
Trabajo Fin de Grado
Grado en Medicina

Validación del cuestionario Mini-mental Sex

Autor:

Jon Salinero Múgica

Director/a:

Dr. Ricardo Franco Vicario

© 2018, Jon Salinero Múgica

Leioa, 20 de abril de 2019

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a todas las personas que se han prestado voluntarias para la realización del estudio, tanto a las participantes en el grupo experimental como a aquellas que han formado parte del grupo control. Este trabajo, evidentemente, no habría sido posible sin ellas.

Muchas gracias a AVAFAS, y en especial a Edurne, por su atención y por prestarse siempre a ayudar de forma tan desinteresada.

Mi agradecimiento también para Martin Llera y para su Padre Francisco Llera, pues ambos son en parte artífices de la base sobre la que se asienta este trabajo.

Debo agradecer también la ayuda en el ámbito estadístico por parte de Teresa Laespada, quien utilizó su tiempo libre para ayudar en la realización del estudio, movida por un “amor a la estadística” cuya existencia aún me inquieta.

Debo realizar un agradecimiento especial al Dr. Franco, pues la magnitud de la guía que ha supuesto supera con creces el ámbito de la realización de un Trabajo de Fin de Grado. Muy probablemente, yo no habría terminado la carrera de medicina si no hubiera recibido su consejo en un momento delicado de mi vida académica, y eso es algo que difícilmente voy a olvidar.

Por último, gracias a mi familia por haberme soportado durante estos 6 años.

Y a Anne, por todo.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MATERIAL Y MÉTODOS.....	3
2.1. OBTENCIÓN DE LA MUESTRA.....	3
2.2. INTERPRETACIÓN DEL CUESTIONARIO.....	5
2.3. OBTENCIÓN DE DATOS.....	7
2.4. ANÁLISIS DE DATOS.....	8
2.5. CONSIDERACIONES ETICO-LEGALES.....	9
3. RESULTADOS.....	10
4. DISCUSIÓN.....	18
5. CONCLUSIÓN.....	21
6. REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA.....	22
7. ANEXOS.....	III

1. INTRODUCCIÓN

La medicina moderna, entendiendo la misma como aquella posterior al control de enfermedades infecciosas mediante la antibioticoterapia, está derivando inequívocamente hacia el tratamiento de las patologías crónicas, siendo esto un reflejo del aumento exponencial del impacto de las mismas en la sociedad occidental contemporánea, tanto en el ámbito económico como en el de la salud pública.¹

La **fibromialgia**, incluida dentro de las patologías conocidas como Síndromes de Sensibilización Central (SSC),² es una **patología crónica** cuyo síntoma característico es el **dolor musculoesquelético**, el cual se puede ver acompañado de sintomatología somática no específica como fatiga, alteraciones del sueño, disfunción cognitiva, episodios depresivos o ansiedad entre otros.^{3, 4, 5}

Esta enfermedad, cuya prevalencia en España es de un 2,4% (según datos del estudio EPISER 2000),^{6,7} tiene como particularidad la **ausencia de rasgos físicos o analíticos que permitan un diagnóstico de certeza**,^{3, 4} lo cual supone una carga añadida para los pacientes que la sufren, debido a la tardanza en alcanzar el diagnóstico y a la estigmatización que produce el padecerla, llegando incluso a ser descartada como patología orgánica por algunos facultativos hoy en día.⁵

Debido precisamente a esta ausencia de datos objetivos, el **diagnóstico** de fibromialgia sigue siendo un tema resbaladizo entre los facultativos especializados en este ámbito. Los criterios aceptados actualmente son los propuestos por el American College of Rheumatology en 1990,^{3, 4} los cuales fueron revisados y actualizados en 2010 añadiendo dos escalas de severidad de síntomas: La WPI (*widespread pain index*) y el SSS (*symptom severity score*).⁸ A modo de resumen, se podría decir que el diagnóstico es clínico: basado en la detección de los síntomas característicos de la enfermedad, y la exclusión de otras patologías que puedan ser generadoras de estos síntomas.⁹

Uno de estos síntomas que se podría denominar como característico o de importante relación con la fibromialgia, es la anhedonia o anorexia sexual.^{10, 11, 12, 13} La anhedonia, entidad muy relacionada tanto con patologías crónicas como con desordenes afectivos de tipo depresivo,^{14, 15} consiste en la incapacidad de la persona

para percibir estímulos considerados placenteros en un estado pre-morbido.¹⁵ Esto se resume en una ausencia de placer en todos los ámbitos de la vida de la persona, incluyendo, evidentemente, la esfera sexual. La anorexia sexual sería, por tanto, una extrapolación del síndrome anhedónico al ámbito sexual, por lo que en un trabajo centrado en la sexualidad como el que nos concierne, trataremos ambos términos de manera indistinta.

En el año 2016, el Dr. Martin Llera presentó ante el Tribunal de la Universidad del País Vasco su Trabajo de Fin de Grado, cuyo título era *“Anhedonia y Fibromialgia”*. El trabajo, dirigido por el Dr. Franco Vicario y realizado en colaboración con el reputado sociólogo Francisco Llera, consistía en una revisión documental y bibliográfica a propósito de la relación existente entre la fibromialgia y la anhedonia o anorexia sexual.³

Dicho trabajo culminaba con la elaboración de un cuestionario, denominado por sus creadores como **“Mini-mental Sex”**, cuyo principal objetivo era *“detectar, de la forma mas sencilla y precoz posible, una alteración en la esfera sexual de los pacientes afectados de fibromialgia”*. Esta detección precoz permitiría, lógicamente, un abordaje temprano y mas efectivo de la dolencia, además de aportar seguridad al facultativo en el manejo del paciente, al tener una prueba empírica de la afección del mismo. (*Anexo 1*)

Sin embargo, el citado cuestionario quedó pendiente de validación debido a diversas circunstancias, y así ha permanecido hasta la fecha. Es por eso que el objetivo del presente trabajo no es otro que **validar el cuestionario “Mini-mental Sex”** para su uso en el ámbito clínico, utilizando para ello todos los medios humanos, analíticos y estadísticos a nuestra disposición. Dicho de otro modo, el presente trabajo es la continuación, y el intento de culminación, del trabajo realizado en 2016 por el Dr. Llera bajo la tutela del Dr. Franco Vicario.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

Para la validación de este cuestionario se realiza un estudio de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo, cuya muestra se divide en dos grupos: un grupo experimental y un grupo control. La confección de ambos grupos se realiza de la siguiente manera:

En primer lugar se selecciona el **Grupo Experimental**, cuya muestra se corresponde con sujetos diagnosticados de fibromialgia. Estos participantes son aportados por la Asociación Vasca de Fibromialgia y Astenia Crónica (AVAFAS) mediante un acuerdo de colaboración, completando asimismo la muestra con pacientes extraídos de las consultas de los servicios de Medicina Interna y Urología del propio hospital de Basurto, así como con participantes a título individual, todos ellos residentes en Bizkaia.

