

**EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA: PERSPECTIVAS DE
INTERVENCIÓN**

TRABAJO DE GRADO

ADRIANA RUIZ ASTAIZA

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BOGOTÁ, D. C., ABRIL DE 2002

TABLA DE CONTENIDOS

TABLA DE CONTENIDOS	1
INTRODUCCIÓN	3
JUSTIFICACIÓN	6
OBJETIVO	9
Objetivo General	9
Objetivos Específicos	9
CONCEPTUALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA	10
¿Qué es el SFC?	10
Clasificación del SFC	14
Diferencias entre el CFIDS y la Fatiga Crónica Ordinaria	15
ETIOLOGÍA DEL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA	17
SÍNTOMAS INDICADORES DEL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA	22
Síntomas que Identifican la Fatiga	25
Factores Físicos	26
Factores Neurológicos	28
Factores Psicológicos	30
Otros Desórdenes Asociados con el Síndrome	31

DIVERSOS TIPOS DE INTERVENCIÓN Y SUS IMPLICACIONES EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES	49
Tratamiento Psicológico – Terapia Cognitiva Conductual	49
Terapia grupal	54
Tratamiento Farmacológico	78
Tratamiento de Terapias Alternativas	92
DISCUSIÓN	103
CONCLUSIONES	107
REFERENCIAS	110

Bogotá, Abril 2 de 2002

Señores:

COMITÉ DE TRABAJO DE GRADO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

CHÍA

Respetados señores:

Me complace presentar a ustedes mi trabajo final de grado, titulado:
“SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA: PERSPECTIVAS DE INTERVENCIÓN”,
el cual espero sea de interés y utilidad para nuestra facultad y a la vez cumpla
con las normas y requisitos exigidos por ustedes.

Cordialmente,

ADRIANA RUIZ ASTAIZA

C.C.52.019.380 de Bogotá

Bogotá, Abril 2 de 2002

Señores:

COMITÉ DE TRABAJO DE GRADO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

CHÍA

Respetados señores:

Atentamente me dirijo a ustedes para presentarles el trabajo final de grado titulado **“SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA: PERSPECTIVAS DE INTERVENCIÓN”**, el cual fue elaborado por **Adriana Ruiz Astaiza** identificada con cédula de ciudadanía 52.019.380 de Bogotá, quien terminó sus estudios en Diciembre de 1999.

Mi compromiso previo conocimiento del reglamento de grado de la facultad fue dirigir y supervisar los adelantos realizados durante el proceso de la investigación,

Cordialmente,

María Clara Rodríguez
Psicóloga Universidad de los Andes
C.C.41.590.847 de Bogotá
Tarjeta Profesional 744
Directora de trabajo de grado

EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA: PERSPECTIVAS DE INTERVENCIÓN

María Clara Rodríguez** Adriana Ruiz Astaiza

Palabras Claves: Fatiga Crónica, Intervención

El presente trabajo tuvo como propósito desarrollar una revisión teórica acerca de una nueva problemática que aqueja a personas con niveles elevados de estrés y dentro de sus características personales se puede evidenciar que son muy exigentes y perfeccionistas, se trata del Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) El objetivo de esta revisión es el de brindar alternativas conceptuales que faciliten el reconocimiento de esta problemática desde la perspectiva biopsicosocial. Inicialmente, se rastreó la literatura existente al año 2001. Posteriormente, se clasificó de acuerdo con las diferentes conceptualizaciones y se tuvieron presentes criterios según diferentes investigadores, contextos y cronología. La etiología se presenta de acuerdo con las teorías biológicas, psicológicas y sociales. Paralelo a este análisis, se discriminan los síntomas mas ampliamente reconocidos desde diferentes posturas. La intervención como eje central de este trabajo incluye la clasificación de resultados de investigación desde intervenciones de carácter tradicional dentro de las cuales las mas reconocidas son las farmacológicas y las psicológicas. Se dio un espacio también para las terapias alternativas, reconociendo que la eficacia de las intervenciones será un punto central en la investigación futura para los profesionales de la salud que asuman la responsabilidad compartida con la psicología para abordar esta problemática de manera integral.

El presente trabajo da cuenta de los estudios realizados sobre el “Síndrome de Fatiga Crónica”, haciendo énfasis en las diferentes definiciones, causas, síntomas y modelos de intervención (desde las diversas propuestas de los tratamientos) y sus implicaciones a nivel personal y familiar.

* Directora de Tesis, Psicóloga Universidad de los Andes, Docente Universidad de la Sabana, Magíster Investigación U. P. N.

El Síndrome de Fatiga Crónica ha sido motivo de estudio para los diversos terapeutas del área de la salud, quienes han tenido como objetivo mejorar la calidad de vida de quienes lo padecen, razón por la cual los psicólogos, sin importar el modelo que practiquen, realizan un esfuerzo mancomunado para que dichas personas puedan recuperar la homeostasis de: Ser potenciador de su desarrollo como personas “Bio-Psico-Sociales” que son.

Para lograr el desarrollo de la presente investigación se tuvieron en cuenta las observaciones y estudios de profesionales en las áreas de nutrición, medicina, psicología, psiquiatría, medicina alternativa y bioenergética para que sirvan de base a la creación de una teoría futura que sugiera un tratamiento para el Síndrome como tal y no como se desarrolla la intervención en la actualidad (tratando los síntomas por aparte) y de esta forma lograr lo que el Dr. David S. Bell propone en su libro “*Curing Fatigue*”: “Lo que tiene que ser la fatiga es una condición temporal” que puede ser producida por una cantidad considerable de factores.

Esta investigación se llevó a cabo con el fin de poner a disposición de los profesionales de la salud en relación con la definición y el diagnóstico adecuado lo que redundaría en una intervención oportuna del Síndrome y la prevención de episodios recurrentes que a largo plazo se convierten en una problemática crónica y persistente con altos costos profesionales, familiares y sociales y especialmente para los sistemas de salud.

La prevalencia de Fatiga Crónica en países industrializados muestran en un reciente estudio que el veinte por ciento de los adultos encuestados manifestaron estar atormentados por una fatiga persistente tan intensa que interfería con sus actividades diarias.

En Colombia, por el contrario ha sido subdiagnosticado, aspecto que se reconoce como importante e invita a los profesionales de la salud a atender a todas aquellas características que den indicadores claros sobre la posibilidad de estar enfrentados a un cuadro Síndrome de Fatiga Crónica (SFC), y a disponer de las herramientas conceptuales e instrumentales necesarias para atender de manera oportuna y eficaz con fines preventivos.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad la Psicología enfrenta un gran reto en el mundo moderno en el que las enfermedades tienen una dinámica diferente a las de hace algún tiempo. Anteriormente un terapeuta observaba su causa y tomaba una determinación sobre su tratamiento y la forma en que se le puede llegar a prevenir en un futuro. Hoy en día las problemáticas son un poco más complejas, en las que para su tratamiento entran en acción varias disciplinas que facilitan la comprensión y el diseño e implementación de diferentes estrategias de intervención.

Partiendo de este punto, se puede afirmar que la Psicología de la Salud no puede ser ajena a esta nueva problemática y al trabajo interdisciplinario, encontrando nuevos campos de investigación con el fin de esbozar nuevos conocimientos que dan paso a su vez a nuevas hipótesis y teorías que fortalecen el tratamiento interdisciplinario.

El Síndrome de Fatiga Crónica es una de las problemáticas que ha sido sub-diagnosticada ya que hasta el momento no se conoce la causa de dicha problemática y además es tan compleja que comparte sus síntomas con la fibromalgia y para muchos de los profesionales de la salud, la fatiga no es una enfermedad sino más bien una sensación que la persona puede experimentar después de diversas situaciones, como por ejemplo: Un deporte o un lapso de tiempo en el cual la persona se ha esforzado un poco más de lo normal.

En cuanto a la(s) causa(s) no se tiene un concepto definido ya que muchos investigadores afirman que el Síndrome de Fatiga Crónica puede ser de tipo genético, es decir, que se presenta en estas personas un desorden o alteración genética que las predispone a contraer la enfermedad. Otros afirman que es un desorden relacionado con la radiación, ya que las anomalías inmunológicas podrían ser por la constante exposición a las radiaciones iónicas bajo el nivel de las pruebas atmosféricas realizadas en la década de los 40. Por otra parte un grupo de investigadores sostiene que las personas evidencian historias de infecciones previas, que por lo general son procesos virales del tracto respiratorio alto y/o se han relacionado con el virus Epstein-Bar, Herpes y Sarampión y manejan unos niveles muy elevados tanto de fatiga como de estrés. Estas personas son propensas a padecer el síndrome, pero hasta el momento no se ha llegado a descubrir con certeza cuáles son sus verdaderas causas.

El Síndrome de Fatiga Crónica es tan complejo que la persona que lo padece experimenta un sinnúmero de síntomas que pueden presentarse en otras entidades, algunos de ellos podrían ser: Cefaleas, dolores musculares y articulares, dolor e inflamación en los ganglios linfáticos, entre otros. Estos y otros síntomas que padecen las personas también pueden presentarse en otras enfermedades, siendo éste otro punto que también atañe al diagnóstico del Síndrome de Fatiga crónica, razón por la cual el grupo interdisciplinario tratante debe analizar muy bien los síntomas y su duración, para lograr un correcto diagnóstico, ya que en el síndrome no hay un síntoma prevalente.

De aquí la importancia de un grupo de profesionales de la salud, como: Psicólogos, médicos (neurofisiatras, reumatólogos, neurólogos, psiquiatras, internistas), fisioterapeutas y nutricionistas que unan sus conocimientos y esfuerzos en pro del bienestar de las personas que padecen SFC.

Con esta revisión teórica se quiere hacer un llamado urgente a las disciplinas de la salud para que consoliden sus conocimientos y esfuerzos en pro de brindarle unas nuevas alternativas en la calidad de vida de las personas que están sufriendo el Síndrome de Fatiga Crónica y por otro lado, se fomente la investigación de carácter multidisciplinar. Esto claramente invita al reconocimiento como un primer paso en la aproximación a esta problemática, para posteriormente centrarnos en la identificación de factores potencialmente influyentes como paso previo al desarrollo de estrategias orientadas hacia estilos de vida más saludables que apoyen el pleno desarrollo del individuo.

El estado actual del desarrollo, muestra que la no intervención oportuna limita las posibilidades individuales y a la vez la centración en la implementación de estrategias de intervención que atienden especialmente al alivio de síntomas, sin obtener la repuesta que desde diferentes campos de la salud, se esperaría para casos como estos.

