

Diagnósticos enfermeros psicosociales y grado de acuerdo de personas afectadas de Encefalomiелitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica: estudio descriptivo

Oter-Quintana, Cristina¹ (RN, MsC); Alameda-Cuesta, Almudena² (RN, PhD); Brito-Brito, Ruymán³ (RN, PhD); Parro-Moreno, Ana Isabel⁴ (RN, PhD); Alcolea-Cosín, María Teresa⁵ (RN, MsC); Esteban-Hernández, Jesús⁶ (PhD)

¹Doctorado en Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos. Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Grupo de Investigación en Enfermería y Cuidados de Salud, IDIPHISA. España

²Departamento de Enfermería y Estomatología, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. España

³Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de La Laguna. España.

⁴Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid. Grupo de Investigación en Enfermería y Cuidados de Salud, IDIPHISA. España.

⁵Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid. España.

⁶Departamento de Especialidades Médicas y Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos. España.

AUTOR DE CORRESPONDENCIA: c.oter@alumnos.urjc.es

Manuscrito recibido: 21/06/2024

Manuscrito aceptado: 06/09/2024

Cómo citar este documento

Oter-Quintana, C, Alameda-Cuesta, A, Brito-Brito, R, Parro Moreno, AI, Alcolea-Cosín, MT, Esteban-Hernández, J. Diagnósticos enfermeros psicosociales y grado de acuerdo de personas afectadas de Encefalomiелitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica: estudio descriptivo. *Quantitative and Qualitative Community Research RqR*. 2024 Nov; 12 (2): 63-72.

Original

Este proyecto ha sido financiado en la segunda convocatoria de la ayuda a la investigación Mercedes Ugalde Apalategui. Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE).

RESUMEN

Objetivo: Describir grado de acuerdo de personas afectadas de Encefalomiелitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica (EM/SFC) con etiquetas diagnósticas enfermeras asignadas por Cuestionario para el Diagnóstico Enfermero Psicossocial (CdePS).

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Población: personas adultas diagnosticadas de EM/SFC. Muestreo no probabilístico. Datos recogidos entre mayo- julio 2022 usando formulario ad hoc. Medición de grado de acuerdo con etiquetas asignadas por el CdePS mediante escala Likert de cinco puntos. Análisis descriptivo.

Resultados: 48 personas completaron el formulario. Se asignaron las 28 etiquetas diagnósticas enfermeras del CdePS. La más frecuente fue "Impotencia" (79,17%). El 100% a quienes se asignó "Aflicción crónica" y "Desesperanza" se mostraron muy de acuerdo/más bien de acuerdo con ellas. Mayor desacuerdo en "Riesgo de duelo complicado" y "Riesgo de soledad", donde 75% y 60% señalaron estar muy en desacuerdo/más bien en desacuerdo con su asignación.

Conclusión: Elevado porcentaje de acuerdo de participantes con etiquetas diagnósticas asignadas por CdePS.

Palabras clave

Diagnóstico de Enfermería. Síndrome de Fatiga Crónica. Enfermería.

Psychosocial nursing diagnoses and level of agreement of people with Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: a descriptive study

Abstract

Objective: To describe the level of agreement of people with Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) using nursing diagnostic labels assigned by the Questionnaire for Psychosocial Nursing Diagnosis (CdePS).

Methodology: Cross-sectional descriptive study. Population: adults with a ME/CFS diagnosis. Not probabilistic sampling method. The data were collected between May and July 2022 via an ad hoc form. The nursing diagnostic labels were assigned using the CdePS. To measure the level of agreement with them, a 5-point Likert scale was used. A descriptive analysis was conducted.

Results: Forty-eight participants completed the form. The 28 nursing diagnostic labels from the CdePS were assigned. The most frequently assigned label was "Powerlessness" (79,17%). 100% of people who had been assigned the labels "Chronic Sorrow" and "Hopelessness" indicated they strongly agreed/rather agreed with them. The highest disagreement levels corresponded to the "Risk of Complicated Grieving" and "Risk of Loneliness" labels, where 75% and 60% indicated they strongly disagreed/rather disagreed with the label they had been assigned

Conclusions: Participants show a high percentage of agreement with the nursing diagnostic labels assigned by the CdePS.

Key words

Nursing Diagnosis. Fatigue Syndrome, Chronic. Nursing.