Debido a las características del estudio a realizar, el grupo experimental no requiere de ninguna criba ni estratificación por edad o sexo, ya que se pretende obtener una muestra tan aleatorizada como sea posible. Por tanto, el **único criterio de inclusión** para la pertenencia a este grupo es la **confirmación de diagnóstico de una de las enfermedades pertenecientes al espectro de los Síndromes de Sensibilización Central o SSC** (Fibromialgia, astenia crónica, sensibilidad química múltiple).

Los participantes pertenecientes al **Grupo Control** se seleccionan con posterioridad a los del grupo experimental, con el objetivo de crear una muestra cuyas características demográficas sean similares a dicho grupo, convirtiendo de esta manera al diagnóstico de fibromialgia en el factor diferencial a estudiar. Este grupo se recluta de la población general mediante encuestas realizadas tanto a personal del Hospital de Basurto como a acompañantes de participantes del grupo experimental, ya sea en hospital o en diferentes centros de salud de Bilbao. También se obtienen participantes de entre los acompañantes de pacientes en estos centros, previa explicación del estudio a realizar y de las características del cuestionario.

Como método de estratificación en la selección de participantes del grupo control, en la circular explicativa que es enviada a AVAFAS para la difusión entre sus

miembros, se incluye un apartado en el que se pide a los participantes que, de ser posible, acudan a la entrevista acompañados de una persona de su mismo género y edad aproximada. De esta manera, se consiguen dos grupos de similares características.

Sin embargo, los participantes que acudieron desde AVAFAS no alcanzaron el número mínimo prefijado para la realización del estudio (40), razón por la cual se completó el grupo con acompañantes de pacientes y personal sanitario, manteniendo la estratificación por edad y sexo.

En resumen, los **criterios de exclusión** para este grupo son los siguientes:

- Diagnóstico de cualquier enfermedad del espectro de los Síndromes de Sensibilización Central (SSC).
- Paciente ingresado o en tratamiento en el centro donde se realiza la encuesta.
- Edad inferior a 35 años o superior a 75 años.

No se considera criterio de exclusión el padecimiento de una enfermedad o dolencia crónica pese a que se haya demostrado su relación con anhedonia,¹⁵ ya que esto se considera un posible hallazgo aleatorio en población general. El mismo criterio es utilizado para no excluir a pacientes con trastornos afectivos.¹⁴ **Sí** se considera criterio de exclusión el estar ingresado o en tratamiento en el centro donde se está realizando el estudio, pues se trata de un sesgo que aumenta las probabilidades de padecer cualquier tipo de condición crónica que altere el resultado del cuestionario. También se considera criterio de exclusión una edad mayor a 75 años o menor a 35, debido a que la prevalencia de fibromialgia diagnosticada disminuye notablemente en estos sectores de población,^{3, 6} con el añadido de que no existe ningún caso de estas características demográficas en el grupo experimental.

En total, se reclutan 82 participantes, correspondiendo 42 de ellos al Grupo Experimental y 40 de los mismos al Grupo Control. **Dos** participantes del grupo experimental son excluidos del estudio final: uno de ellos debido a la imposibilidad de realizar el cuestionario de forma anónima, y otro debido a un error en la transcripción de datos. Un participante del grupo control es excluido del estudio final debido a presentar un criterio de exclusión (menor de 35 años).

Por tanto, el análisis estadístico final es realizado en base a una muestra de 79 personas, 40 de ellas pertenecientes al grupo experimental, y 39 de ellas pertenecientes al grupo control.

2.2. INTERPRETACIÓN DEL CUESTIONARIO

El “**Mini-mental Sex**” consiste en un cuestionario conformado por 10 ítems, los cuales valoran la esfera sexual del paciente desde diferentes perspectivas tanto en el ámbito físico como en el psicológico. La posterior codificación y unificación de estos ítems culminarán en una **valoración de carácter cualitativo dicotómico de la afectación sexual del paciente**. Es un test ideado para tener una **aplicación real y efectiva en la práctica clínica**, y por ello, se diseñó buscando siempre la máxima comodidad del paciente, basando las mediciones en percepciones subjetivas del mismo, y utilizando preguntas concisas y cerradas en un tema de tan difícil abordaje para la mayoría de las personas como es el de la sexualidad personal.³

Los aspectos de la sexualidad del paciente que son valorados mediante el cuestionario son los siguientes:³

- Normalidad subjetiva (p1 y p5)
- Frecuencia de sus prácticas sexuales incluyendo la masturbación (p4)
- Calidad de sus practicas sexuales (p2, p3 y p6)
- Importancia otorgada a la sexualidad (p7)
- Grado de deseo sexual (p8, p9, p10)

Las respuestas proporcionadas a cada una de las preguntas serán siempre de carácter cualitativo, siendo algunas de ellas además de carácter dicotómico (SI o NO), mientras que otras serán de respuesta múltiple con hasta 5 opciones en escala ascendente ya sea de frecuencia, intensidad o cantidad. Estas respuestas serán codificadas en forma de números asociados siempre de forma directamente proporcional a una respuesta positiva de la paciente ante la sexualidad, por lo que valoraciones más bajas en el test se asociarán a relaciones más problemáticas con la misma. Los siguientes ejemplos muestran la codificación en dos de las preguntas del test, una de carácter dicotómico y otra de carácter comparativo:

- *¿Considera usted que tiene una vida sexual normal?*
Si = 2 puntos No = 1 punto

- *Por lo que usted sabe y con respecto a lo que usted considere la media, ¿considera que su vida sexual se encuentra?*
Por debajo = 1 punto En la media = 2 puntos Por encima = 3 puntos

La pregunta 4 del cuestionario, la cual hace referencia a la frecuencia de las prácticas sexuales del sujeto, incluye la masturbación dentro de esas prácticas. Esto se debe a que denominar como prácticas sexuales únicamente a las relaciones íntimas supondría convertir en elemento diferenciador a la presencia o ausencia de pareja sexual, lo cual interferiría con la pretensión de generar una valoración de la sexualidad que sea extraída puramente de la subjetividad del paciente.

