mateos, J. L., Polavieja, P., Gómez-Utrero, E., Romera, I., y Gilaberte, I. (2008). Prevalence, characteristics, and attribution of somatic symptoms in Spanish patients with major depressive disorder seeking primary health care. *Psychosomatics*, 49(6), 520-529.
- Calandre, E.P., Vilchez, J.S., Molina-Barea, R., Tovar, M.I., García-Leiva, J.M., Hidalgo, J., Rodríguez-López, C. y Rico-Villademoros, F. (2011). Suicide Attempts and risk of suicide in patients with fibromyalgia: a survey in Spanish patients. *Rheumatology*, 50 (10), 1889-1893.
- Campbell, A., Converse, P.E., y Rodgers, W.L. (1976). *The quality of American life: perceptions, evaluations and satisfactions*. New York: Wiley.
- Cano, A., Martín, J. Mae, C., Dongil, E., y Latorre, J.M. (2012). La depresión en Atención Primaria: Prevalencia, Diagnóstico y Tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 33 (1), 2-11.
- Carmel, S., Anson, O., Levenson, A., Bonne, D.Y., y Maoz, B. (1991). Life events, sense of coherence and health: gender differences on the kibbutz. *Social Science and Medicine*, 32, 1089-1096.
- Carruthers B.M., Jain A.K., De Meirleir K.L., Peterson D.L, Klimas N.G., Lerner A.M., Bested A.C., Flor-Henry P., Joshi P., Powles A.C.P., Sherkey J.A., y Van de Sande M.L. (2003). Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Clinical working case definition, diagnostic and treatment protocols. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, 11(1), 7-115.
- Carruther, B.M., y Van de Sande, M.I. (2011). Myalgic encephalomyelitis: International Consensus Criteria. *Journal of Internal Medicine*, 270 (4), 327-338. doi: 101111/j.1365-2796.2011.02428.x
- Casey, P. R., Dunn, G., Kelly, B. D., Birkbeck, G., Dalgard, O. S., Lehtinen, V., Britta, S., Ayuso-Mateos, J.L., y Dowrick, C. (2006). Factors associated with suicidal ideation in the general population: five-centre analysis from the ODIN study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 189, 410-415.

- Cassel, J.C. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- CDC (s.d.). *El síndrome de Fatiga Crónica. Un paquete para los médicos*. Atlanta. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/cfs/pdf/cfs-toolkit-es.pdf>
- Clarke, D.M., Cook, K.E., Coleman, K.J., y Smith, G.C. (2006). A qualitative examination of the experience of depression in hospitalized medically ill patients. *Psychopathology*, 39 (6), 303-312. doi: 10.1159/000095778
- Clement G., McGarry F., Naim C., y Galbraith D. (1995). Detection of enterovirus - specific RNA in serum: the relationship to chronic fatigue. *Journal of Medical Virology*, 45, 156-161.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-313.
- Cobb, S., y Kasl, S.V. (1977). Termination: The consequences of job loss. Washington, DC: US Government Printing Office.
- Collins, A.M., y Loftus, F.F. (1975). A spreading activation theory of semantic processing. *Psychological Review*, 82, 407-428.
- Costello, C.G. (1972). Depression: Loss of reinforcers or loss of reinforcer effectiveness?. *Behavior Therapy*, 3, 240-247.
- Craig, K. J. W. (1943). *The nature of explanation*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Damasio, A. (2010). *Y el cerebro creó al hombre*. Barcelona: Destino.
- Dancey, C. P., Hutton-Young, S. A., Moye, S., y Devins, G. M. (2002). Perceived stigma, illness intrusiveness and quality of life in men and women with irritable bowel syndrome. *Psychology, Health & Medicine*, 7, 381-395.
- Dancey, C.P., y Friend, J. (2007). Symptoms, impairment and illness intrusiveness- their relationship with depression in women with CFS/ME. *Psychology and Health*, 23(8), 983-999.
- David, A.S., Wessely, S. y Pelosi, A.J. (1991). Chronic Fatigue Syndrome: Signs of a new approach. *British Journal of Hospital Medicine*, 45, 158-163.
- Davis, M.H., Morris, M.M., y Kraus, L.A. (1998). Relationship-specific and global perception of social support: Associations with well-being and attachments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 468-481.
- De Genova, M.K., Patton, D.M., Jurich, J.A., y MacDermid, S.M. (1994). Ways of coping among HIV infected individuals. *Journal of Social Psychology*, 134, 655-663.
- De la Puente Muñoz, M.L., Labrador, J., y De Arce, F. (1993). La autoobservación. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado, y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.

- Deale, A., y Wessely, S. (2000). Diagnosis of psychiatric disorder in clinical evaluation of Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 93 (6), 310-312.
- Dean, G., Walsh, D., Downing, H., y Shelley, E. (1981). First admissions of native-born and immigrants to psychiatric hospitals in South East England, 1976. *British Journal of Psychiatry*, 139, 506-512.
- Dean, A., y Lin, N. (1977). The stress-buffering role of social support. *Journal of Mental Disease*, 165, 403-417.
- DeLongis, A., Bolger, N., Kessler, R.C. y Schilling, E.A. (1989). Effects of Daily Stress on Negative Mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (5), 808-818.
- Devins, G. M. (1994). Illness intrusiveness and the psychosocial impact of lifestyle disruptions in chronic life-threatening disease. *Advances in Renal Replacement Therapy*, 1, 251-263.
- Devins, G. M., Styra, R., O'Connor, P., Gray, T., Seland, T. P., Klein, G. M., y Shapiro, C.M. (1996). Psychosocial impact of illness intrusiveness moderated by age in multiple sclerosis. *Psychology, Health and Medicine*, 1, 179-191.
- Di Mauro, S., y Moraes, C.T. (1993). Mitochondrial encephalomyopathies. *Archives of neurology*, 50, 1197-1208.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., y Van Dierendock, D. (2006). Adaptación española de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572-577.
- Dickson, A., Toft, A., y O'Carroll, R.E. (2009). Neuropsychological functioning, illness perception, mood and quality of life in Chronic Fatigue Syndrome, autoimmune thyroid disease and healthy participants. *Psychological Medicine*, 39 (9), 1567-1576.
- Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 3, 67-113.
- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40, 77-98.
- Edmonds, M., McGuire, H., y Price, J. (2004). Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. *The Cochrane Library*, 3, 1-22.
- Evengård, B., y Klimas, N. (2002). Chronic Fatigue Syndrome. Probable Pathogenesis and Possible Treatments. *Drugs*, 62 (17), 2433-2446.
- Fawcett, J., Scheftner, W.A., Fogg, L. Clark, D.C., Young, M.A., y Hedeker, D. (1990). Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1189-1194.

- Fernández Castro, J., y Edo, S. (1994). ¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud?. *Anales de Psicología*, 10 (2), 127-133.
- Fernández-Solá, J. (2003). *Sobrevivir al cansancio. Una aproximación a la situación de Fatiga Crónica*. Barcelona: Viena Ediciones.
- Fester, C.B. (1965). Classification of Behavioral pathology. En L.Krasner y L.P. Ullman (Eds.), *Research in behavior modification* (pp. 6-26). Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.
- Fester, C.B. (1966). Animal Behavior and mental illness. *Psychological Record*, 16, 345-356.
- Fester, C.B. (1973). A functional análisis of depresión. *American Psychologist*, 28, 857-870.
- Flannery, R.B., y Flannery, G.J. (1990). Sense of Coherence, life stress, and psychological distress: a prospective methodological inquiry. *Journal of Clinical Psychology*, 46 (4), 415-420.
- Fluge, Ø., Bruland, O., Risa, K., Storstein, A., Kristoffersen, E.K., Sapkota, D., Næss, H., Dahl, O., Nyland, H., y Mella, O. (2011). Benefit from B-Lymphocyte Depletion Using the Anti-CD20 Antibody Rituximab in Chronic Fatigue Syndrome. A Double-Blind and Placebo Controlled Study. *Plos one*, 6 (10), 1- 13.
- Folkman, S., y Lazarus, R.S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, C.A.: Consulting Psychologist Press.
- Friedberg, F., y Jason, L.A. (1998). *Understanding Chronic Fatigue Syndrome: An empirical guide to assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Fukuda, K., Straus S., y Hickiel. (1994). The chronic fatigue syndrome: A comprehensive approach to its definition and study. *Annals of Internal Medicine*, 121, 953-959.
- Fuller-Thomsona, E., y Nimigonb, J. (2008). Factors associated with depression among individuals with Chronic Fatigue Syndrome: findings from a nationally representative survey. *Oxford Journals Medicine, Family Practice*, 25 (6), 414-422.
- Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A, Almansa, J., Codony, M., y Haro, J.M. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Medicina Clínica*, 129 (13), 494-500.

- García, F.J., Cuscó, A.M., y Poca, V. (2006). *Abriendo camino. Principios básicos de Fibromialgia, Fatiga Crónica e Intolerancia Química Múltiple*. Barcelona: Tarannà Edicions.
- García Guerra, D. (1987). El empirismo anatomopatológico y la enfermedad. En A. Albarracín (coord.), *Historia de la enfermedad*. Madrid: Saned.
- Gavino, A., y Godoy, A. (1999). *Tratamiento psicológico de la depresión*. Madrid: UNED-FUE.
- Gil-Roales, J. (2004). *Psicología de la salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Groom, H.C.T., Boucherit, V.C., Makinson, K., Randal, E., Baptista, S., Hagan, S. Gow, J.W., Mattes, F.M., Breuer, J., Kerr, J.R., Stoye, J.P., y Bishop, K.N. (2010). Absence of xenotropic murine leukaemia virus-related virus U.K. patients with chronic fatigue syndrome. *Retrovirology*, 7 (1), 1-10. doi: 10.1186/1742-4690-7-10
- Goldney, R. D., Winefield, A. H., Tiggemann, M., Winefield, H. R., y Smith, S. (1989). Suicidal ideation in a young adult population. *Acta Psychiatrica Scand*, 79, 481- 489.
- Gooding, P.A., Hurst, A., Johnson, J., y Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27 (3), 262-270.
- Gore, S. (1978). The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 157-165.
- Gottlieb, B.H. (1981). *Social networks and social support*. Beverly Hills, California: Sage.
- Gottlieb, B.H. (1983). Social support as focus for integrative research in psychology. *American Psychologist*, 38, 278-287.
- Goudsmit, E.M., y Stouten, B. (2004). Chronic Fatigue Syndrome: Editorial Bias in the British Medical Journal. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, 12 (4), 47-59.
- Goudsmit, E.M., Nijs, J., Jason, L.A., y Wallman, K.E. (2012). Pacing as a strategy to improve energy management in Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: A consensus document. *Disability and Rehabilitation*, 34 (13), 1140-1147. doi: 10.3109/09638288.2011.635746
- Granjel, L.S. (1987). La enfermedad en la mentalidad anatomoclínica. En A. Albarracín (coord.), *Historia de la enfermedad*. Madrid: Saned.
- Grinker, R.R., Miller, J., Sabshin, M., Nunn, R., y Nunnally, J.C. (1961). *The Phenomeno of Depression*. Nueva York: Hoeler, P.B.