Introducción

La Encefalomiелitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica (EM/SFC) es una enfermedad crónica y compleja. Su prevalencia según un metaanálisis reciente es del 0,68% [IC 95%=0,48-0,97], con elevada heterogeneidad entre estudios (1). Se caracteriza por la intolerancia al esfuerzo, evidenciada por fatiga intensa, malestar y otros síntomas que se agravan con la realización de esfuerzos mentales y/o físicos, a veces mínimos, que previamente eran bien tolerados por la persona (2). Este malestar post esfuerzo puede aparecer inmediatamente después de aquel que lo desencadenó o retrasarse y extenderse durante días o semanas (3). Otros síntomas de la enfermedad son el deterioro cognitivo, sueño no reparador, intolerancia ortostática o dolor (4). La sintomatología puede experimentar fluctuaciones a lo largo del día, de un día a otro y durante el curso de la enfermedad (3). El grado de afectación de las personas enfermas es variable. En los casos más graves permanecen en cama, requiriendo ayuda para actividades básicas de la vida diaria (5).

La EM/SFC afecta a la vida familiar, social, laboral/educativa y al bienestar emocional de las personas enfermas (5). El desconocimiento de los profesionales sanitarios sobre ella y la dificultad para encontrar anomalías en pruebas diagnósticas convencionales expone a las personas afectadas al descrédito y estigmatización durante su paso por el sistema sanitario, complicando el diagnóstico y tratamiento e incrementando el sufrimiento que acompaña a la enfermedad (6).

Las experiencias y respuestas humanas de personas, familias y comunidades son el fenómeno de interés de la disciplina enfermera (7). El diagnóstico enfermero nombra las respuestas físicas, psicológicas, espirituales y sociales que acompañan a afecciones de salud/procesos vitales (8). Dada la complejidad de estas respuestas y experiencias, contrastar el diagnóstico con

la persona receptora de cuidados ayuda a asegurar la precisión en su interpretación fundamental si se considera el diagnóstico como base para seleccionar el tratamiento enfermero (9). En personas afectadas de EM/SFC esta confirmación tiene en sí misma valor terapéutico, al dotar de significado y legitimar su experiencia de enfermedad.

El objetivo de esta investigación es describir el grado de acuerdo de personas afectadas de EM/SFC con las etiquetas diagnósticas enfermeras asignadas por el Cuestionario para el Diagnóstico Enfermero Psicosocial (CdePS).

Metodología

Estudio descriptivo observacional y transversal. La población de estudio fueron personas adultas con diagnóstico médico de EM/SFC, miembros de una asociación de pacientes ubicada en Madrid. Esta contaba con 429 personas asociadas en el momento de la recogida de datos, de las que 211 habían declarado estar diagnosticadas de EM/SFC. Los datos se recogieron entre mayo-julio de 2022 mediante muestreo no probabilístico (respuesta voluntaria tras ofrecimiento a todas las personas asociadas).

Se recogieron variables sociodemográficas básicas (edad, sexo, estado civil, nivel educativo, reconocimiento de discapacidad y dependencia) y clínicas, como el tiempo desde el diagnóstico médico.

Para identificar las etiquetas diagnósticas enfermeras se empleó el Cuestionario para el Diagnóstico Enfermero Psicosocial (CdePS) (10). Es un instrumento de apoyo al diagnóstico enfermero que permite asignar hasta 28 etiquetas diagnósticas enfermeras del área psicosocial sobre las respuestas dadas a los 61 ítems que integran el cuestionario. La asignación de las etiquetas diagnósticas es provisional, debiendo confirmarse mediante valoración por un profesional enfermero.

El grado de acuerdo de las personas participantes con las etiquetas asignadas por el CdePS se midió mediante escala tipo Likert de 5 puntos: *muy en desacuerdo, más bien en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, más bien de acuerdo y muy de acuerdo*.

Los datos se recogieron mediante formulario online creado *ad hoc*. Quienes dieron su consentimiento a participar en el estudio recibieron un enlace de acceso al formulario electrónico. Una vez autocumplimentado se les enviaron los resultados del CdePS, solicitándoseles que indicasen su grado de acuerdo/desacuerdo con las etiquetas asignadas. Para facilitar esta tarea, cada etiqueta diagnóstica asignada se acompañó de una descripción breve y sencilla de su significado.

Se realizó análisis descriptivo de variables sociodemográficas y clínicas, etiquetas diagnósticas enfermeras asignadas por el CdePS, y respuestas referidas al grado de acuerdo de personas participantes con éstas. Para el análisis y la construcción de gráficos se empleó el programa R en su versión 4.3.2, paquete *likert* (versión 1.3.5).