Una vez se completa el cuestionario y se codifican todos los ítems del mismo, las puntuaciones del test oscilarán entre un mínimo de 10 puntos, y un máximo de 33. Las simulaciones realizadas por el Dr. Llera situaron en **20 puntos el límite de normalidad**, siendo todas las puntuaciones inferiores a este límite sugestivas de afectación en la esfera sexual. Por tanto, como ya se ha mencionado en este apartado, **la valoración final del test será de carácter cualitativo dicotómico**, siendo la valoración final del mismo “**SUGESTIVO o NO SUGESTIVO de afectación en la esfera sexual**”.

Debido a que esta valoración final del test se realiza en base a un límite inferior de puntuación, solo se contemplan cuestionarios completos. El Dr. Llera contempla de manera teórica la aceptación de cuestionarios con hasta dos preguntas sin responder, extrapolando los resultados y reevaluando el límite de afectación a posteriori. Sin embargo, a la hora de realizar el presente estudio, se ha reducido ese número de posibles preguntas sin responder a **una**, siendo este un método más estricto, pero más sencillo a nivel ejecutivo.

2.3. OBTENCIÓN DE DATOS

Los datos necesarios para la realización del estudio se extraen de la cumplimentación del test por parte de ambos grupos muestrales. Con la intención de preservar el anonimato de los cuestionarios cumplimentados y la privacidad de los participantes, los cuestionarios se realizan de manera presencial en un despacho habilitado a ese efecto en la Unidad Docente de Basurto. Los participantes son citados en la Unidad Docente en un día y una hora concretos, y se les realiza el cuestionario de forma individual, pudiendo ser en pareja si así lo desean.

El entrevistador explica a los participantes que se está realizando un estudio a propósito de la relación entre sexualidad y fibromialgia, sin dar detalles que puedan alterar las respuestas del cuestionario. Tras ello, se da a los participantes un documento de **Consentimiento Informado** que deben leer y firmar previo a la cumplimentación del test.

Una vez leído y firmado el consentimiento, se les proporciona el cuestionario para su realización, recalcando la importancia de responder a todas las preguntas del mismo. Una vez respondidas todas las preguntas, los participantes marcan el cuestionario con un código numérico, el cual se asociará a una ficha con las variables demográficas personales recogidas para el estudio. De esta manera, el cuestionario no queda en ningún modo asociado al nombre de la persona participante. Por último, el participante introduce el cuestionario en el sobre correspondiente a su grupo (sobre “F” para grupo experimental, sobre “S” para grupo control), junto con los cuestionarios de los demás participantes.

Una vez realizadas todas las entrevistas, se extraen los cuestionarios de los sobres y se suman los ítems de cada cuestionario. De esta suma se obtiene una puntuación que, en el estudio a realizar, se corresponderá con la variable “resultado del Test”, siendo los dos posibles resultados “SÍ SUGESTIVO/NO SUGESTIVO de alteración de la sexualidad” según la puntuación en el test sea mayor o menor del límite predeterminado (20 puntos).

Además de la variable “resultado del Test”, se extraerán de cada participante las variables “Edad, Sexo, Estado Civil”, las cuales se recogerán en la ya mencionada ficha durante la entrevista. La variable multicategoría “Estado Civil” se recodifica

como la variable cualitativa dicotómica “Situación de convivencia” con el objeto de facilitar el análisis estadístico, dada la naturaleza del estudio.

Por tanto, las variables extraídas del estudio realizado, con sus respectivas categorías, son las siguientes:

- Resultado del Test como variable cualitativa dicotómica (SÍ Sugestivo/NO sugestivo).
- Diagnóstico de fibromialgia como variable cualitativa dicotómica (Fibromiálgica/Sana)
- Edad como variable cuantitativa discreta.
- Sexo como variable cualitativa dicotómica (Varón/Mujer)
- Situación de convivencia como variable cualitativa dicotómica (Soltero/Pareja Estable)

2.4. ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos se realiza mediante el uso del programa estadístico SPSS 21. En primer lugar, se realiza la comparación entre Grupo experimental y Grupo control en relación a sus variables demográficas (edad, sexo), con el objeto de determinar si la estratificación ha sido correctamente realizada. Para analizar la variable dependiente cuantitativa “Edad” se utiliza un Análisis de Varianzas (ANOVA), mientras que para analizar la variable cualitativa “Sexo” se utiliza la prueba Chi Cuadrado de Pearson. Esta será la prueba utilizada a partir de ahora para estudiar la relación de las variables restantes, debido a la naturaleza cualitativa de las mismas.

Se realiza la comparación entre grupos para la variable dependiente “Resultado del test”, utilizando, como ya hemos dicho, la prueba Chi Cuadrado de Pearson. Esta prueba será el objeto central del estudio.

Con el fin de analizar la muestra de manera más exhaustiva, se decide realizar una serie de comprobaciones adicionales. En primer lugar, se realiza la comparación entre grupos para la variable “Situación de convivencia”, realizando posteriormente una tabla de contingencia para verificar si esta variable tiene influencia sobre la variable “Puntuación del test” en alguno de los grupos. Tras ello, se realiza un nuevo análisis **recodificando la variable “Edad” como variable cualitativa dicotómica,**

categorizando la misma en “Mayores de 52 años” y “Menores de 51 años”. Esto se realiza para corroborar en ambos grupos si la **menopausia** tiene efecto sobre la variable “Puntuación del test”. No ha sido posible encontrar consenso bibliográfico respecto a la edad media de inicio de la menopausia, por lo que se han tomado como referencia los datos aportados por la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM)¹⁶. Esta categorización dicotómica, utilizando como referencia la edad media según la citada asociación, se realiza con el objeto de simplificar el análisis estadístico, pese a ser conocedores de la importancia del periodo de climaterio en la fisiología hormonal de la mujer.¹⁷

2.5. CONSIDERACIONES ETICO-LEGALES

El desarrollo del estudio se ajustará a las normas de Buenas Prácticas Clínicas internacionales, a la Declaración de Helsinki en su última enmienda activa y a las normas y regulaciones internacionales y nacionales. El estudio se realizará según la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica y de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007, del 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. El comité de ética del Hospital Universitario Basurto ha dado su placet a la realización del estudio.