- Guilliam, A.G. (1938). *Epidemiological study of an epidemic, diagnosed as poliomyelitis, occurring among the personnel of Los Angeles County General Hospital during the summer of 1934*. Public Health Bulletin, 240, 1-90.
- Gutiérrez-García, A.G., Contreras, C.M., y Rodríguez-Orozco, R.C. (2006). Suicidio: Conceptos actuales. *Salud Mental*, 29 (5), 66-74.
- Haan, N. (1977). *Coping and defending: Processes of self-environmental organization*. New York: Academic Press.
- Hall, S.R., y Smith, A.P. (1996). Behavioural effects of infections mononucleosis. *Neuropsychology*, 33 (4), 202-209.
- Hamilton, M. (1960). A rating Scale for depresión. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Haro, J. M., Palacin, C., Vilagut, G., Martinez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126, 445-451.
- Harvey, S.B., Wadsworth, M., Wessely, S., y Hotopf, M. (2008). The relationship between prior psychiatric disorder and chronic fatigue: Evidence from a national birth cohort study. *Psychological Medicine*, 38 (7), 933-940.
- Harvey, S.B., y Wessely, S. (2009). Chronic Fatigue Syndrome: Identifying zebras amongst the horses. *BMC Medicine*, 7, 58-63.
- Hawk, C. Jason, L.A., y Torres-Harding, S. (2006). Differential diagnosis of chronic fatigue syndrome and major depressive disorder. *International Journal of Behavioural Medicine*, 13, 244-251.
- Heisela, M.J., Duberstein, P.R., Conner, K.R., Franusa, N., Beckman, A., y Conwell, Y. (2006). Personality and reports of suicide ideation among depressed adults 50 years of age or older. *Journal of Affective Disorders*, 90 (2-3), 175-180.
- Hempel, S., Chambers, D. Bagnall, A.M., y Forbes, C. (2008). Risk factors chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: A systematic scoping review of multiple predictor studies. *Psychological Medicine*, 38 (7), 915-926.
- Henningsen, P., Zimmermann, T., y Sattel, H. (2003). Medically unexplained physical symptoms, anxiety and depression: A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 65, 528-533.
- Hollon, S.D., y Kendall, P.C. (1980). Cognitive self-statements in Depression; development of an Automatic Thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-395. Versión castellana de Bas y Andrés (1984), Centro de Psicología "Bertrand Russell". Madrid.

- Hoon, E.F., Hoon, P.W., Rand, K.H., y Johnson, J. (1991). A psycho-behavioral model of genital herpes recurrence. *Journal of Psychosomatic Research*, 35 (1), 25-36.
- Instituto Nacional de Estadística. (2013). *Encuesta Nacional de Salud 2011-2012*. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>
- Irving, L. M., Snyder, C. R., y Crowson, J. J. (1998). Hope and the negotiation of cancer facts by college women. *Journal of Personality*, 66, 195–214.
- Jackson, S.W. (1989). *Historia de la melancolía y la depresión*. Madrid: Turner.
- Jarvinen, K.A.J. (1955). Can Ward rounds be a danger to patients with myocardial infarction?. *British Medical Journal*, 1, 318-320.
- Jason, L.A., Corradi, K., Gress, S., Williams, S., y Torres-Harding, S. (2006). Causes of Death Among Patients With Chronic Fatigue Syndrome. *Health Care for Women International*, 27 (7), 615-626.
- Jason, L.A., Torres-Harding, S., Friedberg, F., Corradi, K., Njoku, M.G., Donalek, J., Reynolds, N., Brown, M., Weitner, B.B., Rademaker, A., y Papernik, M. (2007). Non-pharmacologic Interventions for CFS: A Randomized Trial. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14, 275-296.
- Jennings, B.M. (1990). Stress, locus of control, occupational stress, and psychological distress on job satisfaction among nurses. *Psychological Reports*, 78, 1256-1258.
- Jiménez Romero, A., Montero, M., Ramos, G., y Sánchez, P. (1998). Síndrome de Fatiga Crónica. *Medicine*, 7 (77), 3551-3557.
- Johnson, S.K., De Luca, J. y Natelson, B.H. (1996). Depression in fatiguing illness: Comparing patients with Chronic Fatigue Syndrome, multiple sclerosis and depression. *Journal of Affective Disorders*, 39, 21-30.
- Jones, J.F., Ray, C.G., Minnich, L.I., Hicks, M.J., Kibler, R., y Lucas, D.O. (1985). Evidence for active Epstein-Barr virus infection in patients with persistent, unexplained illnesses: elevated anti-early antigen antibodies. *Annals of Internal Medicine*, 102, 1-7.
- Kahlbaum, L. (1995). *Clasificación de las enfermedades psíquicas*. Madrid: DOR.
- Kandel, E.R., Schwartz, J.H., y Jessel, Th.M. (1997). *Neurociencia conducta*. Madrid: Prentice Hall.
- Kandel, E.R. (2007). *En busca de la memoria. El nacimiento de una nueva ciencia de la mente*. Buenos Aires: Katz.
- Kaplan, B.H., Cassel, J.C., y Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care*, 15, 47-58.

- Kennedy, G., Underwood, C., y Belch, J.J.F. (2010). Physical and functional impact of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis in childhood. *Pediatrics*, 125 (6), 1324-1130.
- Keyes, C., Ryff, C., y Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Khan, S.A., y Farooq, S. (2003). Relationship between protective and risk factors for suicide in depressed patients. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 53 (7), 275-279.
- King, M., Nazareth, I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S., Bellón Saameño, J.A., Moreno, B., Svab, J., Maaros, H.J., Neeleman, J., Xavier, M., Caldas de Almeida, M., Correa, B., y Torres-Gonzalez, F. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *British Journal of Psychiatry*, 192, 362-367.
- Klimas N., O'Brien Koneru, A. (2007). Chronic Fatigue Syndrome: Inflammation, Immune Function, and Neuroendocrine Interactions. *Current Rheumatology Reports*, 9, 482-487.
- Konstantinov, K., von Mikecz, A., Buchwald, D., Jones, J., Gerace, L., y Tan, E.M. (1996). Autoantibodies to nuclear envelope antigens in chronic fatigue síndrome. *Journal of Clinical Investigation*, 98 (8), 1888-1896. doi: 10.1172/JCI118990.
- Kovacks, M., y Beck, A.T. (1978). Maladaptive cognitive structure in depression. *American Journal of Psychiatry*, 135, 525-533.
- Kraepelin, E. (1988). *Introducción a la clínica psiquiátrica*. Madrid: Nieva.
- Kraus, A.S., y Lilienfeld, A.M. (1959). Some epidemiological aspects of the high mortality rate in the Young widowed group. *Journal of Chronic Disease*, 10, 207-217.
- Kwon, S.M., y Oei, P.S. (1992). Differential Causal Roles of Dysfunctional Attitudes and Automatic Thoughts in Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 309-328.
- Lambert, M.J., Hatch, D.R., Kingston, M.D., y Edwards, B.C. (1986). Zung, Beck, y Hamilton Rating Scales as measures of treatment outcome: A meta-analytic comparison. *Journal of Consulting y Clinical Psychology*, 54, 54-59.
- Langer, E.J. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 311-328.
- Lanteri-Laura, G.L. (1991). L'unicité de la notion de délire dans la psychiatrie française moderne. En H. Grivois (Ed.), *Psychose naissance, psychose unique?* (pp. 3-21). París: Masson.

- Latorre, P., y Beneit, J.M. (1994). *Psicología de la salud: Aportaciones para los profesionales de la salud*. Buenos Aires: Lumen.
- Lavanguardia.com/vida. (2014). Hallan anomalías y dos biomarcadores de la fatiga crónica. Recuperado de www.lavanguardia.com/vida/20140317/54403178865/hallan-anomalias-inmunologicas-y-dos-biomarcadores-de-la-fatiga-cronica.html
- Lazarus, R. S., Deese, J., y Osler, S. F. (1952). The effects of psychological stress upon performance. *Psychological Bulletin*, 49, 293–317.
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leese, G., Chattington, P., Fraser, W., Vora, J., Edwards, R., y Williams, G. (1996). Short-term night-shift working mimics the pituitary-adrenocortical dysfunction in chronic fatigue syndrome. *Journal Clinical Endocrinology Metabolism*, 8 (5), 1867-1870
- Lefcourt, H.M., y Davidson-Katz, K. (1991). Locus of control construct. *Psychological Bulletin*, 112, 411-414.
- Lehman, A.M., Lehman, D.R., Hemphill, K.J., Mandel, D.R., y Cooper, L.M. (2002). Illness experience, depression and anxiety in Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 451-465.
- Lerner, M., Beqaj, S., Fitzgerald, J.T., Gill, K., Gill, C. y Edington, J. (2010). Subset-directed antiviral treatment of 142 herpesvirus patients with chronic fatigue. *Virus Adaptation and Treatment*, 2, 47-57.
- Lewinsohn, P.M. (1974a). The behavioral study and treatment of depresión. En M. Hersen, R.M. Eisler, y P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*. Nueva York: Academic Press.
- Lewinsohn, P.M. (1974b). Clinical and theoretical aspects of depresión. En K.S. Kalhoun, H.E. Adams, y K.M. Mitchells (Eds.), *Innovative treatment methods in psychopathology*. Nueva York: Academic Press.
- Lewinsohn, P.M., y Atwood, G.E. (1969). Depression: a clinical-research approach. *Psychotherapy: Research and Practice*, 6, 166-171.
- Lewinsohn, P.M., y Hoberman, H.M. (1985). Enfoques conductuales y cognitivos. En E.S. Paykel (Coord.), *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid: Pirámide.
- Liberman, R.P., y Raskin, D.E. (1971). Depression: A behavioral formulation. *Archives of General Psychiatry*, 24, 515-523.