Estudio aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Rey Juan Carlos (Número de registro interno: 3011202123321)

Resultados

Cuarenta y ocho personas cumplieron el formulario, con edad media de 52,5 años (DT=6,81) (Tabla 1); en su mayoría mujeres (95,83%), casadas o con pareja de hecho (56,25%) y estudios universitarios (70,83%). Un 66,67% tenían reconocido algún grado de discapacidad y un 16,67% de dependencia. La media de años transcurridos desde el diagnóstico fue de 8,5 años (DT=6,73).

Se asignaron las 28 etiquetas diagnósticas enfermeras del CdePS (Tabla 2). Las más frecuentes fueron "Impotencia", identificada en el 79,17% de las personas parti-

cipantes, "Afrontamiento ineficaz" (62,5%) y "Temor" (62,5%). Obtienen también frecuencias elevadas "Aislamiento social" (58,33%), "Soledad" (47,92%) y "Riesgo de Soledad" (41,67%).

La figura 1 representa la distribución del grado de acuerdo para cada etiqueta diagnóstica enfermera psicosocial incluyendo porcentajes de bloques a uno y otro lado de la respuesta neutra (*ni de acuerdo ni en desacuerdo*). En el 67,85% de ellas la suma de porcentajes de respuesta de las categorías *más bien de acuerdo/muy de acuerdo* superaba el 50%. El 100% de personas que, conforme al CdePS, presentaban "Aflicción Crónica" y "Desesperanza" estuvieron *más bien de acuerdo/muy de acuerdo* con la asignación. Entre las etiquetas diagnósticas enfermeras con porcentajes más elevados de desacuerdo, "Riesgo de duelo complicado" donde un 75% de las personas señalaron estar *más bien en desacuerdo/muy en desacuerdo* con ella, y "Riesgo de Soledad", con un 60% de respuestas en el mismo sentido.

Discusión

Las personas participantes están de acuerdo en un porcentaje elevado de casos con las etiquetas diagnósticas enfermeras asignadas por el CdePS. Es llamativo que los mayores porcentajes de desacuerdo se den en diagnósticos de riesgo. Esto podría explicarse por la ausencia, en el momento actual, de signos y síntomas que alertarían a la persona del problema, a diferencia de los diagnósticos focalizados en el problema, con manifestaciones ya presentes (8).

La etiqueta diagnóstica más frecuente es "Impotencia". Las características de la EM/SFC, en cuanto a su curso variable e impredecible y el estigma que la acompaña hacen que no resulte extraño que las personas afectadas experimenten una pérdida del control sobre su vida personal, bienestar y entorno social, característica de esta etiqueta diagnóstica enfermera(8).

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de las personas participantes (n=48).

Característica	N (%)	95% IC ¹
Edad (años)		
		[50-54]
Media (DT) ²	52,5 (6,81)	
Mediana (25%-75%)	52 (47-58)	
Sexo		
Hombre	2 (4,17%)	[0,72%-15,4%]
Mujer	46 (95,83%)	[84,6%-99,3%]
Estado civil		
Casada/o o pareja de hecho	27 (56,25%)	[41,3%-70,2%]
Separada/o o divorciada/o	9 (18,75%)	[9,44%-33,1%]
Soltera/o	8 (16,67%)	[7,97%-30,8%]
Viuda/o	3 (6,25%)	[1,63%-18,2%]
No deseo responder	1 (2,08%)	[0,11%-12,5%]
Nivel de estudios		
Estudios primarios	3 (6,25%)	[1,63%-18,2%]
Estudios secundarios/formación profesional	10 (20,83%)	[11%-35,4%]
Estudios universitarios	34 (70,83%)	[55,7%-82,6%]
No deseo responder	1 (2,08%)	[0,11%-12,5%]
Tengo reconocido algún grado de discapacidad	32 (66,67%)	[51,5%-79,2%]
Grado de discapacidad reconocido		
Grado 2 1%-24%	2 (6,25%)	[1,09%-22,2%]
Grado 3 25-49%	17 (53,13%)	[35%-70,5%]
Grado 4 50%-75%	13 (40,63%)	[24,2%-59,2%]
Grado 5 >=75%	0 (0,00%)	[0,00%-13,3%]
Tengo reconocido algún grado de dependencia	8 (16,67%)	[7,97%- 30,8%]
Grado de dependencia reconocido		
Grado 1	2 (25,00%)	[4,45%-64,4%]
Grado 2	4 (50,00%)	[21,5%-78,5%]
Grado 3	2 (25,00%)	[4,45%- 64,4%]
Años transcurridos desde el diagnóstico (2022)		
		[6,5-10]
Media (DT)	8,5 (6,73)	
Mediana (25%-75%)	7 (4-12)	

¹ IC= Intervalo de confianza ²Desviación Típica.