OBJETIVO

Objetivo General

Revisar desde la perspectiva biopsicosocial el Síndrome de Fatiga Crónica y analizar las implicaciones de la intervención.

Objetivos Específicos

Definir el Síndrome de Fatiga Crónica con el objeto de conocer esta nueva enfermedad.

Describir los signos y síntomas del síndrome con el fin de hacer más fácil su diagnóstico.

Describir las posibles causas del síndrome a fin de poder establecer un mejor tratamiento desde la intervención preventiva.

Analizar las diversas estrategias de tratamiento interdisciplinario.

Determinar las implicaciones de diferentes tipos de intervención a la calidad de vida del paciente y su familia.

Analizar la terapia cognitiva conductual como tratamiento efectivo y duradero para el Síndrome de Fatiga Crónica.

Determinar la importancia de un tratamiento interdisciplinario para el Síndrome de Fatiga Crónica.

Determinar los criterios diagnóstico del Síndrome de Fatiga Crónica.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

A continuación se hará una revisión teórica sobre la problemática del Síndrome de Fatiga Crónica (SFC), que aqueja a muchas poblaciones en el mundo. Para algunos profesionales de la salud es una condición crónica y compleja caracterizada por: la fatiga y el agotamiento. Para otros especialistas NO es un síntoma psiquiátrico sino neurológico, y lo definen como “la disminución de la actividad” cuando ya se ha iniciado, a diferencia de la astenia que es la sensación de incapacidad para iniciar una actividad, (Natelson, 2001). Los pacientes con SFC pueden llegar a sentirse exhaustos después de hacer el más ligero ejercicio. Con frecuencia deben funcionar en un nivel de actividades sustancialmente inferior al que tenían antes del comienzo de la enfermedad.

¿Qué es el Síndrome de Fatiga Crónica?

En la revisión que se encontrará a continuación, se observa que existen deferentes definiciones usadas por varios profesionales que han tratado de determinar sus características diferenciándolas de otras similares con las cuales comparten rasgos. Un ejemplo de esto está en la Asociación Norteamericana del Síndrome de Fatiga Crónica que ha intentado hacer una aproximación lo mas completa posible a su definición.

A continuación el análisis de varios intentos de definirlo.

- El Síndrome de Fatiga Crónica fue formalmente definido desde 1988 como una fatiga incapacitante, de al menos seis meses de duración y de etiología incierta. Recientes estudios han demostrado que

aproximadamente un veinte por ciento de las personas que acuden a la consulta médica padece este síndrome, que afecta las edades comprendidas entre los veinte y los cincuenta años, con mayor predominio en las mujeres, (Bellotti, 2001).

Otra posible definición se plantea en términos de síntomas, abarcando estos un amplio espectro. Mientras que la Asociación Norteamericana del Síndrome de Fatiga Crónica lo define como un desorden multisistémico que se caracteriza por una fatiga incapacitante, síntomas neurológicos y neuromusculares, trastornos cognitivos, desequilibrios neuroendocrinos y alteraciones inmunológicas, otros investigadores afirman que es una enfermedad muy seria, prácticamente desconocida pero ampliamente divulgada y reconocida en varias partes del mundo. También es conocida como Encéfalo Mielitis Miálgica, que significa Inflamación del sistema nervioso central y de los músculos. Otro nombre con el que es conocida es como Síndrome de Fatiga Post-viral ya que en algunas ocasiones se presenta después de una infección viral, pero también puede ocurrir que sin previo proceso viral, una persona contraiga la enfermedad, (Arbitrio, 1999).

-En el sentido estricto, la palabra Fatiga significa incapacidad para desarrollar actividades que implican algo de ejercicio indicando disfunciones neuromusculares y psicológicas; los pacientes con SFC que padecen depresión mayor obtienen puntajes menores en las pruebas de ejercicios físicos, (Russell, 2000).

La Asociación Norteamericana del SFC plantea que: “Se trata de un desorden caracterizado por un profundo cansancio o fatiga. La causa del SFC o Encéfalo Mielitis Miálgica no ha sido identificada aun y no hay pruebas clínicas que permitan identificarla; necesita ser identificada a través de un proceso de eliminación de otras posibles enfermedades, es decir por un proceso de exclusión.”, (Bellotti 2001). Además, hace referencia a la incidencia y al grupo poblacional más afectado según el Centro de control de enfermedades de Estados Unidos, siendo las mujeres de un nivel social medio alto que refleja una vida altamente competitiva y un perfil psicológico de auto-exigencia e hiperactividad, (Chalder, 2001). Hace la aclaración de que el SFC no es una enfermedad contagiosa, ni hereditaria, no se complica ni causa la muerte, a pesar de la debilidad general que provoca, (Wessely 2001)

La enfermedad rara vez se presenta en niños menores de 5 años y el comienzo de la enfermedad en niños entre 5 y 12 años de edad es usualmente gradual con períodos de exacerbación de ciertos síntomas. Durante la adolescencia, la aparición de la enfermedad es más aguda pero igualmente difícil de diagnosticar y los síntomas más comunes son: Fatiga, dolor de cabeza, dolores abdominales, musculares y articulares, vértigo, falta de concentración y pérdida de memoria. Alguna diferencia que se puede observar entre niños, adolescentes y adultos sería que en los niños los numerosos síntomas parecen tener casi la misma intensidad, en cambio en los adultos lo más común es encontrar unos más graves que otros.

Otra clara diferencia surge en los reconocimientos neurológicos: Los adultos tienen una clara percepción de sus habilidades y pueden fácilmente reconocer su pérdida de la memoria o la falta de concentración. Los niños no son tan conscientes de sus habilidades y estos síntomas se manifiestan con una progresiva dificultad en las tareas escolares, (Brace, 2000).

En 1988 se había propuesto una definición clínica provisional sobre el SFC, pero ésta no distinguía efectivamente el SFC de otros tipos de fatiga inexplicada, razón por la cual en 1993 una asamblea de investigadores del SFC decidió elaborar una nueva revisión, cuyo núcleo es un conjunto de pautas uniformemente aplicables para la evaluación clínica del SFC y de otras formas de fatiga.

En la definición revisada, que representa un punto de vista consensuado por muchos de los principales investigadores y clínicos del SFC y recoge informaciones aportadas por los representantes de grupos de pacientes, el Síndrome de Fatiga Crónica se trata como un subconjunto de la fatiga crónica, siendo ésta una categoría más amplia que se define como fatiga inexplicada que dura seis meses o más. A su vez, la fatiga crónica se trata como un subconjunto de la fatiga prolongada, que se define como fatiga que dura un mes o más.

Clasificación del Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) según la Fatiga

De acuerdo con la nueva revisión planteada por la Asociación Norteamericana del SFC, se han sugerido tres tipos de clasificación del SFC según la fatiga que sufran las personas.

Leve: Usted se cansa en ciertos momentos de casi todos los días, usualmente en las mañanas o temprano, después del medio día. Este sentimiento no le limita su trabajo general, pero usted tiene que ajustarse a él. Usted aprende a no programar nunca un evento ni a comprometerse con algo importante o complicado durante su “tiempo de descanso”.

Si está en su trabajo, tratará de evitar conferencias importantes o compromisos críticamente privados durante esas horas

Pocas personas ponen mucha atención a este tipo de cansancio, porque no persiste o realmente no interfiere con el trabajo. Afortunadamente, es tanto el más común como el más fácil de tratar.

Moderada: Usted se siente como si estuviera en el último día de un severo resfriado. Ya no está realmente enfermo, pero tampoco está saludable.

Usted siente una irritante y persistente fatiga que parece sacudirlo.

Mientras puede mantener un programa relativamente normal, no puede hacer planes para hacer mucho más. Las oportunidades son que cuando usted haya hecho el trabajo del día, no tendrá la energía o la ambición de hacer nada más arduo que operar el control remoto de su televisor. Este grado de cansancio pide atención médica.

Severa: Usted usualmente se despierta exhausto y sabe que no sentirá mejoría después de levantarse. La fatiga es el más imponente e importante elemento de su día. Después de esforzarse en unas pocas actividades, usted casi siempre cae exhausto en la cama. Hay unos pocos, si algunos, momentos cuando experimenta alguna real fuerza física. Trabajar es probablemente imposible y su vida social puede ser inexistente.

Es una vida reducida a lo básicamente esencial, si una acción no contribuye directamente a su supervivencia básica, usted no se molesta en hacerla.

Este grado de fatiga no es solamente el más difícil de sobre pasar, es también el más difícil de tratar. A menudo esto es derivado de una enfermedad médica. La fatiga severa no está limitada a quienes sufren el CFIDS, comúnmente requiere una seria intervención médica. (Bell, 1996.)

Diferencias Entre el Síndrome de Fatiga Crónica Inmune al Síndrome de Disfunción (CFIDS) y la Fatiga Crónica Ordinaria

Dentro de esta nueva revisión también se encontró que, aparte del SFC la Fatiga Crónica Inmune al Síndrome de Disfunción (CFIDS) presenta 2 diferencias importantes con la Fatiga Crónica Ordinaria.

- * **Primera: Severidad.** Para ser reconocida como una víctima del SFC, una persona debe experimentar un cincuenta por ciento de pérdida de actividad en un período de seis meses y el inicio de la fatiga debe ser nuevo y trazable en ese período, no una extensión de algo previo relacionado con fatiga.

* **Segunda: El Patrón de Síntoma.** Las personas pueden estar crónicamente fatigadas pero no tienen ningún otro síntoma; solamente se sienten cansados todo el tiempo. Las víctimas del CFIDS muestran patrones de otros síntomas coincidentes, (Balseiro, 2001).

Algunos autores estudiaron la prevalencia y características en 95 pacientes que sufrían el Síndrome de Fatiga Crónica, comparados con un grupo de enfermos crónicos, incluyendo artritis reumatoidea y esclerosis múltiple. Algunos pacientes con SFC mostraron una mayor prevalencia de abuso físico o emocional, generalmente por violación, (Van Houdenhove y colegas, 2001).

Como parte de un estudio de seguimiento en adolescentes con el SFC, se exploraron atribuciones y aptitudes de salubridad en 25 jóvenes (15 niñas y 10 varones) y sus padres. El 86.1% de estos adolescentes reportó uno o más problemas mórbidos. Las niñas demostraron problemas internos predominantemente, mientras que los hombres dominaron más la habilidad atlética y la participación en actividades recreativas. (Geenen y colegas; 2001) El grupo saludable produjo puntajes intermedios, (Brace y colegas, 2000 y Rangel 2001).