- Libet, J.M., y Lewinsohn, P.M. (1973). Concepto of social Skull with special referente to the behavior of depressed persons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 304-312.
- Lichtman, R. Wood, J., y Taylor, S.E. (1982). Close relationships after breast surgery. Paper presentado en la reunión anual de la APA. Washinton, DC.
- Little, B.R. (1983). Personal projects: A rationale and method for investigation. *Environment and Behavior*, 15, 273–309.
- Looper, K.J., y Kirmayer, L.J. (2004). Perceived stigma in functional somatic syndromes and comparable medical conditions. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 373–378.
- López, E., y Costa, M. (2012). *Manual de Consejo psicológico*. Madrid: Síntesis.
- Lu, L. (1991). Daily hassles and mental health: a longitudinal study. *British Journal of Psychology*, 82, 576-581.
- Lubin, B. (1965). Adjetive checklists for measurement of depresión. *Archives of General Psychiatry*, 12, 57-62.
- Lyle, N., Gomes, A., Sur, T., Munshi, S., Paul, S. Chatterjee, S., y Bhattacharyya, D. (2009). The role antioxidant properties of Nardostachys Jatamansi in allevation of the symptoms of the Chronic Fatigue Syndrome. *Behavioural Brain Research*, 202 (2), 285-290.
- McEvedy, C.P., y Beard, A.W. (1970). Concepto of Benign Myalgic Encephalomyelitis. *British Medical Journal*, 1, 11-15. doi: 10.1136/bmj. 1.5687.11
- McNaughton, M., Patterson, T.L., Smith, T.L., y Grant, I. (1995). The relationship among stress, depression, locus of control, irrational beliefs, social support, and health in Alzheimer`s disease caregivers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183 (2), 78-85.
- Maes, M. (2011). An intriguing and hitherto unexplained co-occurrence: Depression and Chronic Fatigue Syndrome are manifestations of shared inflammatory, oxidative and nitrosative (IO&NS) pathways. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatric*, 35 (3), 784-794.
- Maes, M., Mihaylova, I., Kubera, M., Leunis, J.C., Twisk, F.N.M., y Geffard, M. (2012). IgM-mediated autoimmune responses directed against anchorage epitopes are grater in Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) than in major depression. *Metabolic Brain Disease*, 27, 415-423.
- Malcolm, A.T., y Janisse, M.P. (1991). Additional evidence for the relationship between Type A bahavior and social support in men. *Behavioral Medicine*, 17, 131-134.
- Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.

- Marquart, A.L., Overholser, J.C., y Peak, N.J. (2009). Mood regulation beliefs in depressed psychiatric inpatients: Examining affect, behavior, cognitive, and social strategies. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 13 (4), 265-272.
- Marshall, R., Paul, L., MacFadyen, A.K., Rafferty, D., y Wood, L. (2010). Pain characteristics of people with Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 18 (2), 127-137.
- Martin, W.J. (1996). Severe stealth virus encephalopathy following chronic fatigue syndrome like illness: clinical and histopathological features. *Pathobiology*, 64 (1), 1-8.
- Maslow, A.H. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: D. Van Nostrand.
- Matthews, K.A. (1982). Psychological perspectives on the Type A behavior pattern. *Psychological Bulletin*, 91, 293-323.
- McDermott, D., y Snyder, C. R. (1999). *Making hope happen*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Medalie, J.H., y Goldbourt, U. (1976). Angina pectoris among 10.000 men: 2. Psychosocial and other risk factors as evidenced by a multivariate analysis of a five year incidence study. *The American Journal of Medicine*, 60, 910-921.
- Metalsky, G.I., Halberstadt, L.J., y Abramson, L.Y. (1987). Vulnerability to depressive mood reactions: Toward a more powerful test of the diathesis-stress and causal mediation components of the reformulated theory of depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 386-393.
- Montoya, J., Playan, A., Solano, A., Alcaine, M.J., López Pérez, M.J., y Pérez Martos, A. (2000). Enfermedades del ADN mitocondrial. *Revista Neurología*, 31, 324-328.
- Moreno, B., Alonso, M., y Álvarez, E. (1997). Sentido de coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 13,2, 185-207.
- Morgan, D. (2009). *Study isolates virus in chronic fatigue sufferers*. Recuperado de <http://www.reuters.com/article/2009/10/08/idUSN08539703>
- Morriss, R.K., y Wearden, A.J. (1998). Screening instruments for psychiatric morbidity in Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of the Royal of Medicine*, 91 (7), 365-368.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., y Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370, 851-858.
- Nardone, G., y Watzlawick, P. (1993). Clinical practice, processes and procedures. En G. Nardone y P. Watzlawick (eds.), *The art of change* (pp. 45-72). San Francisco: Jossey-Bass.

- Neeck, G., y Crofford L. (2000). Neuroendocrine perturbations in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Rheumatic diseases clinics of North America*, 26, 989-1002.
- Neisser, U. (1976). *Cognitive Psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Norman, D.A. (1981). Categorization of action slips. *Psychological Review*, 88, 1-15.
- Nunnally, J.C., y Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Nuñez, M., Fernández-Sola, J., Nuñez, E., Fernández-Huerta, J.M., Godás, T., y Gómez-Gil, E. (2011). Health-related quality of life in patients with chronic fatigue syndrome: group cognitive behavioural therapy and graded exercise versus usual treatment. A randomised controlled trial with 1 year of follow-up. *Clinical Reumatol*, 30, 381-389.
- O'Dowd, H., Gladwell, P., Rogers, C.A., Hollinghurst, S., y Gregory, A. (2006). Cognitive behavioural at therapy in Chronic Fatigue Syndrome: A randomised controlled trial of an outpatient group. *Healt Technology Assessment*, 10 (37), iii-51.
- Olinger, L.J., Kuiper, N.A., y Shaw, B.F. (1987). Dysfunctional Attitudes and Stressful Life Events: An Interactive Model of Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 25-40.
- Omodei, M. M., y Wearing, A. J. (1990). Need satisfaction and involvement in personal projects: Toward an integrative model of subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 762-769.
- Orth-Gomer, C., y Unden, A. (1990). Type A behavior, social support, and coronary risk: Interaction and significance for mortality in cardiac patients. *Psychosomatic Medicine*, 52, 59-72.
- Palys, T. S., y Little, B. R. (1983). Perceived life satisfaction and organization of personal projects systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1221-1230.
- Panzarella, C., Alloy, L.B., y Whitehouse, W.G. (2006). Expanded Hopelessness Theory of Depression: On the mechanisms by which social support protects against depression. Springer Science+Business Media. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 307-333.
- Parkes, K.R. (1984). Locus of control, cognitive appraisal and coping in stressful episodes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 655-668.
- Patterson, G. R., y Rosenberry, C. (1969). *A social learning formulation of depresión*. New York: Academic Press.

- Pérez Álvarez, M. (1994). Teoría y técnicas de la autoobservación. En R. Fernández Ballesteros (ed.), *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Pérez-García, A.M. (1999). *Personalidad, Afrontamiento y Apoyo Social*. Madrid: UNED-FUE.
- Pert, C.B. (1997). *Molecules of emotion. Why you feel the way feel*. Nueva York: Scribner.
- Piaget, J. (1933). *La representación del mundo en los niños*. Madrid: Espasa Calpe.
- Pichot, P., López-Ibor, J.J., y Valdés, M. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Pilisuk, M., Montgomery, M.B., Parks, S.H., y Acredolo, C. (1993). Locus of Control life stress, and social networks: gender differences in the health status of the elderly. *Sex Roles*, 28 (3-4), 147-166.
- Poirel, C. (1975). *Les rythmes circadiens en psychopathologie*. París: Masson.
- Porter, N.S., Jason, L.A., Boulton, A., Bothne, N., y Coleman, B. (2010). Alternative medical interventions used in the treatment and management of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. *Journal of alternative and complementary medicine*, 16 (3), 235-249.
- Price, J.R., y Couper, J. (2008). Tratamiento cognoscitivo-comportamental para adultos con Síndrome de Fatiga Crónica. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2. Recuperado de <http://www.update-software.com>
- Pylyshyn, Z. W. (1973). What the mind's eye tells the mind's brain: A critique of mental imagery. *Psychological Bulletin*, 80, 1-24.
- Ramsay, A.M. (1986). *Postviral Fatigue Syndrome. The saga of Royal Free disease*. London: Gower.
- Rakib, A., White, P.D., Pinching, A.J., Hedge, B., Newbery, N., Fakhoury, W.K., y Priebe, S. (2005). Subjective quality of life in patients with chronic fatigue. *Quality of life research*, 14 (1), 11-19.
- Rakke, B. K. (1997). Impact of self-report check list on level of hope upon. *Dissertation Abstracts International*, 57 (9-B), 5973.
- Renz, M., Koeberle, D., Cerny, T., y Strasser, F. (2009). Between utter despair and essential hope. *Journal of Clinical Oncology*, 27 (1), 146-149.
- Revenson, T.A., Wollman, C.A., y Felton, B.J. (1983). Social supports as stress buffers for adult cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 45, 321-331.
- Reynolds, N.L., Brown, M.M., y Jason, L.A. (2009). The relationship of phases to symptoms among patients with chronic fatigue syndrome. *Evaluation and the Health Profession*, 32 (3), 264-280.