Los **anexos 2 y 3** corresponden, respectivamente, a la circular enviada a AVAFAS para su difusión entre los miembros, y al consentimiento informado entregado a los participantes, previa explicación de los objetivos y metodología del estudio.

3. RESULTADOS

La **Tabla 1** muestra los resultados correspondientes a la distribución entre grupos en relación a la variable demográfica “Sexo”. La **Tabla 1** muestra que el 92,4% de la casuística está formada por mujeres, siendo las mismas un 92,3% y un 92,5% de los grupos control y experimental, respectivamente. Los hombres, por su parte, forman el 7,6% de la muestra total, representando el 7,7% del grupo control y el 7,5% del grupo experimental. La **Tabla 2** muestra los resultados de la realización de la prueba **Chi cuadrado de Pearson** para estas variables, objetivando una **significación asintótica o valor-p de 0,974**, por lo que la hipótesis nula queda confirmada: **No existen diferencias significativas entre grupos en lo correspondiente al sexo** (utilizaremos como **valor p de referencia p=0,05 en todo el estudio**).

Tabla 1: Distribución de la variable “Sexo” entre grupos

		Grupo		Total	
		Control	Experimental		
SEXO	MUJER	n	36	37	73
		%	92,3%	92,5%	92,4%
	VARON	n	3	3	6
		%	7,7%	7,5%	7,6%
Total		n	39	40	79
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 2: Prueba Chi-cuadrado de Pearson para variable “Sexo”

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,001 ^a	1	,974
N de casos válidos	79		

La **Tabla 3** y la **Tabla 4** se corresponden con el estudio realizado sobre la variable **“Edad”**. En la **Tabla 3** se refleja la media de edad (54,1 años), con su desviación típica (7,9). Observamos, asimismo, las medias y desviaciones típicas de cada uno de los grupos muestrales. En la **Tabla 4** se realiza el Análisis de Varianzas (ANOVA) para estos datos, obteniendo una **significación de 0,566**, lo cual significa que **no existe diferencia significativa entre grupos respecto a la variable “Edad”**.

Tabla 3: Distribución de la variable “Edad” entre grupos.

Grupo		Edad
Control	Media	53,667
	n	39
	Desviación. típica	8,1574
Experimental	Media	54,700
	n	40
	Desviación típica	7,7764
Total	Media	54,190
	n	79
	Desviación típica	7,9325

Tabla 4: Prueba ANOVA para variable “Edad” entre grupos.

			F	Sig.
Edad	Inter-grupos	(Combinadas)	,332	,566

En las tablas 5 y 6 se representa la prueba realizada para comprobar la **relación entre fibromialgia y anhedonia** en los colectivos estudiados. La fibromialgia se presenta como variable independiente, al ser el factor diferencial entre grupo experimental y grupo control. La anhedonia, por su parte, queda codificada como la

variable dependiente “Resultado del test” con las categorías “Sí sugestivo” o “NO sugestivo” de anhedonia.

En la **Tabla 5** se representa la distribución de la variable “**Resultado del Test**” en relación a los grupos muestrales. Se observa que, de los 79 participantes, el 54% (n=43) presentan resultados sugestivos de anhedonia, por el 46% (n=36) que presentan resultados no sugestivos. En cuanto a la distribución entre grupos, en el **grupo control** (n=39) se observa que solamente el **25,6%** de los sujetos (n=10) presentan **resultados sugestivos de anhedonia**, mientras que en el **grupo experimental** (n=40) se objetiva un **82,5% (n=33) de sujetos con test sugestivos**. Estos datos se analizan mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson en la **Tabla 6**, mostrándonos una **significación asintótica <0,001**. Este valor de significación nos indica que **existen diferencias significativas entre grupos para la variable “Resultado del Test”, existiendo un aumento significativo de resultados sugestivos de anhedonia en el grupo experimental.**

Tabla 5: Distribución de la variable “Resultado del test” entre grupos

			Grupo		Total
			Control	Experimental	
Resultado del Test	SI	n	10	33	43
		%	25,6%	82,5%	54,4%
	NO	n	29	7	36
		%	74,4%	17,5%	45,6%
Total	n	39	40	79	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 6: Prueba Chi-cuadrado de Pearson para variable “Resultado del test”

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,738 ^a	1	,000
N de casos válidos	79		

A continuación se muestran los resultados del estudio sobre la variable dicotómica “**Situación de convivencia**”. Primero se realiza una comparación entre grupos

muestrales con respecto a esta variable (**Tabla 7**), de la cual se extrae que en el **grupo control** el **79,5% (n=31)** de los individuos conviven **en pareja**, mientras que este porcentaje en el **grupo experimental** es del **72,5% (n=29)**. La prueba de Chi-cuadrado (**Tabla 8**) muestra una **significación de 0,468**, por lo que se verifica que **no existe diferencia estadísticamente significativa entre los grupos para esta variable**.

Tabla 7: Distribución de la variable “Situación de convivencia” entre grupos

			Grupo		Total
			Control	Experimental	
Situación de convivencia	En pareja	n	31	29	60
		%	79,5%	72,5%	75,9%
	Soltero	n	8	11	19
		%	20,5%	27,5%	24,1%
Total	n	39	40	79	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 8: prueba Chi-cuadrado de Pearson para la variable “Resultado del test”

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,528 ^a	1	,468
N de casos válidos	79		

Tras esto, mediante una tabla de contingencia (**Tabla 9**) se estudia la relación entre la variable “Situación de convivencia” y la variable “Resultado del test”, tanto dentro de cada uno de los grupos como en la totalidad de la muestra. En el **grupo control (n=39)**, los resultados extraídos muestran que dentro de aquellas personas que se encuentran **viviendo en pareja (n=31)** existe un **19,4% de positividad en el test** de anhedonia, mientras que en aquellas que se encuentran **solteras (n=8)** estos resultados positivos en el test ascienden hasta el **50%**. Pese a la diferencia porcentual, al realizar la prueba Chi-cuadrado (**Tabla 10**) se comprueba que **la significación asintótica es de 0,077** (debido probablemente al tamaño muestral), por lo que se asume que **la variable “Situación de convivencia” no tiene**

influencia demostrada sobre la variable “Resultado del test” en el grupo control.