En el anterior análisis se puede observar que todavía no se ha llegado a una definición propia, ya se han presentado varias discrepancias en cuanto algunos profesionales de la salud opinan que es un desorden psiquiátrico, otros opinan que más bien es un desorden neurológico o que es una

enfermedad que se presenta después de un brote viral, sin poder llegar todavía a un acuerdo sobre qué es el SFC.

ETIOLOGÍA DEL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

A continuación se analizarán las posibles teorías que estudian las causas del SFC vistas desde varias perspectivas. La teoría que postula de un virus que ataca el cerebro antes que a la médula causando un efecto de cascada, o la teoría que plantea que el SFC puede ser genético. Por último, la teoría que afirma que el síndrome puede ser congénito, entre otras. Estas teorías han tratado de buscar una posible solución al problema de qué causa el SFC para dar una definición puntual y lograr una intervención más pronta para los pacientes, ya que hay un número considerable de personas que padecen el síndrome sin saberlo, posiblemente por encontrarse en sus etapas iniciales y cuyos síntomas pueden ser confundidos con otras enfermedades o incluso con la fatiga diaria.

La queja de fatiga es un desafío para los médicos ya que posee múltiples causas que van desde triviales hasta letales, y puede ser el primer síntoma de una enfermedad física o mental, de un estilo de vida insano, de una experiencia desagradable o de cualquier combinación de ellos. (Natelson, 2000)

Los médicos están entrenados para tratar las enfermedades, pero la historia nos ha demostrado que la fatiga ha sido considerada como un síntoma y no como una enfermedad, he ahí una de las causas por las cuales se les dificulta su diagnóstico. El médico necesita más claves, por esto él se inclina a hacer pruebas cuando el cansancio coincide con otros síntomas. Los

médicos conocen cientos de condiciones médicas que tienen a la Fatiga como uno de los síntomas. Por esta razón, conociendo simplemente que la fatiga está presente en su caso, rara vez ayuda al médico a decir por qué está allí. (Bell, 1996.)

En varias ocasiones los médicos relacionan la fatiga con entidades virales, cardiopulmonares, respiratorias y endocrinas, principalmente. Por esta razón se debe hacer énfasis en la encuesta sobre tópicos como historia y condiciones ocupacionales, medio ambiente familiar, patrones de ejercicio y reposo, uso y abuso de drogas. Además se debe tener en cuenta que existe una fuerte asociación entre fatiga y depresión, y por ende todas las entidades que la causan.

Algunos autores afirman que la persona “no necesita sentirse constantemente cansada por el resto de su vida” y lo que ella puede hacer es reemplazar la fatiga por energía, teniendo en cuenta que para cada persona fatiga y energía es diferente. Para algunas personas la fatiga puede ser: un bebé que ha llorado toda la noche y usted no pudo dormir, al día siguiente siente fatiga; un deportista después de una maratón, experimenta fatiga, etc. (Bell, 1996.).

Lo ideal es prestar atención a las señales que el cuerpo está enviando ya que no se está haciendo ningún bien al decir que no hay razón para estar fatigado ya que usted está durmiendo suficiente, comiendo bien y cuidando bien de su cuerpo. El cuerpo no miente. Cuando su cuerpo está crónicamente fatigado, algo anda mal, bien sea a nivel físico o psicológico.

Algunas personas sufren de fatiga implacable, simplemente porque ellas insisten en exigirse más a sí mismas y después afirman “yo no debería estar cansado“, es la historia que los doctores oyen con frecuencia en la consulta, pero también afirman “yo duermo cuatro horas cada noche y es lo que una persona necesita”. “Además, soy una persona muy ocupada, tengo cantidad de cosas que debo hacer y no me puedo permitir estar cansado”. Si ésta es la actitud, (exigirse más de lo que físicamente puede dar), la persona debe preguntarse a sí mismo si su cansancio es debido realmente a un problema físico o psicológico.

Hay algunas personas que padecen de fatiga crónica congénita. Ellos han estado cansados toda su vida. No saben lo que es no sentirse cansados. Pero la gran mayoría de aquellos afectados con la fatiga crónica iniciaron con una provisión regular de energía y vitalidad, pero a través de los años, de alguna forma se agotó –por causas tales como enfermedad, depresión, trabajo, relaciones, dietas, medio ambiente y un sin número de otros factores.

Generalmente las personas con fatiga se preguntan: “¿Por qué estoy cansado? “ Y no tienen ninguna clave para determinar el por qué, pero se puede observar que su pequeño almacenamiento de energía no les permite sortear a través de la multitud de causas potenciales para determinar lo que está socavando su energía.

Pero si se le pone atención a los signos y síntomas que el cuerpo está presentando, se puede descubrir en qué punto de la cadena fue donde se

interrumpió el paso de la energía. Así, cuando una persona se queja de fatiga general, esto puede ser debido a una interrupción fundamental en la dieta o a algo como una enfermedad que consume cantidades masivas de energía tan pronto como el cuerpo la produce. Por consiguiente, es prudente considera el conseguir energía de los alimentos ya que su cuerpo le permite procesar la comida y almacenar la energía producida por él. (Bell, 1998.)

Otra de las posibles causas del SFC podría ser que las personas evidencian historias de infecciones previas, que por lo general son procesos vírales del tracto respiratorio alto y se han relacionado con el virus de Epstein-Barr, Coxsackie B, Herpes, Citomgalovirus y Sarampión. Sin embargo hay otras sugerencias que afirman que el SFC es producido por un alto nivel de fatiga (Bell, Dorev y Freid, 1990) o que puede ser causado por unos niveles demasiado altos de estrés (Merrillo y Gellman, 1998), el Dr. Richarson (1966) cree que un entero-virus parecido al que es el causante del polio podría ser la raíz de la enfermedad y el Dr. Behan (1990) opina que el virus es una forma mutada del polivirus que ataca al cerebro antes que a la médula espinal, causando un “efecto de cascada”.

En 1998 y 1999, Schondorf y Streeten citados por Natelson desplegaron la teoría de que el SFC podría ser un desorden relacionado con la radiación, ya que las anomalías inmunológicas podrían ser por la constante exposición a radiaciones iónicas de bajo nivel de las pruebas atmosféricas realizadas en la década de 1940, sugiere que la radiación podría

operar sinérgicamente con otros factores ambientales como: contaminación industrial, carcinógenos en productos de consumo entre otros.

Otra posible teoría enfatiza su carácter genético. Los proponentes de esta teoría sostienen que las personas con SFC tienen un defecto genético que los predispone para contraer la enfermedad. Sin embargo, a la fecha no se ha encontrado ningún marcador genético y esta teoría permanece todavía para ser validada. Naturalmente, tampoco se ha encontrado el desorden genético que lo provoque.

Según un estudio realizado en el departamento de "Infectious of G. D' Annunzio' University" otra de las posibles causas del SFC podría ser que la persona ha estado expuesta por un determinado tiempo a sustancias tóxicas y químicas como por ejemplo: comida en descomposición, pesticidas, solventes entre otros. Este estudio arrojó datos interesantes como: que las personas que han estado expuestas a sustancias tóxicas presentaron anomalías en su hipotálamo,(Visser 2001).

No se ha podido llegar a una conclusión definitiva, a pesar de tener investigaciones en diversos contextos que han apoyado las diferentes teorías, y dado que su origen y síntomas son tan complejos, es hasta este momento cuando se ha reconocido como un gran problema que está afectando a más personas de lo que se conocía hace unos años, pero para fortuna de quienes lo padecen, ya hay profesionales trabajando en las causas que producen el síndrome con el fin de ayudar al paciente, facilitando su tratamiento, ya que

éste se basaría en la causa y no como hasta ahora, con cada uno de los síntomas.

SÍNTOMAS INDICADORES DEL SFC

En este capítulo se encontrará un análisis de los síntomas que determinan el Síndrome de Fatiga Crónica. Estos Síntomas van desde leves hasta incapacitantes. La recuperación de las personas parece estar ligada con los síntomas que afectan el área neurológica. El SFC presenta un sin número de síntomas tanto en las áreas físicas, neurológicas como psicológicas que son tan complejos que requieren de un equipo interdisciplinario que los trate.

Uno de los factores más traumáticos de padecer fatiga crónica es que la persona no pueda saber cuán cansado está y cuánta vida está perdiendo ya que la fatiga crónica se desarrolla gradualmente.

Los síntomas y su intensidad varían de una persona a otra, razón por la cual las personas tienen que visitar varios especialistas antes de llegar a obtener un diagnóstico claro. Este síndrome en varias ocasiones se ha diagnosticado por exclusión, es decir, ir descartando otras posibles enfermedades.

La denominación “síndrome de fatiga crónica” es inespecífica pero adecuada para una enfermedad cuyos síntomas como: la fatiga y el agotamiento son los síntomas más llamativos y constantes. La fatiga probablemente es el síntoma más extendido y el más grave sólo en la mitad de los pacientes. Para los demás, los síntomas más severos son las cefaleas, los dolores musculares, los dolores articulares, los trastornos de la visión, las

perturbaciones emocionales, la pérdida de memoria, la confusión, el dolor en los ganglios linfáticos o el dolor abdominal. Cada síntoma por separado puede presentarse con mayor o menor intensidad, pero en conjunto el cuadro permanece notablemente invariable. Estos síntomas pueden ser totalmente incapacitantes y persistir durante años, o pueden ser leves hasta el punto de significar tan solo una molestia.

El examen físico sólo pone de manifiesto ligeras anomalías, tales como inflamación de garganta o sensibilidad dolorosa de los músculos y ganglios linfáticos. Verdaderamente llama la atención que un paciente pueda encontrarse tan mal con un aspecto exterior relativamente bueno. Al igual que el examen físico, las evaluaciones usuales de laboratorio sólo descubren anomalías mínimas o ninguna. Hay pruebas complejas de laboratorio que pueden arrojar resultados anormales, pero son difíciles de interpretar para la mayoría de los médicos y apenas se les ha prestado atención. La conjunción de múltiples y fuertes padecimientos somáticos con sólo leves anomalías en el examen físico y en las pruebas usuales de laboratorio es la razón de que muchos médicos hayan desestimado esta enfermedad tildándola de hipocondría, (Butler, 2001).