- Robins, C.J., y Block, P. (1989). Cognitive theories of depression viewed from a diathesis-stress perspective: Evaluations of the models of Beck and of Abramson, Seligman, and Teasdale. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 297-313.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rotter, J.B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (1), 1-28.
- Roy-Byrne, P., Afari, N., Ashton, S., Fischer, M., Goldberg, J., y Buchwald, D. (2002). Chronic fatigue and anxiety/depression: a twin study. *British Journal of Psychiatry*, 180, 29-34.
- Ruano, L. (2002). Para entender las mitocondriopatías. México: Archivos de Neurociencia, 7 (4), 192-196.
- Rubio, T., y Verdecia, M. (2004). Las enfermedades mitocondriales: un reto para las ciencias médicas. *MEDISAN*, 8(1). Recuperado de http://bus.sld.cu/revistas/san/vol8_1_04/san08104.htm.
- Ruehlman, L. S., y Wolchik, S. A. (1988). Personal goals and interpersonal support and hindrance as factors in psychological distress and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 293-301.
- Ruíz Caballero, J.A. (1999). *Aspectos cognitivos de la depresión*. Madrid: UNED-FUE.
- Ryland, E. y Greendfeld, S. (1991). Work stress and well-being: an investigation on Antonovsky's Sense of Coherence Model. En P.L. Perrewé (Ed.), Handbook on job stress (special issue). *Journal of Social Behavior and Personality*, 6 (7), 39-54.
- Ryff, C. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.
- Ryff, C. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C., y Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Sahu, Y., y Vaghela, J.S. (2011). Propective effects of some natural and synthetic antidepressants against chronic fatigue induced alterations. *Journal of Global Pharma Technology*, 3 (2), 21-30.

- Sanz, J., y Vázquez, C. (1991). *Fiabilidad y validez factorial de la versión española del Inventario de Depresión de Beck*. Comunicación presentada en el III Congreso de Evaluación Psicológica, Barcelona.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10 (2), 303-318.
- Scheier, M.F., y Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism on psychological and physical well-being: The influence of generalized expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210.
- Scheier, M.F., Weintraub, J.K., y Carver, C.S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257-1264.
- Schroder, K.E.E., y Ollis, C.L. (en prensa). The Coping Competence Questionnaire: A measure of resilience to helplessness and depression. *Motivation and Emotion*, 1-17.
- Schweitzer, R., Kelly B., Foran, A., Terry, D., y Whiting, J. (1995). Life in Chronic Fatigue Syndrome. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 108-111.
- Seeman, T.E., y Syme, S.L. (1987). Social networks and coronary artery disease: A comparison of the structure and function of social relations as predictor of disease. *Psychosomatic Medicine*, 49, 341-354.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness*. San Francisco: Freeman.
- Sepede, G., Racciatti, D., Gorgoretti, V., Nacci, M., Di Gianantonio, M. y Gambi, F. (2011). Psychophysical distress and alexithymic traits in Chronic Fatigue Syndrome with and without comorbid depression. *International Journal of Immunopathology and Pharmacology*, 24 (4), 1017-1025.
- Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., Lujan, L., Fernández, A., Roura, P., Bertsch, J, Mercader, M. y Haro, J. M. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 45, 201-210.
- Skapinakis, P., Lewis, G., y Mavreas, V. (2003). Unexplained fatigue syndromes in a multinational primary care sample: specificity of definition and prevalence and generalized anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 160 (4), 785-787.
- Skapinakis, P., Lewis, G., y Mavreas, V. (2004). Temporal relations between unexplained fatigue and depression: longitudinal data from an international study in primary care. *Psychosomatic Medicine*, 66(3), 330-335.

- Smith, C.A., Dobbins, C.J., y Wallston, K.A. (1991). The Mediational Role of Perceived Competence in Psychological Adjustment to Rheumatoid Arthritis. *Journal of Applied Social Psychology*, 21 (15), 1218-1247.
- Smith, W.R., Noonan, C., y Buchwald, D. (2006). Mortality in a cohort of chronically fatigued patients. *Psychological Medicine*, 36 (9), 1301-1306.
- Pinel
- Snyder, C. R. (1994b). *The psychology of hope: You can get there from here*. New York: Free Press.
- Snyder, C. R. (1995). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling and Development*, 73, 355–360.
- Snyder, C. R. (1998a). A case for hope in pain, loss, and suffering. En J. H. Harvey, J. Omarzu, y E. Miller (Eds.), *Perspectives on loss: A sourcebook* (pp. 63–79). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, Ch., y Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570–585.
- Snyder, C. R., Irving, L. y Anderson, J. R. (1991). Hope and health: Measuring the will and the ways. En C. R. Snyder y D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (pp. 285–305). Elmsford, NY: Pergamon.
- Snyder, C. R., Sympson, S. C., Ybasco, F. C., Borders, T. F., Babyak, M. A., y Higgins, R. L. (1996). Development and validation of the State Hope Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 321–335.
- Snyder, C.R., Cheavens, J., y Sympson, S.C. (1997). Hope: An individual motive for social commerce. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 1, 107-118.
- Snyder, C. R., Lapointe, A. B., Crowson, J. J. Jr., y Early, S. (1998). Preferences of high- and low-hope people for self-referential input. *Cognition & Emotion*, 12, 807–823.
- Snyder, C. R., Sympson, S. C., Michael, S. T., y Cheavens, J. (2000). The optimism and hope constructs: Variants on a positive expectancy theme. En E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism* (pp. 103–124). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sofuo, S., Basri, H., y Asdemir, A. (2006). Kronik Yorgunluk mmün Disfonksiyon Sendromu Nedir?. *Klinik Psikofarmakoloji Bü İteni*, 16 (1).

- Soria, M., Otamendi, A., Berrocal, C., Cano, A., y Rodríguez Naranjo, C. (2004). Las atribuciones de incontrolabilidad en el origen de las expectativas de desesperanza en adolescentes. *Psicothema*, 16, (3), 476-480.
- Steinberg, P., McNutt, B.E., Marshall, P., Schenk, C., Lurie, N., Pheley, A., y Petersen, P.K. (1996). Double blind placebo-controlled study of the efficacy of oral terfenadine in the treatment of chronic fatigue syndrome. *Journal Allergy and clinical immunology*, (1), 119-26.
- Stone, A.A., Helder, J.M., y Schneider, M.S. (1988). Coping with stressful events. Coping dimensions and issues. En L.H. Cohen (ed.), *Life events and psychological functioning: Theoretical and methodological issues* (pp. 182-210). Newbury Park: Sage.
- Suhadolnik, R.J., Peterson, D.L., O'Brien, K., Cheney, P.R., Herst, C.V., Reichenbach, N.L., Kon, N., Horvath, S.E., Iacono, K.T., Adelson, M.E., De Meirleir, K., De Becker, P., Charubala, R., y Pflleiderer, W. (1997). Biochemical evidence for a novel low molecular weight 2-5A-dependent RNase L in chronic fatigue syndrome. *Journal Interferon Cytokine Res*, 17, 377-385.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 2, 9-21.
- Taillefer, S., Kirmayer, L.J., Robbins, J.M., y Lasry, J. (2003). Correlates of illness worry Chronic Fatigue Syndrome. *Journal Psychosomatic Research*, 54, 331-337.
- Taylor, R.R., O'Brien, J., Kielhofner, G., Lee, S.W., Katz, B., y Mean, C. (2010). The occupational and quality of life consequences of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis in young people. *British Journal of Occupational Therapy*, 73 (11), 524-530.
- Theoharis, T.C., Asadi, S., Weng, Z., y Zhang, B. (2011). Serotonin-selective reuptake inhibitors and nonsteroidal anti-inflammatory drugs important considerations of adverse interactions especially for the treatment of Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31 (4), 403-405.
- Thivel, A. (1981). *Cuide et cos? Essai sur les doctrines médicales Dans la Collection hippocratique*. París: Les belles Letres.
- Tierney, A. M. (1995). Analysis of a new theory of hope and personality as measured by the California Psychological Inventory. *Dissertation Abstracts International*, 55(10-B), 4616.
- Twemlow, S.W., Bradshaw, S.L., Coyne, L., y Lerma, B.H. (1997). Patterns of utilization of medical care and perceptions of the relationship between doctor and patient with chronic illness including Chronic Fatigue Syndrome. *Psychological Reports*, 80, 643-659.

- Twisk, F.N., y Maes, M. (2009). A review on cognitive behavioral therapy (CBT) and graded exercise therapy (GET) in myalgic encephalomyelitis (ME)/chronic fatigue syndrome (CFS): CBT/ GET is not only ineffective and not evidence-based, but also potentially harmful for many patients with ME/CFS. *Neuro Endocrinol Lett*, 30(3), 284-311.
- Vaillant, G.E. (1977). *Adaptation to life*. Boston: Little & Brown.
- Valverde, C., Marquez, I., y Visiers, C. (2009). *Breves intervenciones en el largo viaje: La comunicación con pacientes con fibromialgia o síndrome de la fatiga crónica. Manual para profesionales sanitarios*. Barcelona: OMEditorial.
- Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scale of Psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36 (3), 629-644.
- Van Heck, G.L., y De Vries, J. (2002). Quality of life of patients with Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, 10 (1), 17-35.
- Van Houdenhove, B., Un Pae, Ch., y Luyten P. (2010). Chronic fatigue syndrome: is there a role for non-antidepressant pharmacotherapy? *Expert Opin. Pharmacother*, 11(2), 215-223.
- Van Laarhoven, H.W.M., Schilderman, J., Bleijenberg, G., Donders, R., Vissers, K.C., Verhagen, C.A.H.H.V.M., y Prins, J.B. (2011). Coping, quality of life, depression, and hopelessness in cancer patients in a curative and palliative, end-of-life care setting. *Cancer Nursing*, 34 (4), 302-314.
- Vázquez, C. Hernangómez, L., Hervás, G., y Nieto, M. (2005). Evaluación de la Depresión. En V. Caballo (Ed.), *Manual para la evaluación cognitivo-conductual de los trastornos psicopatológicos* (pp. 201-231). Madrid: Pirámide.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J.M., Santed, R., Valderas, J.M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., y Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19 (2), 135-150.
- Vinaccia, S., Cadena, J., Juarez, F., Contreras, F., y Anaya, J.M. (2004). Relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (1), 91-103.
- Vollmann, M., Scharloo, C., Dienst, A., Klaus, S., y Renner, B. (2010). Illness representations of depression and perceptions of the helpfulness of social support: Comparing depressed and never-depressed persons. *Journal of Affective Disorders*, 125 (1-3), 213-220.