En el **grupo experimental (n=40)**, el estudio sobre esta relación muestra que de aquellas personas que están viviendo **en pareja (n=29)**, un **75,9% dan resultados sugestivos** en el test, mientras que en aquellas personas que se encuentran **solteras (n=11)** esta proporción asciende al **100%**. De nuevo, pese a la diferencia porcentual, la prueba de Chi-cuadrado (**Tabla 10**) da como resultado que **la diferencia entre solteros y en pareja NO es significativa (p=0,073)**, por lo que dentro del grupo experimental **no se demuestra la influencia de esta variable en los resultados del test.**

En el análisis sobre la **totalidad de la muestra (n=79)**, los resultados obtenidos muestran que de aquellas personas **con pareja (n=60)** que hicieron el test, un **46% (n=28)** dieron **resultados sugestivos de anhedonia en el test**. Sin embargo, entre las personas **solteras (n=19)**, estos resultados de positividad se dieron en un **78,9% (n=15)**. Al analizar este resultado mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson (**Tabla 10**), se demuestra que en la totalidad de la muestra **SI existe diferencia estadísticamente significativa (p=0,014)** entre las personas en pareja y las personas solteras con respecto a los resultados del test, por lo que queda demostrado que **existe influencia de la variable “situación de convivencia” sobre la variable “resultado del test” en la totalidad de la muestra, produciéndose un aumento significativo de casos sugestivos de anhedonia en aquellas personas que viven solteras.**

Tabla 9: tabla de contingencia relacionando las variables “Situación de convivencia” y “Resultado del test” dentro de cada grupo y en la muestra total.

Grupo				Situación de convivencia		Total
				En pareja	Soltero	
Control	Resultado del test	SI	n	6	4	10
			%	19,4%	50,0%	25,6%
	NO	n	25	4	29	
		%	80,6%	50,0%	74,4%	
	Total	n	31	8	39	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	
Experimental	Resultado del test	SI	n	22	11	33
			%	75,9%	100,0%	82,5%
	NO	n	29	0	7	
		%	24,1%	0,0%	17,5%	
	Total	n	29	11	40	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	
Total	Resultado del test	SI	n	28	15	43
			%	46,7%	78,9%	54,4%
	NO	n	32	4	36	
		%	53,3%	21,1%	45,6%	
	Total	n	60	19	79	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 10: Prueba Chi-cuadrado para relación entre “resultado del test” y “situación de convivencia”

Grupo		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Control	Chi-cuadrado de Pearson	3,132 ^c	1	,077
	N de casos válidos	39		
Experimental	Chi-cuadrado de Pearson	3,218 ^d	1	,073
	N de casos válidos	40		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	6,062 ^a	1	,014
	N de casos válidos	79		

Por último, se realiza el estudio de la variable resultante de la recodificación de “Edad” en variable dicotómica, con la media de edad de aparición de la menopausia como límite. El análisis se realiza únicamente sobre la muestra de sexo femenino, puesto que la menopausia es un factor exclusivo de este sector de población. La tabla de contingencia resultante (**Tabla 11**) relaciona la variable “Edad (menopausia)” con la variable “resultado del test”, reflejando los datos correspondientes a cada grupo muestral, así como al total de la muestra.

Los resultados obtenidos en el **grupo control** (n=36) muestran que aquellas personas que se encuentran **por debajo de la edad media de menopausia (menores de 51)** obtienen **resultados sugestivos de anhedonia** en un **7,1%** (n=1) de los casos, dando resultados **no sugestivos** en el **92,9%** (n=13) restante. Las personas que, por el contrario, se encuentran **por encima de los 52 años**, ofrecen **resultados sugestivos** de anhedonia en un **36%** (n=8) de los casos. Al realizar la prueba Chi-cuadrado sobre estos datos (**Tabla 12**), encontramos una **significación asintótica de 0,048**, lo cual demuestra que **la variable “Edad (menopausia)” tiene influencia sobre la variable “Resultados del test”** en el grupo control, produciéndose en este caso un **aumento estadísticamente significativo de casos sugestivos de anhedonia en el grupo de personas mayores de 52 años.**

Los resultados en el **grupo experimental** (n=37), sin embargo, muestran una diferencia mínima entre el grupo “**Mayores de 52**”, con **83,3% de test sugestivos**, y el grupo “**Menores de 51**”, con un **84,6%** de positividad. El análisis mediante Chi-cuadrado muestra que, efectivamente, **NO existe una diferencia estadísticamente significativa** entre grupos (**p=0,920**), y que por tanto **la variable “Edad (menopausia)” no tiene influencia demostrada sobre los resultados del test en el grupo experimental.**

El análisis sobre la **totalidad de la muestra** (n=73), al estar incluidos en ella los dos grupos muestrales, va a ser una ponderación de la media de resultados de los mismos. Se objetiva que, en **menores de 51**, los **resultados sugestivos de anhedonia** se dan en un **44,4%** de los test. En **mayores de 52**, sin embargo, se dan en un **60,9%** de los mismos. La prueba de **Chi-cuadrado** nos confirma que, en este

caso, la diferencia entre grupos (o relación entre variables) **NO** es estadísticamente significativa ($p=0,173$).

Tabla 11: Tabla de contingencia relacionando la variable “Edad” con la variable “Resultado del test” (en cada grupo y en muestra total dentro de sexo femenino).