Por otro lado, la comparativa de la frecuencia con la que las etiquetas diagnósticas se asignan a las personas participantes con los resultados de otras investigaciones que han empleado el CdePS, evidencia la mayor prevalencia de etiquetas diagnósticas psicosociales en el grupo estudiado (11,12). Aunque explicable por diferencias en la población participante, también sería indicativo de la afectación de la esfera psicosocial de las personas afectadas de EM/SFC, en línea con lo señalado en otras investigaciones (13).

Las personas afectadas de EM/SFC, al igual que otros grupos sociales sometidos a procesos de deslegitimación, serían especialmente vulnerables a lo que Fricker (14) denomina *injusticia epistémica*, situación en la que las personas enfermas no son tenidas en cuenta como sujetos de conocimiento, estando su credibilidad disminuida y no dejándose espacio para que puedan dar testimonio de sus experiencias o dotarlas de sentido (15). Por ello, poner nombre y validar las experiencias psicosociales de las personas afectadas por EM/

Tabla 2. Frecuencia de etiquetas diagnósticas asignadas por el CdePS (n=48)

Etiqueta diagnóstica	N (%)	95% IC1
1. Manejo inefectivo del régimen terapéutico	12 (25%)	[14,11%-39,89%]
2. Incumplimiento del tratamiento	12 (25%)	[14,11%-39,89%]
3. Sufrimiento espiritual	5 (10,42%)	[3,9%-23,44%]
4. Sufrimiento moral	11 (22,92%)	[12,51%-37,67%]
5. Mantenimiento ineficaz de la salud	3 (6,25%)	[1,63%-18,21%]
6. Afrontamiento ineficaz	30 (62,5%)	[47,33%-75,68%]
7. Aislamiento social	28 (58,33%)	[43,28%-72,07%]
8. Deterioro de la interacción social	1 (2,08%)	[0,11%-12,47%]
9. Estrés por sobrecarga	11 (22,92%)	[12,51%-37,67%]
10. Ansiedad	1 (2,08%)	[0,11%-12,47%]
11. Temor	30 (62,5%)	[47,33%-75,68%]
12. Aflicción crónica	12 (25%)	[14,11%-39,89%]
13. Desesperanza	8 (16,67%)	[7,96%-30,76%]
14. Impotencia	38 (79,17%)	[64,6%-89,04%]
15. Riesgo de impotencia	7 (14,58%)	[6,54%-28,38%]
16. Baja autoestima situacional	2 (4,17%)	[0,72%-15,43%]
17. Riesgo de baja autoestima situacional	12 (25%)	[14,11%-39,89%]
18. Baja autoestima crónica	20 (41,67%)	[27,93%-56,72%]
19. Soledad	23 (47,92%)	[33,52%-62,64%]
20. Riesgo de soledad	20 (41,67%)	[27,93%-56,72%]
21. Síndrome de estrés-ansiedad	23 (47,92%)	[33,52%-62,64%]
22. Cansancio del rol de cuidador	12 (25%)	[14,11%-39,89%]
23. Riesgo de cansancio del rol de cuidador	2 (4,17%)	[0,72%-15,43%]
24. Déficit de actividades recreativas del cuidador	9 (18,75%)	[9,44%-33,10%]
25. Duelo	12 (25%)	[14,11%-39,89%]
26. Duelo complicado	4 (8,33%)	[2,70%-20,87%]
27. Riesgo de duelo complicado	12 (25%)	[14,11%-39,89%]
28. Trastorno de la imagen corporal	1 (2,08%)	[0,11%-12,47%]