La irrupción del SFC como enfermedad fue reportada a principios de la década de 1930 en Europa septentrional y en Norte América. En 1934, en Los Ángeles, afectó a 198 trabajadores de asistencia de salud, en las primeras semanas fue diagnosticada como “polio”, ya que su irrupción siguió a una epidemia de poliomiелitis. Pero este diagnóstico fue revisado cuando

los doctores notaron que, a diferencia del polio, esta nueva dolencia no causaba ni parálisis ni la muerte, pero sí producía síntomas como: dolor de cabeza, fatiga fácil (especialmente después de ejercicio), pérdida de apetito, disturbios intestinales, sudoración, escalofríos, rigidez en la espalda y cuello, debilidad, dolores, insomnio, falta de memoria, cambios de comportamiento y pérdida del cabello. Esta enfermedad tendía a atacar sorpresivamente, con un período de incubación de menos de una semana, aunque también se observaron insidiosas arremetidas pocas semanas después, produciendo un juego de síntomas que permanecían intensos y variables en los primeros 6 meses, volviéndose entonces crónicos y relativamente estables.

El Dr. Alexander Gillian (1934), el epidemiólogo quien informó de la irrupción, anotó “si la enfermedad no es poliomiélitis, la epidemia presenta un cuadro clínico y epidemiológico igualmente extraordinario, el cual, por mucho, no tiene paralelo”.

Las personas que padecen el SFC afirman que el comienzo de la enfermedad, para la mayoría de ellos en los seis primeros meses de la enfermedad son un período de indescriptible turbulencia; la cronicidad de los síntomas, la confusión, las numerosas consultas médicas y chequeos clínicos cuyos resultados muestran estar dentro de los valores normales, la dificultad para dar con el diagnóstico acertado y un tratamiento eficaz, los cambios y fluctuaciones en los síntomas, los problemas laborales, sociales y familiares que el desconocimiento de esta enfermedad causa. Todo esto contribuye a

crear una especie de pesadilla diurna en la que el enfermo se siente inmerso, como si todo esto fuera un mal sueño del que es imposible despertar y que además, los períodos de exacerbación de los síntomas son extremadamente difíciles de resistir, no solamente por los dolores, malestares y limitaciones que provocan, sino también por el temor que engendran. El paciente teme que la enfermedad pueda agravarse viendo amenazada su calidad de vida.

Durante las recaídas hay una notable exacerbación de la sintomatología. Los factores desencadenantes de estas crisis pueden estar relacionados con una infección viral o bacteriana, una reacción alérgica, estrés, cambios hormonales o excesivo ejercicio físico. En algunos casos estas recaídas no tienen un manifiesto antecedente. De ahí que para muchos especialistas sea importante cuestionar cuidadosamente a sus pacientes acerca del tipo de síntomas que han experimentado.

El SFC es un síndrome, que significa que deben estar presentes múltiples síntomas. Muchos de estos síntomas son reflejo de un desorden nervioso autonómico; otros son indicadores de una infección viral persistente. Lo que es importante para el doctor no es necesariamente que usted tenga todos los síntomas, o aún un cierto porcentaje, sino que cubran un espectro. Los síntomas que la mayoría de los profesionales de la salud consideran particularmente más importantes son fatiga implacable, persistente e inhabilitadora, dolor, desórdenes de sueño y problemas cognitivos. Otros síntomas pueden ocurrir en un pasmoso orden. Aun si los pacientes no

tienen todos los síntomas, es altamente improbable que se pueda hacer un diagnóstico basado solamente en uno o dos.

Síntomas que Identifican la Fatiga

A continuación vamos a explicar algunos de los síntomas que pueden ayudar a identificar la fatiga:

Simple Cansancio. Usted realmente desea sentarse y tomar un respiro de más o menos una hora; usted está seguro de sentirse bien luego. También sabe que puede empujarse a sí mismo a través de la fatiga, sin mucha dificultad y que usualmente se siente mejor haciendo un esfuerzo en vez de entregarse a la fatiga.

Somnolencia. Esto es bien diferente a la fatiga física y la distinción es importante. Usted no se siente especialmente cansado durante sus actividades regulares, pero tan pronto como se sienta en el coche, se siente abrumado por el sueño. Cuando se despierta, está refrescado y listo para reasumir su día.

Apatía y Aburrimiento. Nada parece valer el esfuerzo cuando usted sufre de fatiga abrumadora y duradera. No puede pensar en alguna buena razón para hacer algo. Puede caminar y aun trabajar, pero simplemente no tiene ganas de hacerlo. No es que usted sea perezoso; sencillamente, ¡no hay motivación!

Enfermedad de Fatiga. Usted está físicamente enfermo. Es como si tuviera gripe. Su cansancio está acompañado por dolor de músculos y quizá

dolor de cabeza, dolor de espalda o garganta adolorida. Hacer cualquier clase de trabajo, aun un leve ejercicio, sólo lo hace sentirse peor.

Como ya se había mencionado, para un mejor entendimiento los síntomas se pueden dividir en tres grandes grupos:

Factores Físicos

Varios investigadores afirman que el SFC presenta varios síntomas no específicos como por ejemplo: Debilidad, dolor muscular y fatiga, somnolencia o insomnio, malestar, confusión, tristeza, dolor de garganta, fiebre, etc., razón por la cual quienes sufren de SFC pueden quedar en coma y discapacitados por un tiempo prolongado. Las personas se sienten como si estuvieran bajo los efectos de una fuerte resaca, sumada a una constante gripa, dolor muscular y agotamiento extremos; estos síntomas pueden durar semanas, meses o hasta años.

De acuerdo con los parámetros suministrados por el Centro de control y Prevención de Enfermedades (CDC) con sede en los Estados Unidos de Norteamérica, máximo ente epidemiológico rector a nivel mundial, se estaría frente a un cuadro de SFC/EM cuando:

- El paciente sufre fatiga durante por lo menos seis meses.
- Los síntomas conllevan una reducción del cincuenta por ciento de su rendimiento habitual
- Cuando dicha afección no esté relacionada con otra enfermedad de síntomas similares.

- La fatiga general sea prolongada (es decir, por un espacio de 24 horas o más) después de cualquier actividad que pueda ser fácilmente tolerada antes del inicio de la enfermedad.
- En cualquier otra infección ordinaria, los síntomas desaparecen después de unos pocos días, pero en el SFC/EM, la fatiga y otros síntomas reaparecen o persisten durante meses o hasta años.
- Algunas personas experimentan un síntoma particular todo el tiempo, mientras que otros lo experimentan en forma intermitente. Algunos síntomas ocurren cíclicamente y otros en forma aleatoria.
- La severidad de los síntomas varía de un paciente a otro; algunas personas con SFC/EM pueden estar totalmente discapacitadas y otros sólo simplemente molestos.
- La intensidad o gravedad de la sintomatología se puede ver exacerbada por un incremento de la actividad.

Fatiga:

Náuseas

Debilidad muscular generalizada

Diarrea, constipación, dolores abdominales

Dolores:

Cefalea

Dolor de garganta

Dolores musculares y de las articulaciones

Malestar:

Fiebre leve

Intolerancia visual a la luz

Sudor, sensibilidad al frío y calor

Alergias

Caídas del cabello

Rash cutáneo y/o enrojecimiento de la piel

Presión en la nuca

Baja presión sanguínea

Infecciones y enfermedades recurrentes

Aumento o pérdida de peso

Sequedad en la boca y en los ojos

Candidiasis

Inflamación de los ganglios linfáticos

Intolerancia al alcohol, (Verrillo, Gellman, 1998; Arbitrio, 1999; Bell, 1999).

Factores Neurológicos

Otro tipo de síntomas que se pueden tomar en consideración son los síntomas neurológicos, los que tienen relación con el sistema nervioso central (SNC) ya que de él se pueden derivar estados incapacitantes. La persona que padece del SFC, ya que pueden implicar órganos como cerebro, médula espinal y nervios periféricos; algunos ejemplos de los síntomas discapacitantes son: vértigo, pérdida de la memoria inmediata, trastornos cognitivos y el más común sería el intenso dolor de cabeza.

Para pacientes infantiles estos síntomas son muy leves y por consiguiente, para ellos es más fácil superarlos y de esta forma estos síntomas no compiten con los más serios, como por ejemplo: el malestar y la fatiga.

Aunque los neurólogos han sido renuentes a reconocer y describir el patrón y la frecuencia con que aparecen estos síntomas y aunque se sabe que en el SFC la presencia de trastornos neurológicos parece ser proporcional al grado de fatiga que experimenta el paciente. Igualmente no describen ni reconocen el patrón de los síntomas dado que son de naturaleza relativamente no específica, sin fomentar anomalías físicas mostrando exámenes de laboratorio normales.

Se ha observado que el grado y la progresión de los síntomas neurológicos son quizá la pauta más importante para diagnosticar el SFC. Por otro lado, se ha observado que en pacientes que presentan un agudo comienzo de la enfermedad y el subsiguiente desarrollo en forma secundaria de síntomas neurológicos, puede dársele un buen presagio sobre la resolución de la enfermedad en los próximos años.

Una de las primeras señales claves para la solución está dada por el progreso o mejoría en los síntomas neurológicos, pero hay que tener en cuenta si el paciente presenta graves síntomas neurológicos al comienzo de la enfermedad, o si hay un firme empeoramiento de los mismos durante los primeros dos o tres años, los cambios de recuperación decaen, aun si los síntomas generales o físicos mejoran.

A continuación se citan varios síntomas que clasifican en esta categoría y aproximadamente el noventa y siete por ciento de los pacientes del SFC experimentan con más frecuencia por lo menos alguno de estos síntomas neurológicos:

- * Dolores de cabeza: Confusión, incapacidad para pensar con claridad.
- * Dificultad de concentración: Trastornos del sueño; Sueño no reparador: Debilidad muscular; Insomnio - Somnolencia.
- * Pérdida de la memoria Inmediata: Desorientación espacial; Dolor de oído; Afasia.
- * Vértigos, mareos, zumbido en los oídos: Trastornos en la visión;
- * Discalculia: Fotofobias: Trastornos en coordinación motriz
- * Parestesia.
- * La Fatiga y Dolor como Síntomas Neurológicos. (Arbitrio, 1999).

Factores Psicológicos

El SFC suele tener un impacto devastador en el estado emocional de la persona, la angustia es algo muy difícil de soportar.