Sexo	Grupo			Edad		Total
				Menos de 51	Más de 52	
Control	Resultado del test	SI	n	1	8	9
			%	7,1%	36,4%	25,0%
	NO	n	13	14	27	
		%	92,9%	63,6%	75,0%	
	Total	n	14	22	36	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	
Mujer Experimental	Resultado del test	SI	n	11	20	31
			%	84,6%	83,3%	83,8%
	NO	n	2	4	6	
		%	15,4%	16,7%	16,2%	
	Total	n	13	24	37	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	
Total	Resultado del test	SI	n	12	28	40
			%	44,4%	60,9%	54,8%
	NO	n	15	18	33	
		%	55,6%	39,1%	45,2%	
	Total	n	27	46	73	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 12: Prueba Chi-cuadrado para relación entre “resultado del test” y “Edad (menopausia)”

Sexo	Grupo		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Mujer	1,0	Chi-cuadrado de Pearson	3,896 ^f	1	,048
		N de casos válidos	36		
	2,0	Chi-cuadrado de Pearson	,010 ^g	1	,920
		N de casos válidos	37		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	1,853 ^e	1	,173	
	N de casos válidos	73			

4. DISCUSIÓN

Tras analizar los resultados obtenidos, es posible extraer las **fortalezas y debilidades** del estudio realizado. Como primera **fortaleza** a destacar, los datos referentes a las variables sociodemográficas de la casuística (edad y sexo) demuestran que el grupo control y el grupo experimental son similares en este aspecto, lo cual nos permite afirmar con seguridad que la estratificación ha sido realizada correctamente, y que el **único factor diferencial** entre estos grupos es, precisamente, aquel que ha sido criterio de inclusión en el grupo experimental y criterio de exclusión en el grupo control: **la fibromialgia**.

Una vez aceptada esta premisa, se realiza la comparación entre grupos en lo referente a los resultados del test, comprobando en este caso que existe un gran aumento de casos sugestivos de anhedonia dentro del grupo de personas con fibromialgia (un 82,5%, por un 25,6% en el grupo control). Esto, siendo conocedores de la estrecha relación existente entre la anhedonia y la fibromialgia,^{3, 10} puede considerarse **una nueva fortaleza del estudio**, al tratarse de un indicador de que el Mini-mental Sex está realizando una correcta medición de este factor diferencial que es la anhedonia, puesto que está arrojando resultados distintos en dos grupos muestrales cuya única diferencia es esta dolencia (por asociación directa con la fibromialgia).

Mediante el test se han podido, además, realizar estudios complementarios sobre la muestra para ampliar la información sobre las características de la misma. Se ha confirmado, por ejemplo, que los participantes que se encuentran en este momento sin pareja (padezcan fibromialgia o no) ofrecen unos resultados en el test significativamente más sugestivos de fibromialgia que aquellos que se encuentran viviendo con una pareja estable, siendo esto otra demostración del potencial analítico del test y, por tanto, **otra de las fortalezas del estudio**.

El estudio realizado en lo concerniente a la menopausia ha arrojado datos aún más interesantes sobre el Mini-Mental Sex, puesto que ha confirmado que el cuestionario es capaz discernir entre grupo control y grupo experimental en lo referente a esta variable, siendo esta otra importante **fortaleza de nuestro estudio**. Se ha dividido la muestra femenina (73 participantes) en dos franjas de edad, marcando como límite la edad media de menopausia en España (51 años) y, al analizar los resultados del test,

se ha objetivado que estos ofrecían comportamientos distintos en cada grupo. Mientras que en el grupo control (sin fibromialgia) los resultados sugestivos de anhedonia eran significativamente más frecuentes en la franja de edad posterior a la menopausia, en el grupo experimental no se encontraban diferencias significativas entre la franja anterior y la posterior. Este fenómeno se produce debido, precisamente, a la influencia de la fibromialgia en este sector de la población. Al tratarse de mujeres cuya apetencia sexual se encuentra disminuida generalmente desde la instauración de los síntomas de la enfermedad, la menopausia no actuará como causa del establecimiento de una disfunción sexual, sino que en todo caso podrá ser un factor de agravamiento de una disfunción previamente establecida. Al tratarse el Mini-mental Test de una prueba de medición cualitativa, no discernirá ese agravamiento de síntomas debido a la menopausia, sino que únicamente detectará la presencia de esa disfunción sexual en las pacientes, tanto antes como después de la época menopáusica.

A modo de resumen, y como principal **fortaleza del estudio**, podríamos aseverar que **todas aquellas variables del estudio que tienen una influencia confirmada sobre la actividad sexual, ^{3,10} han demostrado tener influencia sobre los resultados del Mini-mental Sex, siendo esto una confirmación de la asociación entre resultados del test y función sexual o, dicho de otro modo, de la capacidad del test de medir la disfunción sexual.**

Con el objeto de tener una referencia de la precisión del cuestionario, se ha realizado una búsqueda bibliográfica de estudios que relacionaran disfunción sexual y fibromialgia.^{10, 11, 12, 13} Los resultados de varios de ellos han resultado ser similares a los extraídos de nuestro estudio, pero tomaremos como referencia el trabajo realizado por Rico-Villademoros et al. en 2012¹¹, el cual compara un grupo de 293 pacientes con fibromialgia (276 mujeres y 17 hombres) con 86 controles sanos (72 mujeres y 14 hombres). El método de valoración de la función sexual utilizado en este caso es el *Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ)*, cuestionario de 35 ítems, validado en 1997 por Clayton AH et al. para su uso con fines clínicos y de investigación.¹⁸ Los resultados arrojados por este estudio indicaron que un 86'9% de las mujeres con fibromialgia presentaban valores sugestivos de disfunción sexual, por un 23,6% de las mujeres sanas. En los hombres, estos resultados eran de un

76,5% en pacientes con fibromialgia por un 6,7% en hombres sanos. Al comparar estos resultados con los extraídos de nuestro estudio, encontramos valores similares al realizado por Rico-Villademoros en cuanto al porcentaje de disfunción sexual en personas afectas de fibromialgia (un 82,5% en una muestra que incluye hombres y mujeres, encontrándose este dato en la franja entre los valores obtenidos en la muestra de hombres y la de mujeres, respectivamente, en el citado estudio). Debido a las diferencias existentes entre estudios, tanto en el método de captación de la muestra como en el tamaño de la misma, descartamos la realización de una prueba estadística para comparar los datos de nuestro estudio con los aportados por el de Rico-Villademoros, tomando la semejanza de valores como una prueba de similitud a nivel teórico, sin rigor estadístico. Pese a ello, encontramos que esta semejanza en los resultados es también una **fortaleza de nuestro estudio** dado que, en muestras de similares características, el Mini-mental Sex ha dado resultados semejantes a una prueba de medición ya validada por la comunidad internacional.