- Waern, M., Beskow, J., Runeson, B., y Skoog, I. (1999). Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. *Lancet*, 354, 917–918.
- Wallace, D.C., y Lott, M.T. (2002). Mitochondrial genes in degenerative diseases, cáncer and aging. En D.L. Rimoin, J.M. Connor, R.E. Pyeritz y B.R. Korf (eds.), *Emery and Rimoin's Principles and practice of medical genetics* (pp.299-409). Churchill Livingstone, London.
- Wallace, D.C., Singh G., Lott M.T., Hodge J.A., Schurr T.J., y Lezza A.M. (1988). Mitochondrial DNA mutation associated with Leber's hereditary optic neuropathy. *Science*, 242, 1427-1430.
- Ware, J.E., Snow K.K., Kosinski M., y Gandek B. (1993) *SF-36® Health Survey Manual and Interpretation Guide*. New England Medical Center, The Health Institute: Boston, MA.
- Ware, J.E. (2000). SF-36 health survey update. *Spine*, 25, 3130-3139.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. Nueva York: Springer Verlag.
- Wegner, D.M., y Zanakos, S.I. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615-640.
- Wells, D.L. (2009). Association between pet ownership and self-reported health status in people suffering from Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15 (4), 407-413.
- Wei, M., Heppner, P.P., y Mallinckrodt, B. (2003). Perceived coping as a mediator between attachment and psychological distress: A structural equation modeling approach. *Journal of Counseling Psychology*, 50 (4), 438-447.
- Weissman, M.M., y Beck, A.T. (1978). Development and validation of the dysfunctional Attitude Scale. Paper presentado en el Congreso de la Association for Advancement of Behaviour Therapy. Chicago. Versión castellana de Andrés, Bas y Gil (1984), Centro de Psicología "Bertrand Russell". Madrid.
- Weisman, A.D., y Worden, J. (1975). Psychosocial analysis of cáncer deaths. *Omega*, 6, 61-75.
- Wessely, S., y Powell, R. (1989). Fatigue syndromes: A comparison of chronic "post-viral" fatigue with neuromuscular and affective disorder. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 52, 940-948.
- Wierma, J.E., Van Oppen, P., Van Schaik, D.J., Van der Does, A.J., Beekman A.T., y Pennix, B.W. (2011). Psychological characteristics of chronic depression: A longitudinal cohort study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72 (3), 288-294.

- Wilconson, L.A., Schrader, S.L., y Nelson, R.E. (1980). Formulaciones conductuales de la depresión. En W.E. Craighead, A.E. Kazdin, y M.J. Mahoney (Eds.), *Modificación de conducta. Principios, técnicas y aplicaciones*. Barcelona: Omega.
- Williams, G., Pirmohamed, J., Minors, D., Waterhouse, J., Buchan, I., Arendt, J., y Edwards, R.H. (1996). Dissociation of body-temperature and melatonin secretion circadian rhythms in patients with chronic fatigue syndrome. *Clinical Physiology*, 16 (4), 327-337.
- Wise, E.H., y Barnes, D.R. (1986). The Relationship Among Life Events, Dysfunctional Attitudes, and Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 257-266.
- Woodbury, C. A. (1999). The relationship of anxiety, locus of control and hope to career indecision of African American students. *Dissertation Abstracts International*, 59 (11-A), 4072.
- Wortman, C.B., y Dunkel-Schetter, C. (1987). Conceptual and methodological issues in the study of social support. En A. Baum y J.E. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health. Vol. V. Stress* (pp. 63-108). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Yunus, M.B. (1994). Fibromyalgia syndrome: clinical features and spectrum. En S.R. Pillemer (Ed.), *The fibromyalgia syndrome: current research and future directions in epidemiology, pathogenesis, and treatment* (pp. 23-29). New York: Haworth Medical Press.
- Zuckerman, M., y Lubin, B. (1965). Manual for the Multiple Affect Adjective Check list. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.

ANEXOS

CUADERNILLO DE RECOGIDA DE DATOS

1. Presentación

Presentación

Estudio de investigación para Tesis Doctoral.

Juan José Jiménez Ortiz. Psicólogo colegiado nº 2020 del Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña.

Sr./a:

En primer lugar, deseo comunicarle mi más profundo agradecimiento por el esfuerzo y el tiempo que dedicará en la realización de las pruebas que a continuación se le adjuntan.

Además, considero que tengo la obligación de informarle cuál es la finalidad de esta investigación.

Su finalidad es triple:

1- Saber qué variables pueden estar influyendo para que las personas que padecen esta enfermedad orgánica crónica, el Síndrome de Fatiga Crónica/Encefalomiелitis Miálgica, a la vez sufran estados de desesperanza y depresión.

2- A partir de los resultados obtenidos confeccionar un procedimiento de intervención preventiva de la desesperanza y depresión en personas que padecen el Síndrome de Fatiga Crónica/Encefalomiелitis Miálgica.

3- Difundir los resultados a través de artículos en revistas de impacto, publicación de una monografía para uso de psicólogos clínicos/psicoterapeutas y la realización de cursos y talleres de formación permanente.

Por otra parte, le informo que una vez finalice esta investigación, le comunicaré los resultados obtenidos del mismo.

Muchas gracias por su colaboración.

Fdo.: Juan José Jiménez Ortiz

2. Datos Sociodemográficos y Clínicos.

Datos sociodemográficos y clínicos

Fecha actual: _____ Edad: _____ Sexo: Mujer () Hombre () Estado Civil _____
Nivel educativo: _____ Profesión: _____ Lugar de residencia: _____

Cuánto tiempo hace que se inició la enfermedad: _____

Cuánto tiempo hace que obtuvo el diagnóstico de SFC/EM: _____

Enumere los especialistas visitados antes de conseguir el diagnóstico de SFC/EM:

Ejemplo:

1) Médico de cabecera () 2) Digestólogo () 3) Otro digestólogo () 4) Psiquiatra () 5) Internista ()

De los especialistas anteriormente enumerados, cuál fue el que le realizó el diagnóstico: _____

Especifique si ha sido por la sanidad pública () o privada (). En caso de que el diagnóstico lo obtuviera por la sanidad privada, ¿le pareció elevado el coste económico? SI () NO () ¿Cuánto le costó? _____

Qué grado actual SFC/EM padece: (I-II-III ó IV): ____ Si no lo sabe, indique con una X aquí: _____

Además de padecer SFC/EM, ¿le han diagnosticado otras enfermedades? SI () NO ().

En caso afirmativo, cuál o cuáles? _____

Le han realizado un diagnóstico diferencial de:

Fibromialgia: SI () NO ()

Sensibilidad Química Múltiple: SI () NO () Electrohipersensibilidad: SI () NO ().

¿Le han informado los médicos de que el SFC/EM que padece Vd. es una enfermedad de sensibilización central y que pertenece al grupo de enfermedades neuroinmunoendocrinas?

SI () NO ()

¿Le han informado sobre las posibles causas del SFC/EM que padece?: SI () NO ()

¿Le han informado de cómo puede paliar el efecto de los síntomas que padece? SI () NO ()

Si su respuesta fuese negativa, ¿se considera Vd. bien informado/a? SI () NO ()

¿Ha utilizado otras vías de información para saber lo que considera necesario acerca del SFC/EM y otras enfermedades que padece? SI () NO ().

En caso afirmativo, ¿Cuáles?: _____

¿Le hacen un seguimiento médico del SFC/EM? Sí () No ()

En caso afirmativo, ¿con qué periodicidad?: Entre 6 meses-12 meses () Entre 12 meses-18 meses ()

Entre 18 meses- 24 meses () Más de 24 meses () ¿En la sanidad pública () o privada ()?

¿Le han informado los médicos de que las exposiciones a químicos cotidianos como colonias, suavizantes, insecticidas, plaguicidas, ambientadores, cosméticos, productos de limpieza, gasolina, ondas electromagnéticas, etc.... influyen en las enfermedades de sensibilización central, entre las que se encuentra el SFC/EM? SI () NO ()

¿Tiene sensibilidad o intolerancia a algunos agentes químicos (por ejemplo: plaguicidas, disolventes, humo del coche, perfumes, conservantes, suavizantes, lejía...)? SI () NO ()

¿Tiene sensibilidad o intolerancia a las ondas eléctricas o electromagnéticas (electrodomésticos, transformadores de alta y media tensión, teléfono móvil, wi-fi, pantalla de ordenador, etc.? SI () NO ()

¿Ha observado si la exposición medioambiental a sustancias químicas le repercute en el SFC/EM de forma negativa? NADA () UN POCO () BASTANTE () MUCHO () MUCHÍSIMO ()

¿Utiliza mascarilla para el contacto con el exterior? SI () NO ()

¿Utiliza algún tipo de soporte para la fatiga o el dolor: bastón, silla plegable, etc....? NUNCA () A VECES () FRECUENTEMENTE () PERMANENTEMENTE ()

¿Debe realizar control ambiental debido a su enfermedad? SI () NO ()

¿Realizar dicho control ambiental le supone un gasto económico superior al que tenía antes de enfermar? NO () UN POCO () BASTANTE () MUCHO () MUCHÍSIMO ()

Cuando debe acudir a un profesional de la salud, ¿éste tiene en cuenta los posibles efectos de los agentes químicos en su salud? SI () NO ()

En el caso de que los agentes químicos repercutan negativamente en su salud, ¿son éstos controlados (se evita su uso) cuando debe acudir a un centro sanitario? SI () NO ()

¿Es fácil localizar los materiales o productos que Vd. necesita para realizar el control ambiental? SI () NO ()

¿Tiene familia a su cargo? SI () NO () ¿Cuántas personas? _____

¿Cuál es su situación laboral actual?:

Trabaja	SI () NO ()
Baja por enfermedad	SI () NO ()
Invalidez permanente total	SI () NO ()
Invalidez permanente absoluta	SI () NO ()
Cobrando subsidio de desempleo	SI () NO ()
Cobrando ayuda familiar	SI () NO ()

Cobrando otras ayudas sociales SI () NO ()

¿Cuáles? _____ Importe: _____

Indique si está en cualquier otra situación: _____

¿En el caso de que lo necesite, ¿le han adaptado el puesto de trabajo a la/s patología/s que padece? SI () NO () ¿Le ha sido fácil conseguirlo? SI () NO () Si la respuesta es negativa, indique brevemente por qué _____

¿Se le ha reconocido una minusvalía? SI () NO () En caso afirmativo: _____ % reconocido

¿Considera justo el porcentaje de minusvalía reconocido? SI () NO ()

¿Se le ha reconocido algún grado de dependencia? SI () NO () En caso afirmativo, indique cuál:

¿Cobra esta ayuda de dependencia ? SI () NO ()

Si la respuesta es negativa indique brevemente por qué: _____

¿Ha tenido que recurrir a los tribunales para poder acceder a los derechos que le corresponden?