Se ha observado que se van creando condiciones que llevan al aislamiento social, produciendo una ruptura en la unidad bio-psico-social de las personas.

Es importante recordar que los estados emocionales pueden ser generados por disturbios puramente orgánicos (químicos), es igualmente

importante tener en cuenta que la línea entre los problemas psicológicos y fisiológicos no está bien establecida. En realidad, los dos están entrelazados, cada uno alimentándose, soportando y proveyendo las bases del otro. Ambos necesitan ser atendidos a fin de mantener un sentido de equilibrio emocional.

Algunos de los síntomas emocionales que se observan en pacientes con SFC son:

Ansiedad

Depresión

Estrés

Trastorno del sueño

En ésta como en cualquier otra enfermedad crónica, el contenido y el acompañamiento terapéutico, para el paciente y su entorno más próximo se hace imprescindible para poder sostenerse íntegramente mientras dure la enfermedad.

Hay una gama muy amplia de sensaciones, sentimientos y emociones que acompañan el largo proceso del SFC/EM. Estos varían de un paciente a otro, a partir de las circunstancias personales de vida familiar y/o sociales. Entre las muchas emociones emergentes las más características podrían ser:

Tristeza, angustia, desesperación, agobio, culpa, incomprensión, aislamiento, soledad, desconcierto, dependencia, incertidumbre, confusión, auto-centración, egocentrismo, debilidad, enojo, miedo, insensibilidad, resignación, esperanza, alivio, etc.

El 30% de las personas que padecen del SFC han presentado por lo menos un episodio de depresión mayor antes del inicio del síndrome, aunque se observan otros síntomas de gran importancia el de mayor frecuencia es la depresión, razón por la cual podemos decir que el síndrome es insinuado por características como el ritmo y la duración de la depresión.

Otros Desórdenes Asociados. A continuación se encontrarán unos desórdenes que están asociados con el SFC:

Sueño. Es notorio que esta causa común de fatiga sea a menudo pasada por alto. Teóricamente su papel es bastante lógico: Usted está cansado porque no ha dormido bien o lo suficiente. Pero puede no ser fácil precisar las razones de su perturbación del sueño. Esto puede ser debido a causas simples, tales como mucho ruido o luz, o a un desorden del sueño como apnea o narcolepsia.

En algunos casos, el insomnio es un derivado de otra condición, tal vez un problema de vejiga que requiere que usted se levante varias veces durante la noche para ir al baño. El exceso de bebida también contribuye a un sueño pobre, tanto como la confianza en las drogas, incluyendo las píldoras para dormir.

El sueño relacionado con fatiga usualmente es secundario a problemas conocidos de sueño y es segundo o tercero en la lista de síntomas.

Estrés y emociones. El estrés es tan importante en la vida como respirar y esto no es del todo malo. En efecto, es necesaria una cierta cantidad de estrés –esto nos conserva ágiles y sobre nuestros pies.

Pero el estrés y otras condiciones emocionales, en efecto, consumen una gran cantidad de energía. Y cuando está colmado el estrés, el cuerpo se cierra justo como un fusible doméstico o un corto circuito, y nos volvemos apáticos, agotados y exhaustos.

La labor descansa en aprender a manejar este estrés en vez de que ellos nos manejen. Como la presión sanguínea y la temperatura corporal, existen emociones dentro de cada uno de nosotros y pueden ser leídas y medidas, analizadas y clasificadas. Pero esto toma tiempo y una visión objetiva de nuestro propio estado emocional.

Depresión. Aun cuando la depresión es una condición emocional, puede ser debilitante y puede conducir a muchos comportamientos auto-destructivos que merecen atención especial.

Pérdida de concentración. La pérdida de concentración es uno de los más comunes –y serios - problemas cognitivos que afectan a las personas con SFC. Los problemas en este campo pueden afectar significativamente el comportamiento en el trabajo. Una causa de los problemas de concentración es una pérdida de comprensión de cualquier información auditiva o visual. El cerebro retrasa y bien procesa lentamente la nueva información o la omite completamente. Cuando el ingreso es auditivo, ahí parece haber pérdida de la información de orientación inicial. La persona puede estar oyendo pero la información simplemente no se registra; como consecuencia, la persona no puede enfocar o sacarle sentido a lo que sigue. Algunas

veces una demora en procesar resultados en pausas más largas que las usuales hace una respuesta verbal incorrecta. Las demoras en el proceso también pueden producir un empañamiento del turno conversacional, resultando en interrupción y aparente inseguridad. A menudo, la información debe ser repetida varias veces antes de ser registrada.

El proceso visual también puede estar significativamente demorado. El material puede ser leído muchas veces antes de ser absorbido y algunas veces las palabras de una frase no hacen sentido, especialmente si la sintaxis es complicada o el significado ambiguo. El Dr. Byron Hyde, cree que la pérdida de la comprensión asociada con el SFC se debe a una disfunción en el área de la circunvolución angular en la región izquierda posterior del lóbulo parietal, un área del cerebro que procesa e interpreta tanto la información visual como la auditiva. Sin embargo, la disfunción en la parte posterior del lóbulo temporal también ha sido notada con la misma frecuencia.

Pérdida de la memoria por corto tiempo. La pérdida de la memoria por corto tiempo puede presentar serias dificultades. Las personas que olvidan por qué entraron a un cuarto pueden olvidar también hacia dónde se dirigen. Las personas simplemente olvidan lo que están haciendo y por qué. El problema puede volverse tan severo que esas personas no podrán ser capaces de terminar una frase. La pérdida de memoria puede manifestarse también en la pérdida de

habilidad para recordar nombres o caras de personas (agnosia facial). Las personas con estos problemas pueden encontrar difícil identificar a los amigos, parientes, estudiantes o compañeros de trabajo, especialmente si ellos tienen que llamarlos con una rápida identificación; aún las personas y lugares mejor conocidos repentinamente pueden parecer extraños y no familiares. Los problemas con la memoria y el aprendizaje son asociados tradicionalmente con la disfunción del hipocampo, aunque otras estructuras en y alrededor del sistema marginal también pueden estar involucradas,(Dobbs 2001).

Multitareas. La secuencia multitarea está relacionada al trabajo en secuencia. Las personas con problemas de multitareas pueden encontrar difícil seguir las instrucciones paso por paso, preparar los alimentos siguiendo una receta, o ejecutar tareas que requieran una serie de acciones separadas. Volver a colocar objetos que se mantienen unidos, por ejemplo, un salero y un palito de mantequilla, puede ser imposible si el impedimento es severo. Las personas también pueden perder habilidad para buscar números en un directorio telefónico o palabras en un diccionario. Los niños con SFC pueden apenarse particularmente de hacer estas tareas, olvidar el orden alfabético y encontrar o recordar números en secuencia. Los jóvenes también experimentan problemas significativos como un resultado en la escuela. Los adultos pueden experimentar también

similar disminución en aprender una habilidad, particularmente si la información es compleja. Las personas con multitareas y problemas de procesos simultáneos son fácilmente distraídos y necesitan mantener al mínimo el ingreso de información cuando están haciendo las tareas necesarias o requeridas. Ellos no escucharían el radio mientras conducen. Ellos evitarían una llamada telefónica, conferencia o reuniones con muchas personas. Si las multitudes, centros comerciales, grandes eventos y fiestas disparan los síntomas, estos ambientes podrían ser evitados o podría crearse un área pequeña en la cual la persona pueda permanecer estacionaria mientras los demás circulan.

Reversiones lingüísticas (pseudodislexia.) Las personas con SFC estructuran rutinariamente al revés los elementos lingüísticos. Comúnmente reversan el orden de la palabra, el orden de las letras (cuando escriben a máquina o a mano), el orden del sonido inicial (cuando hablan), y aun el orden de la frase en un párrafo, resultando una serie de digresiones aparentemente desconectadas más que un flujo lógico de ideas. Cual quiera de estos problemas pueden proceder de disfunciones en la etapa final de la capacidad lingüística, lo cual se considera ocurre en el área motor suplementaria del cerebro. Esta área, profundamente localizada dentro del pliegue central que separa los dos hemisferios, actúa como una clase de área de posesión para el

arreglo final lingüístico. Los problemas allá resultan en problemas de ordenar en corto tiempo palabras o letras.

Las disfunciones en el lóbulo temporal izquierdo (aproximadamente arriba del oído izquierdo) también causan problemas significativos en la producción lingüística. Las verdaderas dislexia y afasia son el resultado de daño permanente en esta área, razón por la cual los problemas temporales derivados del SFC son referidos como “pseudo”.

Búsqueda de palabras (pseudoafasia.) Otro problema lingüístico para los pacientes con SFC es la búsqueda de palabras. Comúnmente las palabras usadas son difíciles de recobrar y, cuando finalmente son pronunciadas, pueden sonar y aun ser erradas. A menudo una palabra con sonido similar es sustituida incorrectamente por la “pérdida” de la palabra o una respuesta puede ser completamente impropia. La persona que habla puede no notar estos errores, en algunos casos resultando en la pérdida significativa de la habilidad de comunicación. La mayoría de estos problemas de recuperación están relacionados con la falta de flujo sanguíneo en el lóbulo parietal izquierdo, la parte del cerebro responsable de la mayoría de las tareas orientadas al lenguaje.

Problemas matemáticos (discalculia.). Los problemas con las matemáticas están corrientemente en el área de la disfunción cognitiva. Las personas tienen dificultad para consolidar las

chequeras, seguir horarios, adicionar columnas o cifras y especialmente, restar. Como consecuencia, el trabajo que requiere mucho cálculo, tal como preparar impuestos, puede convertirse en tan estresante que puede inducir a una recaída. Las personas con SFC frecuentemente tambalean o caen durante el examen de Romberg si también se les solicita que de 100 hagan restas por 7s. La discalculia está asociada con disfunción en el lóbulo temporal, (Verrillo, Gellman, 1999.).

No se puede llegar a una solución definitiva, a pesar de que estas teorías son muy válidas cada una dentro de su contexto pero dado que sus orígenes y síntomas son tan complejos y tan poco conocidos que hasta este momento es cuando se ha reconocido como un grave problema que está afectando a más personas de lo que se conocía hace unos años, pero para fortuna de quienes lo padecen, ya hay profesionales de la salud trabajando en buscar soluciones concretas para el tratamiento del síndrome como tal.