Sin embargo, es necesaria una cuantificación de la calidad de medición que presenta el cuestionario para poder realizar una validación efectiva, por lo cual sería conveniente efectuar un estudio de fiabilidad, validez, sensibilidad y factibilidad del mismo (**Tabla 13**), como se expone en el trabajo de Carvajal et al. (2011).¹⁹ Nuestro estudio, cuya **principal debilidad** es el **tamaño muestral** disponible, no tiene suficiente peso estadístico para valorar las características psicométricas, empero sirve como **prueba piloto o pre-test** que confirma que el cuestionario está bien diseñado, y que tiene futuro como elemento de medición de la disfunción sexual en la población estudiada. Por esto, como reto y objetivo final, desde este Trabajo de Fin de Grado **nos emplazamos a la realización de un estudio de fiabilidad, validez, sensibilidad y factibilidad del cuestionario que sirva como validación definitiva del mismo.**

Tabla 13: Características psicométricas de un instrumento y elementos para su medición (Carvajal et al.)

ASPECTOS PSICOMÉTRICOS		DESCRIPCIÓN	
FIABILIDAD	Consistencia interna	<i>Alfa de Cronbach</i>	Mide el grado de correlación interna entre los ítems
		<i>Mitad y mitad</i>	Compara las correlaciones entre las dos mitades de un instrumento
		<i>Kuder-Richarson</i>	Obtiene el grado de correlación entre variables dicotómicas
		<i>Correlación internuncidos</i>	Obtiene el grado de correlación entre cada variable y la puntuación total
	Estabilidad	<i>Test-retest</i>	Mide la constancia de las respuestas obtenidas en repetidas ocasiones con los mismos sujetos
	Equivalencia	Determina la consistencia de las puntuaciones de los instrumentos	
	Armonía interjueces	Mide el grado de concordancia entre observadores que miden el mismo fenómeno	
VALIDEZ	Validez aparente		Determina el grado en el que los ítems parecen medir lo que se proponen
	Validez de contenido	<i>Método Delphi</i>	Método para obtener la opinión de un panel de expertos
		<i>Modelo de estimación de magnitud</i>	Determina la intensidad percibida de un estímulo físico o social
		<i>Modelo de Fehring</i>	Explora si el instrumento mide el concepto que quiere medir con la opinión de un grupo de expertos
		<i>Metodología Q</i>	Mide la validez de contenido con un grupo de expertos
	Validez de criterio		Mide el grado de correlación entre un instrumento y otra magnitud que mida el mismo criterio
		<i>Vconcomitante</i>	Mide el grado de correlación entre dos medidas del mismo concepto al mismo tiempo en los mismos sujetos
		<i>V predictiva</i>	Mide el grado de correlación entre la medida de un concepto y una medida posterior del mismo concepto. Mide como un instrumento predice una evaluación
	Validez de constructo	<i>Convergente-divergente</i>	Mide si el instrumento correlaciona con variables esperables y no correlaciona con las que no se esperan
<i>Análisis factorial</i>		Reduce un número de variables a factores de variables para distinguir las dimensiones subyacentes que establecen las relaciones entre los ítems	
<i>Validez discriminante</i>		Mide el grado del instrumento para distinguir entre individuos que se espera que sean diferentes	
SENSIBILIDAD		Habilidad del instrumento para reflejar cambios en el estado de salud debido a una intervención conocida	
FACTIBILIDAD	<i>Porcentaje de respuestas</i> <i>Tiempo de cumplimentación</i> <i>Percepción de los pacientes</i> <i>y los profesionales</i>	Mide si el cuestionario es asequible para utilizarlo en el campo que se quiere utilizar	

5. CONCLUSIÓN

El **Mini-mental Sex** ha resultado ser una prometedora herramienta de detección de la disfunción sexual, especialmente en población fibromiálgica. Los resultados obtenidos no solo han mostrado la capacidad del test para discernir entre población diagnosticada y población sana, sino que también han mostrado diferencias dependiendo de la situación de convivencia y de la edad de los sujetos, especialmente en relación a la menopausia.

A mayor abundamiento, se ha encontrado una importante similitud entre los datos arrojados por nuestro estudio y los aportados por la bibliografía existente, especialmente en lo referente al porcentaje de sujetos con fibromialgia que han obtenido resultado de anhedonia en el estudio. Esto, teniendo en cuenta que los estudios revisados utilizaron herramientas de medición validadas por la comunidad internacional, es prueba inequívoca del potencial de detección del Mini-mental Sex, el cual deberá ser refrendado y validado mediante un estudio posterior de fiabilidad, validez, sensibilidad y factibilidad.

6. REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz-Rodríguez DI, Arango-Alzate CM, Segura-Cardona ÁM. Entornos y actividad física en enfermedades crónicas: Más allá de factores asociados. *Universidad y Salud*. 30 de abril de 2018;20(2):183.
2. Fibromialgia – Sessec [Internet]. [citado 22 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.sessec.org/comites/fibromialgia/>
3. Llera M, Franco R. Anhedonia y Fibromialgia. Universidad del País Vasco. 2016.
4. Li Canessa A. Fibromialgia, desafío médico legal en los casos de pensiones por invalidez. 1 de diciembre de 2016;33:38-46.
5. Vicente-Herrero MT, Capdevila García L, Ramírez Iñiguez de la Torre MV. Diseño de una herramienta para la valoración y clasificación de la limitación en fibromialgia. *Rev Colomb Reumatol*. 1 de julio de 2017;24(3):131-7.
6. Ramos R, Jesús R. Diferencias epidemiológicas entre los pacientes con síndrome de fatiga crónica y fibromialgia evaluados en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. diciembre de 2016;62(245):360-7.
7. Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 1 de noviembre de 2001;60(11):1040-5.
8. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M-A, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. mayo de 2010;62(5):600-10.
9. Häuser W, Eich W, Herrmann M, Nutzinger DO, Schiltenwolf M, Henningsen P. Fibromyalgia syndrome: classification, diagnosis, and treatment. *Dtsch Arztebl Int*. junio de 2009;106(23):383-91.
10. Besiroglu MDH, Dursun MDM. The association between fibromyalgia and female sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Impot Res*. 22 de noviembre de 2018;.