¹ IC= Intervalo de confianza

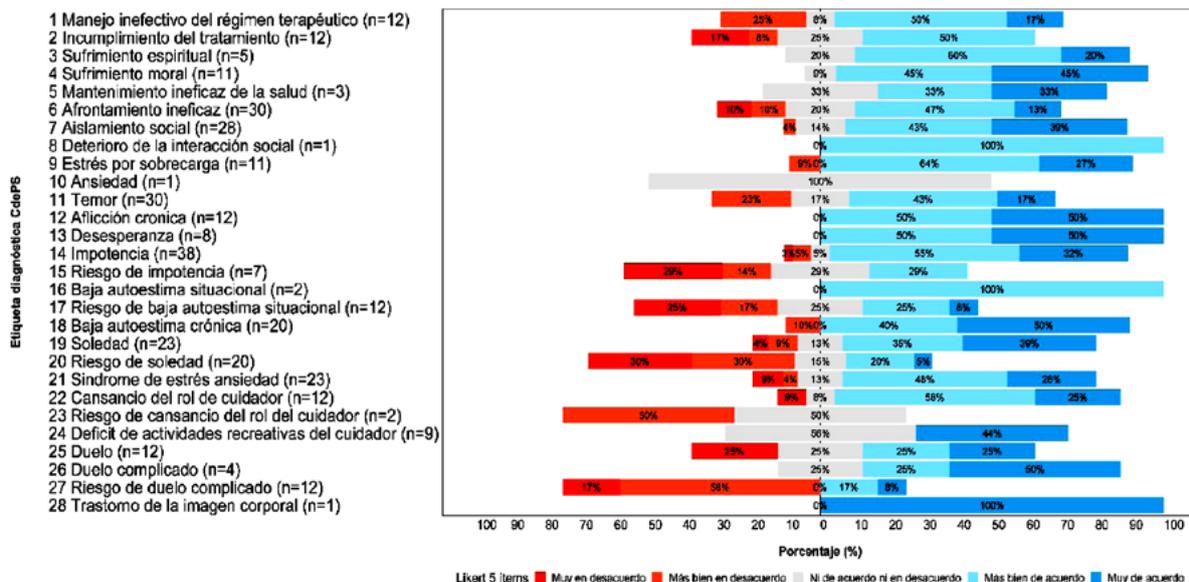


Figura 1. Porcentaje de acuerdo de personas afectadas con las etiquetas diagnósticas asignadas por CdePS

SFC, mediante el diagnóstico enfermero, adquiere especial relevancia.

Por otro lado, contrastar la etiqueta diagnóstica enfermera asignada con la persona afectada es una acción obligada en el proceso diagnóstico (16). No hacerlo expone al riesgo de cosificación de la persona, *"en un remedo de despotismo del cuidado en el que la persona no tiene voz"* (17, p.17).

Respecto a las limitaciones del estudio, la baja tasa de participación de las personas asociadas podría explicarse por las limitaciones que impone la enfermedad para realizar esfuerzos físicos y cognitivos, necesarios para cumplimentar el cuestionario. También es posible que el propio objeto de estudio, centrado en las etiquetas diagnósticas psicosociales, frenara la participación, interpretándose como un cuestionamiento del carácter real y causalidad fisiológica de la EM/SFC, en base a experiencias deslegitimadoras previas (18). El análisis del grado de acuerdo de las personas participantes con las etiquetas diagnósticas enfermeras asignadas por el CdePS se pensó como una forma de contrastar éstas con sus impresiones. Al basar la puntuación del acuerdo en la lectura de la definición de cada etiqueta, interpretación y aplicación a la situación propia, este

método tiene la limitación de que su ratificación o refutación, al margen del diálogo y colaboración con el profesional enfermero, podría resultar cuestionable. A pesar de ello, se considera que ha permitido una aproximación novedosa a lo que las personas estaban experimentando. Al mismo tiempo, el conocimiento referido a la prevalencia de etiquetas diagnósticas enfermeras psicosociales de personas afectadas de EM/SFC se ha considerado de utilidad para la elaboración futura de planes de cuidados estandarizados. Orientados por los resultados de esta investigación, permitirían guiar la atención enfermera, además de posibilitar nuevos estudios que midan el impacto de las intervenciones realizadas ante dichos problemas.

El elevado grado de acuerdo de las personas afectadas con las etiquetas asignadas por el CdePS parece poner de manifiesto la utilidad de esta herramienta para ayudar al profesional enfermero en la identificación de las necesidades de cuidados psicosociales, formulando propuestas diagnósticas contrastadas y ampliamente aceptadas por las propias personas, quienes corroboran y validan dichas experiencias como partícipes del juicio diagnóstico.