Síntomas que Identifican la Fatiga

A continuación vamos a explicar algunos de los síntomas que pueden ayudar a identificar la fatiga:

Simple Cansancio. Usted realmente desea sentarse y tomar un respiro de más o menos una hora; usted está seguro de sentirse bien luego. También sabe que puede empujarse a sí mismo a través de la fatiga, sin mucha dificultad y que usualmente se siente mejor haciendo un esfuerzo en vez de entregarse a la fatiga.

Somnolencia. Esto es bien diferente a la fatiga física y la distinción es importante. Usted no se siente especialmente cansado durante sus actividades regulares, pero tan pronto como se sienta en el coche, se siente abrumado por el sueño. Cuando se despierta, está refrescado y listo para reasumir su día.

Apatía y Aburrimiento. Nada parece valer el esfuerzo cuando usted sufre de fatiga abrumadora y duradera. No puede pensar en alguna buena razón para hacer algo. Puede caminar y aun trabajar, pero simplemente no tiene ganas de hacerlo. No es que usted sea perezoso; sencillamente, ¡no hay motivación!

Enfermedad de Fatiga. Usted está físicamente enfermo. Es como si tuviera gripe. Su cansancio está acompañado por dolor de músculos y quizá dolor de cabeza, dolor de espalda o garganta adolorida. Hacer cualquier clase de trabajo, aun un leve ejercicio, sólo lo hace sentirse peor.

Como ya se había mencionado, para un mejor entendimiento los síntomas se pueden dividir en tres grandes grupos:

Factores Físicos.

Varios investigadores afirman que el SFC presenta varios síntomas no específicos como por ejemplo: Debilidad, dolor muscular y fatiga, somnolencia o insomnio, malestar, confusión, tristeza, dolor de garganta, fiebre, etc., razón por la cual quienes sufren de SFC pueden quedar en coma y discapacitados por un tiempo prolongado. Las personas se sienten como si estuvieran bajo los efectos de una fuerte resaca, sumada a una constante

gripa, dolor muscular y agotamiento extremos; Estos síntomas pueden durar semanas, meses o hasta años.

De acuerdo con los parámetros suministrados por el Centro de control y Prevención de Enfermedades (CDC) con sede en los Estados Unidos de Norteamérica, máximo ente epidemiológico rector a nivel mundial, se estaría frente a un cuadro de SFC/EM cuando:

- El paciente sufre fatiga durante por lo menos seis meses.
- Los síntomas conllevan una reducción del cincuenta por ciento de su rendimiento habitual
- Cuando dicha afección no esté relacionada con otra enfermedad de síntomas similares.
- La fatiga general sea prolongada (es decir, por un espacio de 24 horas o más) después de cualquier actividad que pueda ser fácilmente tolerada antes del inicio de la enfermedad.
- En cualquier otra infección ordinaria, los síntomas desaparecen después de unos pocos días, pero en el SFC/EM, la fatiga y otros síntomas reaparecen o persisten durante meses o hasta años.
- Algunas personas experimentan un síntoma particular todo el tiempo, mientras que otros lo experimentan en forma intermitente. Algunos síntomas ocurren cíclicamente y otros en forma aleatoria.
- La severidad de los síntomas varía de un paciente a otro; algunas personas con SFC/EM pueden estar totalmente discapacitadas y otros sólo simplemente molestos.

- La intensidad o gravedad de la sintomatología se puede ver exacerbada por un incremento de la actividad.

Fatiga:

Náuseas

Debilidad muscular generalizada

Diarrea, conspiración, dolores abdominales

Dolores:

Cefalea

Dolor de garganta

Dolores musculares y de las articulaciones

Malestar:

Fiebre leve

Intolerancia visual a la luz

Sudor, sensibilidad al frío y calor

Alergias

Caídas del cabello

Rash cutáneo y/o enrojecimiento de la piel

Presión en la nuca

Baja presión sanguínea

Infecciones y enfermedades recurrentes

Aumento o pérdida de peso

Sequedad en la boca y en los ojos

Candidiasis

Inflamación de los ganglios linfáticos

Intolerancia al alcohol. (Verrillo, Gellman, 1998; Arbitrio, 1999; Bell, 1999, Gómez, 1998.)

Factores Neurológicos

Otro tipo de síntomas a tener en cuenta son los síntomas neurológicos, los que tienen relación con el sistema nervioso central (SNC) ya que de él se pueden derivar varios síntomas discapacitantes para la persona que padece del SFC, ya que pueden implicar órganos como cerebro, médula espinal y nervios periféricos; algunos ejemplos de los síntomas discapacitantes son: vértigo, pérdida de la memoria inmediata, trastornos cognitivos y el más común sería el intenso dolor de cabeza.

Para pacientes infantiles estos síntomas son muy leves y por consiguiente, para ellos es más fácil superarlos y de esta forma estos síntomas no compiten con los más serios, como por ejemplo: el malestar y la fatiga.

Aunque los neurólogos han sido renuentes a reconocer y describir el patrón y la frecuencia con que aparecen estos síntomas y aunque se sabe que en el SFC la presencia de trastornos neurológicos parece ser proporcional al grado de fatiga que experimenta el paciente, tampoco describen ni reconocen el patrón de los síntomas dado que son de naturaleza relativamente no específica, pero tampoco se observan anormalidades físicas y además, los exámenes de laboratorio son normales.

Se ha observado que el grado y la progresión de los síntomas neurológicos son quizá la pauta más importante para diagnosticar el SFC. Por otro lado, se ha observado que en pacientes que presentan un agudo comienzo de la enfermedad y el subsiguiente desarrollo en forma secundaria de síntomas neurológicos, puede dársele un buen presagio sobre la resolución de la enfermedad en los próximos años.

Una de las primeras señales claves para la solución está dada por el progreso o mejoría en los síntomas neurológicos, pero hay que tener en cuenta si el paciente presenta graves síntomas neurológicos al comienzo de la enfermedad, o si hay un firme empeoramiento de los mismos durante los primeros dos o tres años, los cambios de recuperación decaen, aun si los síntomas generales o físicos mejoran.

A continuación se citan varios síntomas que clasifican en esta categoría y aproximadamente el noventa y siete por ciento de los pacientes del SFC experimentan con más frecuencia por lo menos alguno de estos síntomas neurológicos:

- * Dolores de cabeza: Confusión, incapacidad para pensar con claridad.
- * Dificultad de concentración: Trastornos del sueño; Sueño no reparador; Debilidad muscular; Insomnio - Somnolencia.
- * Pérdida de la memoria Inmediata: Desorientación espacial; Dolor de oído; Afasia.
- * Vértigos, mareos, zumbido en los oídos: Trastornos en la visión;

- * Discalculia: Fotofobias: Trastornos en coordinación motriz
- * Parestesia.
- * La Fatiga y Dolor como Síntomas Neurológicos. (Arbitrio, 1999)

Factores Psicológicos

El SFC suele tener un impacto devastador en el estado emocional de la persona, la angustia es algo muy difícil de soportar.

Se ha observado que se van creando condiciones que llevan al aislamiento social, produciendo una ruptura en la unidad bio-psico-social de las personas.

Es importante recordar que los estados emocionales pueden ser generados por disturbios puramente orgánicos (químicos), es igualmente importante tener en cuenta que la línea entre los problemas psicológicos y fisiológicos no está bien establecida. En realidad, los dos están entrelazados, cada uno alimentándose, soportando y proveyendo las bases del otro. Ambos necesitan ser atendidos a fin de mantener un sentido de equilibrio emocional.

Algunos de los síntomas emocionales que se observan en pacientes con SFC son:

Ansiedad

Depresión

Estrés

Trastorno del sueño

En ésta como en cualquier otra enfermedad crónica, el contenido y el acompañamiento terapéutico, para el paciente y su entorno más próximo se

hace imprescindible para poder sostenerse íntegramente mientras dure la enfermedad.

Hay una gama muy amplia de sensaciones, sentimientos y emociones que acompañan el largo proceso del SFC/EM. Estos varían de un paciente a otro, a partir de las circunstancias personales de vida familiar y/o sociales. Entre las muchas emociones emergentes las más características podrían ser:

Tristeza, angustia, desesperación, agobio, culpa, incomprensión, aislamiento, soledad, desconcierto, dependencia, incertidumbre, confusión, auto-centración, egocentrismo, debilidad, enojo, miedo, insensibilidad, resignación, esperanza, alivio, etc.

El 30% de las personas que padecen del SFC han presentado por lo menos un episodio de depresión mayor antes del inicio del síndrome, aunque se observan otros síntomas de gran importancia el de mayor frecuencia es la depresión, razón por la cual podemos decir que el síndrome es insinuado por características como el ritmo y la duración de la depresión.

Otros Desórdenes Asociados. A continuación se encontrarán unos desórdenes que están asociados con el SFC:

sueño. Es notorio que esta causa común de fatiga sea a menudo pasada por alto. Teóricamente su papel es bastante lógico: Usted está cansado porque no ha dormido bien o lo suficiente. Pero puede no ser fácil precisar las razones de su perturbación del sueño. Esto puede ser debido a causas simples, tales como mucho ruido o luz, o a un desorden del sueño como apnea o narcolepsia.

En algunos casos, el insomnio es un derivado de otra condición, tal vez un problema de vejiga que requiere que usted se levante varias veces durante la noche para ir al baño. El exceso de bebida también contribuye a un sueño pobre, tanto como la confianza en las drogas, incluyendo las píldoras para dormir.

El sueño relacionado con fatiga usualmente es secundario a problemas conocidos de sueño y es segundo o tercero en la lista de síntomas.

estrés y emociones. El estrés es tan importante en la vida como respirar y esto no es del todo malo. En efecto, es necesaria una cierta cantidad de estrés –esto nos conserva ágiles y sobre nuestros pies. Pero el estrés y otras condiciones emocionales, en efecto, consumen una gran cantidad de energía. Y cuando está colmado el estrés, el cuerpo se cierra justo como un fusible doméstico o un corto circuito, y nos volvemos apáticos, agotados y exhaustos.