11. Rico-Villademoros F, Calandre EP, Rodríguez-López CM, García-Carrillo J, Ballesteros J, Hidalgo-Tallón J, et al. Sexual functioning in women and men with fibromyalgia. *J Sex Med.* febrero de 2012;9(2):542-9.
12. Kalichman L. Association between fibromyalgia and sexual dysfunction in women. *Clin Rheumatol.* abril de 2009;28(4):365-9.
13. Collado-Mateo D, Olivares PR, Adsuar JC, Gusi N. Impact of fibromyalgia on sexual function in women. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 9 de marzo de 2018;
14. Treadway MT, Zald DH. Reconsidering anhedonia in depression: lessons from translational neuroscience. *Neurosci Biobehav Rev.* enero de 2011;35(3):537-55.
15. Gallach E, Juan A de, García-Blanco AM, Izquierdo RM, Robledo R, Fenollosa P, et al. Sexo y dolor: la satisfacción sexual y la función sexual en una muestra de pacientes con dolor crónico benigno no pélvico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor.* junio de 2018;25(3):145-54.
16. ¿Qué es la menopausia? [Internet]. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. [citado 22 de abril de 2019]. Disponible en: <http://aeem.es/para-la-mujer/que-es-la-menopausia/>
17. Torres Jiménez AP, Torres Rincón JM, Torres Jiménez AP, Torres Rincón JM. Climaterio y menopausia. *Revista de la Facultad de Medicina (México).* abril de 2018;61(2):51-8.
18. Clayton AH, McGarvey EL, Clavet GJ. The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): development, reliability, and validity. *Psychopharmacol Bull.* 1997;33(4):731-45.
19. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra.* abril de 2011;34(1):63-72.

7. ANEXOS

23

1. ¿Considera usted que tiene una vida sexual normal?

Si (2) No (1)

2. Por lo que usted sabe y con respecto a lo que usted considere la media, ¿considera que su vida sexual se encuentra?

Por debajo(1) En la media(2) Por encima(3)

3. ¿Diría usted que su vida sexual actual es idéntica, mejor o peor que la previa al diagnóstico?

Peor (1) Idéntica(2) Mejor(3)

4. ¿Con que frecuencia realiza usted cualquier clase de práctica sexual, incluida la masturbación?

Varios días a la semana (5)

Semanalmente (4)

Cada quince días (3)

Mensualmente (2)

Con menor frecuencia (1)

5. De las anteriores, ¿cual consideraría usted una frecuencia normal?

Si $p5 > p4$ (1) $p5 = p4$ (2) $p5 < p4$ (3)

6. ¿Considera muy/bastante/poco/nada satisfactorias las prácticas sexuales que usted realiza?.

Nada(1) Poco(2) Bastante(3) Mucho(4)

7. ¿Usted considera que el sexo/prácticas sexuales juegan un papel muy/bastante/poco/nada importante en su vida cotidiana?.

Nada(1) Poco(2) Bastante(3) Mucho(4)

8. ¿Diría usted que se excita sexualmente con mucha/bastante/poca/ninguna facilidad?.

Ninguna(1) Poca(2) Bastante(3) Mucha(4)

9. ¿Diría usted que la probabilidad de realizar cualquier práctica de naturaleza sexual le genera ansiedad, tensión o nerviosismo?

Si(1) No(2)

10. ¿Cómo calificaría usted su grado de deseo sexual?:

Bajo(1) Medio(2) Alto(3)

Puntuación Total:

Legenda: Puntuación mínima 10 - Puntuación <20: sugestivo de alteración en la esfera sexual del paciente en cuestión - Puntuación máxima 33.



Bilbao, a 26 de octubre de 2018

Estimada socia:

Se va a iniciar en la Unidad de fibromialgia/fatiga crónica/sensibilidad química múltiple, un **estudio sobre la libido** en las pacientes afectas de estos síndromes denominados de sensibilidad central. El estudio se llevará a cabo en el **Hospital Universitario de Basurto** bajo la dirección del **Dr. Ricardo Franco Vicario**, responsable de la unidad hospitalaria de estas patologías. Se trata de responder a un cuestionario muy simple, que se ha confeccionado al efecto.

La ejecución corre a cargo de **D. Jon Salinero Múgica**, alumno de sexto curso del Grado en Medicina. Esta investigación forma parte de un trabajo de fin de grado, que es preceptivo dentro de su carrera como médico.

Desde un punto de vista operativo, los **pasos** serían los siguientes:

- 1- Aceptación firmada a participar en el trabajo.
- 2- Sería conveniente que las interesadas aportasen a una persona de su mismo sexo y de aproximada edad, cuyo estado de salud no esté relacionado con la fibromialgia/fatiga crónica/sensibilidad química múltiple (es decir, que no padezcan estas enfermedades). La comparación con personas sanas es un requisito indispensable para la validación científica del cuestionario.
- 3- Una vez aceptada la participación, serán llamadas por teléfono para la reunión con **D. Jon Salinero Múgica**, quien las citará en un despacho habilitado al efecto situado en la **planta baja de la Unidad Docente del Hospital Univeritario Basurto. (Calle Gurtubay, S/N)**.

Los cuestionarios serán **anónimos**, de tal manera que en los mismos no constará ningún dato de filiación de las participantes, tanto enfermas como sanas. Asimismo, el trabajo ha sido aprobado por la comisión de ética del hospital, como es preceptivo en cualquier investigación clínica.

Agradeciéndole de antemano su colaboración, reciba un cordial saludo.

Fdo: Dr. Ricardo Franco Vicario
Iglesias

Vº Bº: Dr. Javier León

**CONSENTIMIENTO INFORMADO (VALIDACIÓN CUESTIONARIO LIBIDO EN
PACIENTES CON FIBROMIALGIA)**

La abajo firmante, Dña..... con DNI....., acepta la participación en el trabajo de investigación titulado “**Validación del cuestionario sobre la libido en pacientes con fibromialgia**”, en comparación con personas sanas de la misma edad y sexo.

El cuestionario será **anónimo**, no constando más datos que sexo, edad y la condición de paciente “F” o “S” (sana).

La firma de la aceptación a participar no implica ninguna obligatoriedad, de tal manera que en cualquier momento puede desdecirse y anular el consentimiento.

A efectos prácticos, y a fin de organizar un calendario de citaciones para la cumplimentación del cuestionario, les facilitamos el teléfono del realizador ejecutivo, **D. Jon Salinero Música: 655 167 908**.

Fecha

Firma

ANHEDONIA Y FIBROMIALGIA

CODIGO IDENTIFICADOR: _____

ENTREVISTADOR: _____ FECHA: __/__/__

- EDAD: ____
- SEXO:
- ESTADO CIVIL: _____