SI () NO (). En caso afirmativo, en qué casos: _____

¿Le ha supuesto un gasto añadido recurrir a los tribunales para el reconocimiento de sus derechos?

SI () NO () ¿Cuánto tiempo ha tardado en cada caso? _____

¿Considera que se encuentra actualmente en una situación justa desde el punto de vista del reconocimiento de sus derechos sociales y laborales? SI () NO ()

Indique brevemente los motivos: _____

¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos familiares? SI () NO ()

¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o alejamientos de amistades? SI () NO ()

¿La enfermedad le ha supuesto pérdida o reducción de trabajo? SI () NO ()

¿La enfermedad le ha supuesto pérdidas o reducción de ingresos? SI () NO ()

¿Mantiene algunas de las actividades lúdicas que le eran placenteras anteriormente a la enfermedad (lectura, baile, yoga, deportes, paseos, cine, teatro etc)? SI () NO ()

Si la respuesta es afirmativa indique cuales: _____

Si la respuesta es negativa indique el motivo: _____

¿El personal médico ha trivializado (no le ha dado importancia) a su/s enfermedad/es? SI () NO ()

¿El trato recibido por los profesionales de la salud del ICAM o del INSS le ha hecho sentirse mal o culpable por padecer SFC/EM? SI () NO ()

¿Se ha sentido menospreciado, ridiculizado en alguna ocasión cuando ha tenido que acudir a algún centro sanitario en solicitud de atención médica? SI () NO ()

Cuando acude a un profesional de la salud que, de forma evidente, desconoce la/s patología/s que Vd. padece ¿intenta Vd. informarle o llevarle documentación informativa? SI () NO ()

En el caso de que haya respondido afirmativamente, ¿Cómo suele reaccionar normalmente este profesional ante su información?. Indique con una X en la opción que crea correcta.

-La escucha atentamente y agradece que le lleve información. ()

-La escucha pero no presta atención al material que le entrega. ()

-No le escucha con excesiva atención ni da importancia al material que le entrega. ()

-No le escucha en absoluto ni acepta la información. ()

-No le escucha en absoluto ni acepta la información y además adopta una postura arrogante e intenta descalificar la información que le suministra (por ejemplo diciéndole a Vd.: ¿la ha sacado de algún blog de internet?. ()

¿En alguna ocasión se ha sentido menospreciado en su ámbito socio-laboral, por padecer esta/s enfermedades? SI () NO ()

¿En alguna ocasión le han derivado o aconsejado tratamiento psicológico o psiquiátrico? SI () NO ()
¿Le explicaban cuál era el motivo por el que le derivaban a tratamiento psicológico o psiquiátrico?
SI () NO ()

En caso afirmativo ¿lo consideraba Ud. necesario para tratar el SFC/EM? SI () NO ()

¿Le ha sido de utilidad dicho tratamiento? SI () NO () o Sólo para el periodo de adaptación ()

¿Se ha sentido manipulado, engañado cuando le derivaban a tratamiento psicológico o psiquiátrico? SI () NO ()

¿Le han prometido curación con el tratamiento psicológico o psiquiátrico? SI () NO ()

¿Le estimaron tiempo de curación? SI () NO (), En caso afirmativo, ¿Cuánto? _____

Durante el tratamiento psicológico o psiquiátrico:

¿Le han calificado de paciente que no se quiere curar? SI () NO ()

¿Le han calificado de paciente que quiere llamar la atención utilizando la enfermedad? SI () NO ()

¿Le han calificado de paciente rebelde? SI () NO ()

¿Le han dado medicación que ha empeorado su estado de salud o que no ha tolerado? SI () NO ()

¿Considera que la sanidad y los estamentos públicos dan respuesta a los problemas de calidad de vida que plantea vivir con esta/s enfermedad/es? SI () NO ()

Los tratamientos prescritos por la sanidad pública: (Indique con una X la opción que mejor responda a la afirmación según usted) Le han ayudado a mejorar () Le han empeorado () No han dado resultado ni positivo ni negativo. () No está seguro/a () No he recibido tratamiento. ()

Los tratamientos prescritos por la sanidad privada: (Indique con una X la opción que mejor responda a la afirmación según usted): Le han ayudado a mejorar () Le han empeorado ()

No han dado resultado ni positivo ni negativo. () No está seguro/a () No ha recibido tratamiento ()

En caso de que no le hayan ayudado a mejorar, ¿cree que hay tratamientos que le podrían ayudar?
SI () NO ()

En caso de que crea que hay tratamientos que le podrían ayudar, indique cuál es el motivo por el que no accede a ellos: (Indique con una X la opción que mejor responda según usted). No sabe cómo acceder a estos tratamientos () No los puede pagar () Está cansado de probar tratamientos () Tiene miedo de posibles consecuencias adversas ()

¿Su familia respeta las limitaciones que supone vivir con la enfermedad que padece? SI () NO ()

En el caso de padecer además SQM y/o EHS ¿colaboran en el control ambiental? SI () NO ()

Las relaciones íntimas con su pareja ¿se han visto afectadas por padecer esta patología? SI () NO ()

El proyecto vital con su pareja (lugar de residencia, concebir hijos, viajes, estilo de vida, etc...) ¿se ha visto afectado por padecer esta/s patología/s? SI () NO ()

El hecho de padecer estas patologías, ¿merma la capacidad económica de la unidad familiar?

SI () NO ()

¿Necesita recurrir en ocasiones a la familia para hacer frente a sus necesidades cotidianas?

SI () NO ()

¿Su círculo social respeta las limitaciones que supone vivir con la/s enfermedad/es que padece?

SI () NO ()

¿Cómo calificaría su relación con el vecindario? Excelente () Muy buena () Buena () Regular () Mala ()

¿Cree que su condición de mujer influye de forma negativa ante la respuesta sanitaria, política y social global frente al padecimiento de esta/s patología/s? SI () NO ()

3. ED-Escala de Desesperanza.

Escala ED

Escala de Beck, Weisman, Lester y Trexler (1974). Adaptación realizada por Bas,F. y Andrés, V. (1986)

Responda colocando un aspa (X) debajo de la letra V (verdadero) o de la letra F (falso), según como considere en la actualidad cada frase.

	V	F
1. Espero el futuro con entusiasmo y esperanza.....	()	()
2. Debería dejarlo porque no puedo.....	()	()
3. Cuando las cosas van mal, me ayuda saber que no hay nada que dure siempre.....	()	()
4. No puedo imaginar que mi vida podría mantenerse igual en diez años.....	()	()
5. Tengo suficiente tiempo para realizar las cosas que deseo hacer.....	()	()
6. En lo que a mí respecta, espero más éxito en el futuro.....	()	()
7. Mi futuro me parece oscuro.....	()	()
8. Espero obtener más cosas buenas en la vida que el promedio de la gente.....	()	()
9. Ahora no tengo ninguna oportunidad y no hay razón para tenerla en el futuro.....	()	()
10. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para mi futuro.....	()	()
11. Todo lo que veo delante de mí es más desagradable que agradable.....	()	()
12. No espero conseguir lo que realmente espero.....	()	()
13. Cuando miro adelante, al futuro, espero ser más feliz de lo que lo soy ahora.....	()	()
14. Las cosas no se solucionan de la forma que yo quiero.....	()	()
15. Tengo gran fe en el futuro.....	()	()
16. Como nunca obtengo lo que deseo, es estúpido desear cualquier cosa.....	()	()
17. Es muy improbable que pueda obtener cualquier satisfacción real en el futuro.....	()	()
18. Mi futuro parece vago e incierto.....	()	()
19. Puedo esperar más buenos tiempos que malos.....	()	()
20. En realidad no tiene sentido tratar de conseguir cualquier cosa que desee, ya que probablemente no lo voy a obtener.....	()	()

4. IDB-Inventario de Depresión de Beck .

IDB (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1978) (Adaptación de Vázquez y Sanz, 1991).

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una de ellas. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la última semana, incluido el día de hoy. Tache con un aspa (X) el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1.
 - 0 No me siento triste
 - 1 Me siento triste
 - 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 - 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2.
 - 0 No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
 - 1 Me siento desanimado de cara al futuro.
 - 2 Siento que no hay nada por lo que luchar.
 - 3 El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3.
 - 0 No me siento como un fracasado.
 - 1 He fracasado más que la mayoría de las personas.
 - 2 Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.
 - 3 Soy un fracaso total como persona.
4.
 - 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 - 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 - 2 Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
 - 3 Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.
5.
 - 0 No me siento especialmente culpable.
 - 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 - 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 - 3 Me siento culpable constantemente.
6.
 - 0 No creo que esté siendo castigado
 - 1 Siento que quizá esté siendo castigado.
 - 2 Espero ser castigado.
 - 3 Siento que estoy siendo castigado.
7.
 - 0 No estoy descontento de mí mismo.
 - 1 Estoy descontento de mí mismo.
 - 2 Estoy a disgusto conmigo mismo.
 - 3 Me detesto.
8.
 - 0 No me considero peor que cualquier otro.
 - 1 Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
 - 2 Continuamente me culpo por mis faltas.
 - 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9.
 - 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 - 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
 - 2 Desearía poner fin a mi vida.
 - 3 Me suicidaría si tuviese oportunidad.
10.
 - 0 No lloro más de lo normal.
 - 1 Ahora lloro más que antes.

- 2 Lloro continuamente.
3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.
11. 0 No estoy especialmente irritado.
1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2 Me siento irritado continuamente.
3 Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.
12. 0 No he perdido el interés por los demás.
1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
2 He perdido gran parte del interés por los demás.
3 He perdido todo interés por los demás.
13. 0 Tomo mis propias decisiones igual que antes.
1 Evito tomar decisiones más que antes.
2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3 Me es imposible tomar decisiones.
14. 0 No creo tener peor aspecto que antes.
1 Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3 Creo que tengo un aspecto horrible.
15. 0 Trabajo igual que antes.
1 Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2 Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.
16. 0 Duermo tan bien como siempre.
1 No duermo tan bien como antes.
2 Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volver a dormirme.
3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.
17. 0 No me siento más cansada de lo normal.
1 Me canso más que antes.
2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. 0 Mi apetito no ha disminuido.
1 No tengo tan buen apetito como antes.
2 Ahora tengo mucho menos apetito.
3 He perdido completamente el apetito.
19. 0 No he perdido peso últimamente.
1 He perdido más de 2 kgs.
2 He perdido más de 4 kgs.
3 He perdido más de 7 kgs.
20. 0 No estoy preocupado por mi salud.
1 Me preocupan los problemas físicos, dolores, etc.; malestar de estómago o los catarros.
2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3 Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.
21. 0 No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1 La relación sexual me atrae menos que antes.
2 Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
3 He perdido totalmente el interés sexual.