Bibliografía

1. Lim EJ, Ahn YC, Jang ES, Lee SW, Lee SH, Son CG. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME). *J Transl Med* [Internet]. 2020;18(1):1-15. [doi: 10.1186/s12967-020-02269-0](https://doi.org/10.1186/s12967-020-02269-0)
2. Nacul L, Authier FJ, Scheibenbogen C, Lorusso L, Helland IB, Martin JA, Sirbu CA, Mengs-hoel AM, Polo O, Behrends U, Nielsen H, Grabowski P, Sekulic S, Sepulveda N, Esté-vez-López F, Zalewski P, Pheby DFH, Castro-Marrero J, Sakkas GK, Capelli E, Brundsdlund I, Cullinan J, Krumina A, Bergquist J, Murovska M, Vermuelen RCW, Lacerda EM. European Network on Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (EUROMENE): Expert Consensus on the Diagnosis, Service Provision, and Care of People with ME/CFS in Europe. *Medicina (Kaunas)*. 2021 May 19;57(5):510. [doi: 10.3390/medicina57050510](https://doi.org/10.3390/medicina57050510).
3. CONFESQ, DOLFA, MANCHA, LA SSC, ASSESCA. Documento revisión "Guía de actualización en la valoración de Fibromialgia, Síndrome de Fatiga Crónica, Sensibilidad Química Múltiple y Electrosensibilidad 2ª edición". *Encefalomiелitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica*. Madrid: CONFESQ; 2021.
4. Committee on the Diagnostic Criteria for Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome; Board on the Health of Select Populations; Institute of Medicine. *Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Redefining an Illness*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2015 Feb 10.
5. NICE. Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy)/chronic fatigue syndrome: diagnosis and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021 Oct 29.
6. McManimen S, McClellan D, Stoothoff J, Gleason K, Jason LA. Dismissing chronic illness: A qualitative analysis of negative health care experiences. *Health Care Women Int*. 2019 Mar;40(3):241-258. [doi: 10.1080/07399332.2018.1521811](https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1521811).
7. American Nursing Association. *Nursing: Scope and Standards of Practice*. 3rd ed. Maryland; 2015.
8. Herdman TH, Kamitsuru S, Takáo Lopes C, editores. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación*. 2021-2023. 12aed. Barcelona: Elsevier España, S.L.U.; 2021.
9. Lunney M. Critical Need to Address Accuracy of Nurses' Diagnoses. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 2008 Ene;13(1).[doi: 10.3912/OJIN.Vol13No01PPT06](https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol13No01PPT06)
10. Brito-Brito PR, Rodríguez-Álvarez C, Sierra-López A, Rodríguez-Gómez JÁ, Aguirre-Jaime A. Diseño y validación de un cuestionario para el diagnóstico enfermero psicosocial en Atención Primaria. *Enferm Clin*. 2012 May-Jun;22(3):126-34. [doi: 10.1016/j.enfcli.2012.03.001](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.03.001).
11. Sanz-Sánchez I. Validación y adaptación de un instrumento de medida de funcionalidad biopsicosocial en el ámbito sanitario rural [Tesis doctoral]. La Laguna: Universidad La Laguna; 2017.
12. Brito PR, Aguirre A. *El diagnóstico psicosocial desde una perspectiva enfermera*. Barcelona: Elsevier España; 2014.
13. Fennell PA, Dorr N, George SS. Elements of Suffering in Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: The Experience of Loss, Grief, Stigma, and Trauma in the Severely and Very Severely Affected. *Healthcare (Basel)*. 2021 May 9;9(5):553. [doi: 10.3390/healthcare9050553](https://doi.org/10.3390/healthcare9050553).

14. Fricker M. Injusticia epistémica. El poder y la ética del conocimiento. Barcelona: Herder; 2017.
15. Radi B, Pérez M. Injusticia epistémica en el ámbito de la salud: perspectivas desde la epistemología social. Avatares Filosóficos. 2019; S1(5):117-30.
16. Gordon M. Assess Notes: Nursing Assessment & Diagnostic Reasoning. Philadelphia: F.A. Davis; 2008.
17. Guirao JA. Diagnosticar para cuidar. Correo AENTDE. 2008 Dic;11: 13-20.
18. Daniels J, Brigden A, Kacorova A. Anxiety and depression in chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME): Examining the incidence of health anxiety in CFS/ME. Psychol Psychother. 2017 Sep;90(3):502-509. [doi: 10.1111/papt.12118](https://doi.org/10.1111/papt.12118)