La labor descansa en aprender a manejar este estrés en vez de que ellos nos manejen. Como la presión sanguínea y la temperatura corporal, existen emociones dentro de cada uno de nosotros y pueden ser leídas y medidas, analizadas y clasificadas. Pero esto toma tiempo y una visión objetiva de nuestro propio estado emocional.

depresión. Aun cuando la depresión es una condición emocional, puede ser debilitante y puede conducir a muchos comportamientos auto-destructivos que merecen atención especial.

pérdida de concentración. La pérdida de concentración es uno de los más comunes –y serios - problemas cognitivos que afectan a las personas con SFC. Los problemas en este campo pueden afectar significativamente el comportamiento en el trabajo. Una causa de los problemas de concentración es una pérdida de comprensión de cualquier información auditiva o visual. El cerebro retrasa y bien procesa lentamente la nueva información o la omite completamente. Cuando el ingreso es auditivo, ahí parece haber pérdida de la información de orientación inicial. La persona puede estar oyendo pero la información simplemente no se registra; como consecuencia, la persona no puede enfocar o sacarle sentido a lo que sigue. Algunas veces una demora en procesar resultados en pausas más largas que las usuales hace una respuesta verbal incorrecta. Las demoras en el proceso también pueden producir un empañamiento del turno conversacional, resultando en interrupción y aparente inseguridad. A menudo, la información debe ser repetida varias veces antes de ser registrada.

El proceso visual también puede estar significativamente demorado. El material puede ser leído muchas veces antes de ser absorbido y algunas veces las palabras de una frase no hacen sentido, especialmente si la sintaxis es complicada o el significado ambiguo. El Dr. Byron Hyde, cree que la pérdida de la comprensión asociada con el SFC se debe a una disfunción en el área de la circunvolución

angular en la región izquierda posterior del lóbulo parietal, un área del cerebro que procesa e interpreta tanto la información visual como la auditiva. Sin embargo, la disfunción en la parte posterior del lóbulo temporal también ha sido notada con la misma frecuencia.

pérdida de la memoria por corto tiempo. La pérdida de la memoria por corto tiempo puede presentar serias dificultades. Las personas que olvidan por qué entraron a un cuarto pueden olvidar también hacia dónde se dirigen. Las personas simplemente olvidan lo que están haciendo y por qué. El problema puede volverse tan severo que esas personas no podrán ser capaces de terminar una frase. La pérdida de memoria puede manifestarse también en la pérdida de habilidad para recordar nombres o caras de personas (agnosia facial) Las personas con estos problemas pueden encontrar difícil identificar a los amigos, parientes, estudiantes o compañeros de trabajo, especialmente si ellos tienen que llamarlos con una rápida identificación; aún las personas y lugares mejor conocidos repentinamente pueden parecer extraños y no familiares. Los problemas con la memoria y el aprendizaje son asociados tradicionalmente con la disfunción del hipocampo, aunque otras estructuras en y alrededor del sistema marginal también pueden estar involucradas.

multitareas. La secuencia multitarea está relacionada al trabajo en secuencia. Las personas con problemas de multitareas pueden

encontrar difícil seguir las instrucciones paso por paso, preparar los alimentos siguiendo una receta, o ejecutar tareas que requieran una serie de acciones separadas. Volver a colocar objetos que se mantienen unidos, por ejemplo, un salero y un palito de mantequilla, puede ser imposible si el impedimento es severo. Las personas también pueden perder habilidad para buscar números en un directorio telefónico o palabras en un diccionario. Los niños con SFC pueden apenarse particularmente de hacer estas tareas, olvidar el orden alfabético y encontrar o recordar números en secuencia. Los jóvenes también experimentan problemas significativos como un resultado en la escuela. Los adultos pueden experimentar también similar disminución en aprender una habilidad, particularmente si la información es compleja. Las personas con multitareas y problemas de procesos simultáneos son fácilmente distraídos y necesitan mantener al mínimo el ingreso de información cuando están haciendo las tareas necesarias o requeridas. Ellos no escucharían el radio mientras conducen. Ellos evitarían una llamada telefónica, conferencia o reuniones con muchas personas. Si las multitudes, centros comerciales, grandes eventos y fiestas disparan los síntomas, estos ambientes podrían ser evitados o podría crearse un área pequeña en la cual la persona pueda permanecer estacionaria mientras los demás circulan.

reversiones lingüísticas (pseudodislexia.) Las personas con SFC estructuran rutinariamente al revés los elementos lingüísticos. Comúnmente reversan el orden de la palabra, el orden de las letras (cuando escriben a máquina o a mano), el orden del sonido inicial (cuando hablan), y aun el orden de la frase en un párrafo, resultando una serie de digresiones aparentemente desconectadas más que un flujo lógico de ideas. Cualesquiera de estos problemas pueden proceder de disfunciones en la etapa final de la capacidad lingüística, lo cual se considera ocurre en el área motor suplementaria del cerebro. Esta área, profundamente localizada dentro del pliegue central que separa los dos hemisferios, actúa como una clase de área de posesión para el arreglo final lingüístico. Los problemas allá resultan en problemas de ordenar en corto tiempo palabras, letras.

Las disfunciones en el lóbulo temporal izquierdo (aproximadamente arriba del oído izquierdo) también causan problemas significativos en la producción lingüística. Las verdaderas dislexia y afasia son el resultado de daño permanente en esta área, razón por la cual los problemas temporales derivados del SFC son referidos como “pseudo”.

búsqueda de palabras (pseudoafasia.) Otro problema lingüístico para los pacientes con SFC es la búsqueda de palabras. Comúnmente las palabras usadas son difíciles de recobrar y, cuando finalmente son pronunciadas, pueden sonar y aun ser erradas. A menudo una

palabra con sonido similar es sustituida incorrectamente por la “pérdida” de la palabra o una respuesta puede ser completamente impropia. La persona que habla puede no notar estos errores, en algunos casos resultando en la pérdida significativa de la habilidad de comunicación. La mayoría de estos problemas de recuperación están relacionados con la falta de flujo sanguíneo en el lóbulo parietal izquierdo, la parte del cerebro responsable de la mayoría de las tareas orientadas al lenguaje.

problemas matemáticos (discalculia). Los problemas con las matemáticas están corrientemente en el área de la disfunción cognitiva. Las personas tienen dificultad para consolidar las chequeras, seguir horarios, adicionar columnas o cifras y especialmente, restar. Como consecuencia, el trabajo que requiere mucho cálculo, tal como preparar impuestos, puede convertirse en tan estresante que puede inducir a una recaída. Las personas con SFC frecuentemente tambalean o caen durante el examen de Romberg si también se les solicita que de 100 hagan restas por 7s. La discalculia está asociada con disfunción en el lóbulo temporal. (Verrillo, Gellman, 1999.)

No se puede llegar a una solución definitiva, a pesar de que estas teorías son muy válidas cada una dentro de su contexto pero dado que sus orígenes y síntomas son tan complejos y tan poco conocidos que hasta este momento es cuando se ha reconocido como un grave problema que está

afectando a más personas de lo que se conocía hace unos años, pero para fortuna de quienes lo padecen, ya hay profesionales de la salud trabajando en buscar soluciones concretas para el tratamiento del síndrome como tal.

DIVERSOS TIPOS DE INTERVENCIÓN Y SUS IMPLICACIONES EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

En la actualidad no existe un tratamiento único para las causas del Síndrome de Fatiga Crónica como tal, los tratamientos se enfocan al manejo de los síntomas del SFC en el mayor grado posible. De la misma forma que las manifestaciones del SFC varían de paciente a paciente, así también varían las formas de tratamiento que tienen éxito. Lo que le sirve a una persona puede que no le sirva a otra.

A continuación encontraremos varios análisis de tratamientos, comenzando por el análisis de las terapias psicológicas, continuaremos con las terapias farmacológicas y terminaremos con las terapias de soporte o alternativas

Tratamiento Psicológico – Terapia Cognitiva-Conductual

El Psicólogo como terapeuta de las personas que padecen SFC tiene un gran reto, ya que en la actualidad no existe un tratamiento para esta enfermedad como tal, razón por la cual él debe aplicar una serie de tratamientos para cada síntoma, debe ayudar a su paciente y a sus familiares a conocer, aceptar, enfrentar y asimilar las diferentes etapas y síntomas del síndrome, así como dar la información sobre el tratamiento y su posible resultado. La persona que padece SFC debe realizar una introspección que le ayude a visualizar las herramientas que posee para que con ayuda del Psicólogo logre afrontar su nueva posición de persona con

discapacidades y pueda considerar las motivaciones y los mecanismos de funcionamiento alterado, además de la naturaleza de la enfermedad y los patrones desadaptativos. El objetivo de dicha introspección será lograr unos patrones conductuales más saludables.

El objetivo del tratamiento psicológico para personas que padecen el SFC es precisamente ayudarle en el afrontamiento y asimilación de su enfermedad para poder mejorar su calidad de vida, su condición de un ser bio-psico-social y poder desarrollar habilidades de adaptación a su nueva situación, tanto de parte de la persona que padece el síndrome como de su familia.

En la actualidad existe una gran evidencia que sustenta que la terapia cognitiva-conductual es la terapia que mejores y duraderos efectos proporciona a estas personas. (Kroenke, 2000). En la práctica clínica se deben tener en cuenta elementos básicos de la terapia para obtener los efectos esperados, como: Una buena relación entre el terapeuta y el paciente para que éste le pueda manifestar todas sus experiencias, sin temor alguno. Desarrollar una evaluación sistemática del comportamiento de la persona que padece el Síndrome; efectuar la formulación cognitiva-conductual del síndrome; así mismo, se deben analizar los cambios cognitivos (cómo está la persona interpretando cada síntoma) y los cambios comportamentales (cómo la persona establece sus rituales de evitación); también es importante analizar la disminución o alteración de sus actividades personales como, por ejemplo, en el área social; su aislamiento, el área laboral: la disminución en

sus habilidades y destrezas hasta su incapacidad total; diseñar la evaluación con el fin de determinar cómo aprendió sus dificultades y cómo están siendo mantenidas para poderle organizar en conjunto con el paciente un nuevas formas de aprendizaje que faciliten su adaptación.

El ideal para el tratamiento es que el paciente modifique sus cogniciones y comportamientos incapacitantes, fomentando cogniciones positivas por medio de la auto-ayuda.

La terapia cognitiva-conductual necesita un apoyo Inter. y multidisciplinario para lograr que el paciente comience su proceso de recuperación, por lo cual es bueno contar con la ayuda de médicos (tanto generales como especialistas, reumatólogos), nutricionistas, psicólogos, entre otros, (Chalder, 2001)

Dentro de este trabajo multidisciplinario es necesario tener en cuenta los diversos niveles de adaptación y las habilidades de afrontamiento que posee la persona que padece el síndrome para su rehabilitación y para ello es indispensable que conozca el estado de su enfermedad desde el punto de vista médico; las habilidades psicológicas que posee y que podrá obtener para superarlo; la red de apoyo social y familiar con la que cuenta; los resultados, efectos, métodos y etapas del tratamiento, (Kroenke, 2000.)