5. HSS-Escala de Esperanza

Escala EE

Escala de Snyder adaptada por Crowson, B., y Early, S. (1998).

Lea cada enunciado con atención, elija el número que mejor le describe y escríbalo encima del trozo de línea que figura a la derecha del mismo.

- 1 = totalmente falso
2 = mayormente falso
3 = mayormente cierto
4 = totalmente cierto.
-

1. Se me ocurren muchas ideas para salir de un lío. _____
 2. Persigo mis metas laborales (académicas) con enorme energía. _____
 3. Me siento cansado la mayor parte del tiempo. _____
 4. Existen muchas maneras para resolver cualquier problema. _____
 5. Yo fácilmente cedo en una discusión. _____
 6. Se me ocurren muchas maneras de conseguir las cosas de la vida que más me interesan. _____
 7. Me preocupo por mi salud. _____
 8. A pesar de que otros se desaniman, se que puedo encontrar la manera de resolver el problema. _____
 9. Mis experiencias pasadas me han preparado muy bien para el futuro. _____
 10. He tenido bastante éxito en la vida. _____
 11. Generalmente me encuentro preocupado por algo. _____
 12. Cumpló las metas laborales (académicas) que me fijo. _____
-

6. EBP-Escala de Bienestar Psicológico

EBP (Ryff, C. 1989, propuesta de van Dierendonck, 2004, adaptación de Moreno-Jiménez, B. y otros, 2005)

Se ha de dar una sola respuesta a cada ítem, eligiendo y marcando con un aspa (X) un número del 1 al 6; éstos son los extremos de una escala, con los correspondientes grados intermedios, para poder expresar mejor lo que piensa o siente sobre esa cuestión o pregunta.

1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento de cómo han resultado las cosas.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
13. Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.

- Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
15. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
16. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo.
18. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
19. Me gusta la mayor parte de mis aspectos de mi personalidad.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
20. Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
24. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
25. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
27. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
28. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
29. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
30. Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo

31. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
32. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
33. A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
34. No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas: mi vida está bien como está.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
35. Pienso que es insoportable tener nuevas experiencias que desafían lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
36. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
38. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
39. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida diaria, daría los pasos más eficaces para cambiarla.
Totalmente en desacuerdo (1) (2) (3) (4) (5) (6) Totalmente de acuerdo
-

7. LOC-Escala de Locus de Control

LOC

(Rotter,J.B. 1966, adaptación de Pérez-García, 1984)

Como puede observar todos los items de esta escala se componen de dos apartados ("a" y "b"); marque con una "X", encima del trozo de línea que está a la izquierda de cada apartado, con el cual usted esté más de acuerdo.

1. ____ a) Los niños se meten en líos porque sus padres castigan demasiado.
____ b) Hoy en día, el problema con la mayoría de los niños es que sus padres son demasiado blandos con ellos.
2. ____ a) Muchas cosas desagradables en la vida de las personas son, en parte, debidas a la mala suerte.
____ b) Los infortunios de la gente son el resultado de los errores que comete.
3. ____ a) Una de las principales razones de que haya guerras es que la gente no se toma bastante interés en la política.
____ b) Siempre habrá guerras, por mucho que la gente intente evitarlas.
4. ____ a) A la larga, la gente logra el respeto que se merece en este mundo.
____ b) Por desgracia, los méritos de un individuo pasan a menudo desapercibidos, por mucho que se esfuerce.
5. ____ a) La idea de que los profesores son injustos con los alumnos es una tontería.
____ b) La mayoría de los estudiantes no se dan cuenta del grado en que sus notas están influenciadas por hechos accidentales.
6. ____ a) Sin apoyo suficiente, uno no puede ser un líder eficaz.
____ b) La gente capaz que no logra ser líder, es porque no ha aprovechado las oportunidades que ha tenido.
7. ____ a) Hay gente, a quienes por mucho que lo intentes, no les caes bien.
____ b) La gente que no logra caer bien a los otros, es que no sabe como ganarse a los demás.
8. ____ a) La herencia juega el principal papel en la determinación de la personalidad.
____ b) Las experiencias personales en la vida determinan el cómo somos.
9. ____ a) He encontrado, a menudo, que lo que tiene que ocurrir, ocurre.
____ b) La confianza en el destino nunca ha tenido tanta fuerza sobre mí como el tomar una decisión que lleva a un curso de acción definido.
10. ____ a) En el caso del estudiante bien preparado, raras veces se da, si es que se da, lo del "examen injusto".
____ b) Muchas veces, las preguntas de los exámenes tienden a estar poco relacionadas con el trabajo del curso, que el estudio es realmente inútil.
11. ____ a) Alcanzar el éxito es cuestión de trabajo duro; la suerte tiene poco, o nada, que ver con ello.
____ b) Conseguir un buen trabajo depende principalmente de estar en el lugar exacto en el momento preciso.
12. ____ a) El ciudadano medio puede influir en las decisiones del gobierno.
____ b) Este mundo está dirigido por unos pocos que están en el poder, y no es mucho lo que el hombre corriente puede hacer en este tema.
13. ____ a) Cuando hago planes estoy casi seguro de que podré ponerlos en marcha.
____ b) No siempre es sensato hacer planes a demasiado largo plazo, porque muchas cosas se vuelven, de algún modo, una cuestión de buena o mala suerte.
14. ____ a) Hay ciertas personas que no son precisamente buenas.
____ b) Hay algo bueno en cada uno.
15. ____ a) En mi caso, conseguir lo que quiero, tiene poco o nada que ver con la suerte.
____ b) Muchas veces daría lo mismo decidir lo que hay que hacer, tirando una moneda al aire.

16. ____ a) Quien logra ser el jefe depende, a menudo, de quien fue lo bastante afortunado de estar el primero en el lugar exacto.
____ b) El conseguir que la gente haga lo que debe, depende de la propia habilidad y capacidad; la suerte tiene poco o nada que ver en ello.
17. ____ a) En lo que se refiere a los asuntos mundiales, la mayoría de nosotros somos víctimas de fuerzas que no podemos comprender, ni controlar.
____ b) Tomando parte activa en los asuntos políticos y sociales, la gente puede controlar los asuntos mundiales.
18. ____ a) La mayoría de las personas no se dan cuenta del grado en que sus vidas están controladas por sucesos o hechos accidentales.
____ b) Realmente, no existe la "suerte".
19. ____ a) Uno debería estar siempre dispuesto a admitir sus errores.
____ b) Habitualmente, es mejor ocultar los propios errores.
20. ____ a) Es difícil saber si, realmente, le gustas o no una persona.
____ b) La cantidad de amigos que tengas, dependerá de lo simpático que seas.
21. ____ a) A la larga, las cosas malas que nos suceden, se compensan con las buenas.
____ b) La mayoría de las desgracias son el resultado de la falta de capacidad, ignorancia, pereza, o de las tres cosas a la vez.
22. ____ a) Si se hace el esfuerzo suficiente podemos hacer que la Administración funcione bien.
____ b) Es difícil para la mayoría de la gente tener un gran control sobre las cosas que hacen los políticos en sus cargos.
23. ____ a) Algunas veces no puedo entender como los profesores determinan las calificaciones que dan.
____ b) Hay una relación estrecha y directa entre lo que estudio y las calificaciones que obtengo.
24. ____ a) Un buen líder cuenta con que la gente decida por sí misma lo que debería hacer.
____ b) Un buen líder aclara a cada uno cuál es su cometido.
25. ____ a) Muchas veces pienso que tengo poca influencia sobre las cosas que me suceden.
____ b) No me puedo creer que el azar o la suerte juega un papel importante en mi vida.
26. ____ a) Si una persona se encuentra sola es porque no intenta ser amistosa con los demás.
____ b) No tiene demasiado sentido esforzarse demasiado en agradar a la gente, si le caes bien, les caes bien, y si no, nada.
27. ____ a) Se hace demasiado énfasis en actividades atléticas durante el bachiller.
____ b) El deporte en equipo es una vía excelente para formar el carácter.
28. ____ a) Lo que me sucede es el resultado de mis propias acciones.
____ b) Algunas veces siento que no tengo bastante control sobre el rumbo que está tomando mi vida.
29. ____ a) La mayoría de las veces no puedo comprender por qué los políticos se comportan de la forma en que lo hacen.
____ b) A la larga, todos somos responsables del mal gobierno, tanto a nivel local como nacional.
-

8. SS-A-R-Escala de Apoyo Social

Escala SS-A-R

(Vaux y cols., 1986; adaptación de J. Bermúdez y otros 1990)

A continuación se presentan una serie de frases que describen modos de pensar y sentir que pueden presentarse en su relación con familiares, amigos o conocidos. Elija y marque con un aspa (X) el número que mejor indique el grado de acuerdo o desacuerdo que experimenta con el contenido descrito en cada una de las frases.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
	0	1	2	3	
1. Mis amigos me respetan.....					0 1 2 3
2. Mi familia se preocupa mucho por mí.....					0 1 2 3
3. No soy importante para los demás.....					0 1 2 3
4. Mi familia me aprecia mucho.....					0 1 2 3
5. Prefiero trabajar sólo/a, a tener que colaborar con los demás.....					0 1 2 3
6. Suelo caer bien.....					0 1 2 3
7. Puedo contar con mis amigos.....					0 1 2 3
8. No me preocupa la opinión que tengan de mí las personas que me rodean.					0 1 2 3
9. Mi familia me admira realmente.....					0 1 2 3
10. La gente que me rodea me respeta.....					0 1 2 3
11. Mi familia me quiere mucho.....					0 1 2 3
12. Me molesta que mi familia/amigos se preocupen demasiado por mí ...					0 1 2 3
13. A mis amigos no les preocupa si soy feliz o no.....					0 1 2 3
14. Los miembros de mi familia confían en mí.....					0 1 2 3
15. La gente me aprecia mucho.....					0 1 2 3
16. Puedo contar con el apoyo de mi familia.....					0 1 2 3
17. No me gusta que mis amigos o mi familia me aconsejen acerca de cómo debo enfocar mi vida.....					0 1 2 3
18. La gente que me rodea me admira.....					0 1 2 3
19. Siento que los lazos que me unen a mis amigos son muy fuertes.....					0 1 2 3
20. Mis amigos se preocupan por mí.....					0 1 2 3
21. Me siento valorado e importante para los demás.....					0 1 2 3
22. Mi familia me respeta de verdad.....					0 1 2 3
23. Prefiero resolver yo sólo mis problemas.....					0 1 2 3
24. Mis amigos y yo somos muy importantes los unos para los otros.....					0 1 2 3
25. Me siento parte importante de la gente que quiero.....					0 1 2 3
26. Cuando me encuentro mal nunca pido ayuda, prefiero salir del problema por mí mismo.....					0 1 2 3
27. Si muriera mañana, muy poca gente me echaría de menos.....					0 1 2 3
28. No me siento cercano a los miembros de mi familia.....					0 1 2 3
29. No es bueno establecer relaciones de amistad entre compañeros de trabajo.....					0 1 2 3
30. Mis amigos y yo hemos hecho mucho los unos por los otros.....					0 1 2 3

9. WOC-RR-Escala de Afrontamiento

Escala WOC-RR (Folkman, S. y Lazarus, R.S. 1988; adaptación de J. Bermúdez y otros, 1990).

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir y/o comportarse que la gente utiliza para enfrentarse a los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan más unas formas que otras.

Para responder a esta escala, debe leer con detenimiento cada una de las formas descritas y recordar en qué medida usted la ha utilizado cuando se le presentaron situaciones problemáticas. En cada caso, tache con un aspa (X) el número a la derecha de cada frase que mejor indique el grado en que empleó cada una de estas formas de enfrentarse a los problemas.

No, en absoluto	Un poco	Bastante	Totalmente	
0	1	2	3	
1. Si hay un responsable, intento hacerle cambiar de forma de pensar o de actuar.....				0 1 2 3
2. Procuero hablar con alguien que tenga más información que yo para tener así más conocimiento sobre la situación.....				0 1 2 3
3. Intento no cerrarme todas las puertas, dejando siempre alguna posible salida.....				0 1 2 3
4. Espero que ocurra algún milagro, o que pase el tiempo y cambien las cosas.....				0 1 2 3
5. Intento seguir como si nada hubiese ocurrido.....				0 1 2 3
6. Procuero guardar mis sentimientos para mí mismo.....				0 1 2 3
7. Manifiesto mi indignación a la(s) persona(s) responsable(s) del problema o de la situación.....				0 1 2 3
8. Intento olvidarme del tema.....				0 1 2 3
9. Elaboro un plan de acción y lo pongo en funcionamiento.....				0 1 2 3
10. Asumo que yo mismo me he buscado el problema.....				0 1 2 3
11. Procuero salir de la experiencia mejor que cuando entré en ella				0 1 2 3
12. Busco sentirme mejor comiendo, fumando, bebiendo, tomando medicamentos o drogas, etc.				0 1 2 3
13. Intento no actuar precipitadamente, no seguir el primer impulso.....				0 1 2 3
14. Intento redescubrir lo que es realmente importante en la vida.....				0 1 2 3
15. Evito, en general, estar con gente, me aíso.....				0 1 2 3
16. No permito que la situación me domine; me niego a pensar demasiado en ello.....				0 1 2 3
17. Pido consejo a algún familiar o amigo en quien confío.....				0 1 2 3
18. Intento que los demás no sepan lo mal que van las cosas.....				0 1 2 3

19. Le cuento a alguien lo que me está pasando.....	0 1 2 3
20. Me mantengo firme y lucho por lo que deseo.....	0 1 2 3
21. Sé lo que tengo que hacer, así que me esfuerzo aún más para conseguir que las cosas se arreglen.....	0 1 2 3
22. Intento cambiar en algo mi forma de ser.....	0 1 2 3
23. Deseo que tal situación no esté ocurriendo, o poder estar por encima de ella de alguna manera.....	0 1 2 3
24. Imagino en qué forma me gustaría que se solucionaran las cosas.	0 1 2 3
25. Intento recuperar la fe, rezo.....	0 1 2 3

10. SOC-13-Escala de Sentido de Coherencia

SOC-13 (Antonovsky, A. 1979; adaptación de Manga, 2006)

Se ha de dar una sola respuesta a cada ítem, eligiendo y marcando con un aspa (X) un número del 1 al 7; éstos son los extremos de una escala, con los correspondientes grados intermedios, para poder expresar mejor lo que piensa o siente sobre esa cuestión o pregunta.

1. ¿Tienes la impresión de que no te interesa lo que pasa a tu alrededor?
Muy rara vez no me intereso (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Con mucha frecuencia no me intereso.
2. ¿Te has quedado sorprendido por el comportamiento de personas que creías conocer bien?
Nunca me ha ocurrido (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Me ha ocurrido siempre
3. ¿Te has sentido decepcionado con personas con las que de entrada contabas?
Nunca me ha ocurrido (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Me ha ocurrido siempre
4. Hasta ahora en la vida:
No he conseguido los objetivos (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) He conseguido los objetivos y mi propio rumbo ni mi propio rumbo
5. ¿Tienes la sensación de que no eres tratado con justicia?
Muy frecuentemente (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Raramente o nunca
6. ¿Muchas veces sientes que te encuentras en una situación poco habitual, sin saber qué hacer?
Me ocurre frecuentemente (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Nunca o raramente me ocurre
7. Aquello que haces diariamente:
Una fuente de profunda satisfacción (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Una fuente de sufrimiento y aburrimiento
facción y placer
8. ¿Tienes sentimientos e ideas muy confusos?
Muy frecuentemente (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Raramente o nunca
9. ¿Te ocurre que tienes sentimientos que no te gustaría tener?
Muy frecuentemente (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Muy raramente
10. Muchas personas (incluso las que tienen un carácter fuerte), en ciertas situaciones, se sienten a veces unos fracasados. ¿Con qué frecuencia te has sentido tú así en el pasado?
Nunca (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Muchas veces
11. Cuando tienes que enfrentarte a un problema, generalmente acabas por comprobar que:
Valoraste mal la importancia (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Valoraste correctamente la importancia del problema
del problema
12. ¿Con qué frecuencia sientes que las cosas que haces en tu vida diaria apenas tienen sentido?
Muy frecuentemente (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Muy raramente o nunca
13. ¿Con qué frecuencia tienes sentimientos que dudas poder controlar?
Muy frecuentemente (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Muy raramente o nunca

11. SF-36-Escala de Calidad de Vida

SF-36

(Medical Outcomes Trust, 1995; adaptación de J. Alonso, 1999)

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:
1 () Excelente 2 () Muy buena 3 () Buena 4 () Regular 5 () Mala
2. Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
1 () Mucho mejor ahora que hace un año
2 () Algo mejor ahora que hace un año
3 () Más o menos igual ahora que hace un año
4 () Algo peor ahora que hace un año
5 () Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
1 () Sí, me limita mucho 2 () Sí, me limita poco 3 () No, no me limita nada
4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
1 () Sí, me limita mucho 2 () Sí, me limita poco 3 () No, no me limita nada
5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
1 () Sí, me limita mucho 2 () Sí, me limita poco 3 () No, no me limita nada
6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
1 () Sí, me limita mucho 2 () Sí, me limita poco 3 () No, no me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
1 () Sí, me limita mucho 2 () Sí, me limita poco 3 () No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
1 () Sí, me limita mucho 2 () Sí, me limita poco 3 () No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
1 () Sí, me limita mucho 2 () Sí, me limita poco 3 () No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
1 () Sí, me limita mucho 2 () Sí, me limita poco 3 () No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana? (unos 100 metros).
1 () Sí, me limita mucho 2 () Sí, me limita poco 3 () No, no me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
1 () Sí, me limita mucho 2 () Sí, me limita poco 3 () No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 () Sí 2 () No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 () Sí 2 () No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 () Sí 2 () No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 () Sí 2 () No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 () Sí 2 () No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

1 () Sí 2 () No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 () Sí 2 () No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 () Nada 2 () Un poco 3 () Regular 4 () Bastante 5 () Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 () No, ninguno 2 () Sí, muy poco 3 () Sí, un poco 4 () Sí, moderado 5 () Sí, mucho 6 () Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿ hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 () Nada 2 () Un poco 3 () Regular 4 () Bastante 5 () Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 () Siempre 2 () Casi siempre 3 () Muchas veces 4 () Algunas veces 5 () Sólo alguna vez 6 () Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 () Siempre 2 () Casi siempre 3 () Muchas veces 4 () Algunas veces 5 () Sólo alguna vez 6 () Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 () Siempre 2 () Casi siempre 3 () Muchas veces 4 () Algunas veces 5 () Sólo alguna vez 6 () Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿ cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 () Siempre 2 () Casi siempre 3 () Muchas veces 4 () Algunas veces 5 () Sólo alguna vez 6 () Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?
1 () Siempre 2 () Casi siempre 3 () Muchas veces 4 () Algunas veces 5 () Sólo alguna vez 6 () Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
1 () Siempre 2 () Casi siempre 3 () Muchas veces 4 () Algunas veces 5 () Sólo alguna vez 6 () Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?
1 () Siempre 2 () Casi siempre 3 () Muchas veces 4 () Algunas veces 5 () Sólo alguna vez 6 () Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?
1 () Siempre 2 () Casi siempre 3 () Muchas veces 4 () Algunas veces 5 () Sólo alguna vez 6 () Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?
1 () Siempre 2 () Casi siempre 3 () Muchas veces 4 () Algunas veces 5 () Sólo alguna vez 6 () Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
1 () Siempre 2 () Casi siempre 3 () Muchas veces 4 () Algunas veces 5 () Sólo alguna vez 6 () Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.
1 () Totalmente cierta 2 () Bastante cierta 3 () No lo sé 4 () Bastante falsa 5 () Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.
1 () Totalmente cierta 2 () Bastante cierta 3 () No lo sé 4 () Bastante falsa 5 () Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.
1 () Totalmente cierta 2 () Bastante cierta 3 () No lo sé 4 () Bastante falsa 5 () Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.
1 () Totalmente cierta 2 () Bastante cierta 3 () No lo sé 4 () Bastante falsa 5 () Totalmente falsa.