La intervención psicológica tiene programas cognitivos-conductuales que logran disminuir los niveles de ansiedad y depresión, así como de otras reacciones emocionales que pueden ser desadaptativas de forma que el paciente siente que tiene el control de su vida y sus aportes son efectivos

para su recuperación. Además, estos programas buscan que la persona logre desarrollar e incrementar sus habilidades de afrontamiento de problemas como por ejemplo, crisis vitales o el malestar físico o psicológico que genera el síndrome, (Soderberg, col. 2001).

El tratamiento requiere especial cuidado al diagnóstico, al ambiente en que se desenvuelve la persona, a la comunicación con el resto de la familia, ya que estos pueden demostrar el carácter premórbido de la persona por lo que la reacción, enfrentamiento y asimilación de la enfermedad está determinado por nuevas experiencias.

Estudios recientes han demostrado que antes de padecer SFC algunas personas tenían unos niveles elevados de estrés y eran muy exigentes y perfeccionistas pero la negación de estas conductas, así como las conductas que están asociadas a la hostilidad y a la dependencia deben ser tratadas a partir del conocimiento que la persona tiene sobre el SFC y la razón por la cual se presentan estas reacciones, (Soderberg, col. 2001).

La comunicación directa con la persona que padece el síndrome es una forma que tiene para poder eliminar ciertas conductas perturbadoras sin tener que enfrentarse a ellas de forma directa; el objetivo de esta comunicación es que la persona pueda expresar libremente (sin forzarla) sus sentimientos. Uno de los planteamientos de esta terapia que genera efectos positivos en la recuperación de las personas con SFC es que ellas tienen el control de lo que deseen, permitiéndoles a su vez “re-hacer” cosas positivas por y para sí mismas, haciéndoles ver y sentir que nuevamente tienen

control sobre sí mismas. El objetivo de este planteamiento se obtiene cuando la persona logra que sus cogniciones y por consiguiente sus comportamientos sean positivos, deshaciéndose así de las situaciones perturbadoras y desadaptativas.

La gran mayoría de las personas que padecen del SFC en alguna oportunidad han experimentado un episodio de depresión originada por el sentimiento de fracasos, ya que ve su potencial de desarrollo muy limitado lo cual genera sentimientos de pesimismo y desesperanza. El objetivo de la terapia, en éste como en el resto de síntomas, es el de desarrollar un planteamiento terapéutico que va a modificar el pensamiento del paciente, siendo ésta la base para aliviar el trastorno (Lange. 2001).

El punto focal del terapeuta es la potencialización de los factores innatos en el paciente, factores estos que le ayudan a superar las crisis y darles un correcto rumbo tratando de descubrir nuevos caminos más sanos y positivos en medio de la crisis. Con este fin se le ayuda al paciente a que fomente y desarrolle habilidades o concepciones como: La capacidad de los seres humanos para manejar los conflictos y resolver las crisis y hasta aprender y transformarlos para obtener algo positivo de ellos; la combinación de factores que le permiten a la persona acrecentar las capacidades necesarias para superar las crisis transformándolas, logrando una mejor calidad de vida; la habilidad para superar las crisis, adaptarse y aceptar los nuevos cambios que le ayudan a ser cada vez más un mejor y completo ser bio-psico-social. Si se logra una acentuación de estas

concepciones, la persona logra readquirir su competencia social que la puede evidenciar en las mejores habilidades de afrontamiento; esta característica generalmente actúa como un reforzador de la resistencia al estrés; mecanismos de defensa y/o de protección que son los que determinan los cambios que realizan las personas cuando están frente a alguna situación que les genere peligro.

Algunas características personales que tienen los sujetos que superan el SFC:

Independencia: Es una capacidad que readquieren las personas con SFC y con la que pueden identificar el límite entre ellos mismos y las situaciones adversas. Además, con ésta también aprenden a conservar un distanciamiento físico y emocional sin llegar al aislamiento social en el que permanecían.

Creatividad: Ésta es la capacidad de poner orden partiendo del caos, sintiendo que nuevamente pueden organizar sus vidas después del caos que vivieron con el SFC.

Capacidad de relacionarse: Con esta habilidad logran salir del aislamiento social en el que estaban sumergidos y crean unos lazos satisfactorios con las personas con quienes logran balancear sus necesidades de afinidad.

Moralidad: Con esta característica la persona manifiesta el deseo de tener una vida con satisfacciones y con una amplia riqueza interior,

además de comprometerse con los valores y con la capacidad de discernir lo bueno de lo malo.

Por último, una característica que trae unos efectos muy positivos es el **Humor**: Es decir, encontrar algo gracioso en medio de una tragedia o crisis.

Características de Temperamento: Se pueden evidenciar demostraciones de una capacidad reflexiva, adecuada, un nivel apropiado de actividad y además, se observa que es responsable con los demás, (Kroenke y col. 2000).

Por otro lado, las personas que superan el SFC cuentan con una relación familiar muy íntima y estrecha y en la cual establece un lazo más significativo con uno de sus miembros y esta relación procura mitigar o protegerlo de los efectos nocivos de estar conviviendo en un medio adverso. Además de la familia, los amigos y los diversos intereses le ayudan a fomentar sus factores innatos o a superar las crisis.

Terapia Grupal

Soderberg, (2001) afirma que existe una gran posibilidad de obtener buenos resultados en la interacción social ya que existe una relación directa con la forma de afrontar los problemas, ya que es necesario poder controlar las emociones sin dejar que el estrés aminore la calidad y la forma de afrontar cada acontecimiento en la vida, partiendo de esto es que Soderberg, (2001) afirma que: “Los aspectos psicológicos en el manejo de vivir con la enfermedad somática son

importantes promoviendo la comprensión de los problemas involucrados, aceptando una situación de vida alterada causada por la enfermedad. Para desarrollar el cuidado, tratamiento y bienestar psicológico de pacientes de SFC, nosotros decidimos probar la terapia de grupo a corto plazo en un estudio controlado, como parte de un proyecto.”

Para unirse en el proyecto se ofrecieron treinta mujeres diagnosticadas con SFC en la Clínica para las Enfermedades Infecciosas según el criterio de CDC,(Fukuda, 1994). Se excluyeron pacientes diagnosticadas por sufrir también de fibromialgia. Catorce de las mujeres que fueron encuestadas aceptaron participar. Ellas se pusieron al azar en dos grupos de 7 cada uno. Las pacientes se pusieron en dos grupos al azar (1 y 2). El grupo 1 fue el grupo experimental y empezó de inmediato la terapia de grupo, mientras el grupo 2 de control, inició la terapia de grupo después de 5 meses, (Soderberg, 2001).

Las variables que se tuvieron en cuenta en este evento fueron.

- La duración de los síntomas fue de 1.5 a 6.5 años, un promedio de 3.5 años. Nueve de las 14 sufrieron un ataque súbito. Las edades de las mujeres variaron entre 28 y 52 años, un promedio de 44.5 años. Nueve de las 14 mujeres estaban casadas o cohabitando y habían tenido nueve niños en promedio. Siete de las mujeres habían obtenido grados de instituciones de educación superior, y todas menos dos habían estado trabajando durante muchos años. Dos trabajaron en jornada completa y cinco trabajaron la jornada incompleta. Una estaba enferma por la jornada completa y hubo seis

que tenían pensión de invalidez por haber trabajado temporalmente en jornada completa. Los instrumentos empleados, entre otros para medir factores como la fatiga, calidad de vida, sentido de coherencia, etc., se emplearon antes y después de la terapia. (Lange, 2001)

En la terapia de grupo se utilizan instrumentos como:

- Encuesta Sentido de Coherencia (SOC) de Antonovsky. La balanza da una escala de la apreciación de recursos del individuo para enfrentar a los estresores. Las personas con un SOC fuerte en la vida son consideradas bien capaces de soportar la tensión, (Soderberg 2000).

- Escala Gothenburg de Calidad de Vida (Instrumento GQL) Esta balanza es diseñada en sí misma para medir el estado social, físico y psicológico y contiene 18 artículos, cada uno en una escala de 7 puntos. Una balanza visual análoga (VAS; El rango 0-10 cm) también fue usada para evaluar la calidad global de vida.

- Síntomas de Fatiga (WESS.) Esta escala del mismo rango ha sido diseñada para medir la fatiga física y mental, y contiene 14 preguntas, graduadas en una balanza de 0-3, dónde 0 corresponde a una mejora y 2-3 muestran una tendencia hacia los síntomas de fatiga. Una rango 'como de costumbre' logra 1 punto, (Soderberg 2000).

- Encuesta Acerca de la Terapia de Grupo. Fue ideada una encuesta acerca del cumplimiento de la meta y evaluación de la terapia de grupo.

Terapia de Grupo Focalizada. Las sesiones de grupo fueron sustentadas y orientadas hacia la meta de la terapia a corto plazo; 10 sesiones de 1.5

horas cada una. La meta era promover la habilidad de los pacientes para tratar con su enfermedad así como con su situación de vida, trabajando con cosas tales como la aceptación de la nueva situación de vida, preparando niveles realistas de ambición, reflejando la conexión entre la ejecución de la auto-estima y actividad y/o reposo.

Los instrumentos fueron evaluados bajo parámetros estadísticos de las Pruebas y de ANOVA para el análisis de importancia. Los resultados fueron un poco ambiguos ya que en la Encuesta de SOC de Antonovsky ambos grupos fueron anotados con el promedio más bajo. Sólo 4 pacientes tenían los tantos por encima de 140, mientras 6 tuvieron escalas de 120 o menos. El número máximo de puntos es 126. Sólo 1 de los participantes con las escalas normales estaba trabajando y 5 de aquellos que anotaron escalas por debajo de 120 siguieron trabajando. En la Evaluación de Calidad de Vida (GOL y VAS) la mayoría de los pacientes tasó su situación familiar y económica y arrojó condiciones como excelentes, mientras la satisfacción con su situación de trabajo, salud, memoria, condición física, sueño y confianza en sí mismos estuvo inequívocamente por debajo del promedio.

Las evaluaciones de VAS para el grupo 1 mostraron una tendencia a calidad superior de vida después de la terapia de grupo, pero para el grupo 2 no había ningún modelo fiable de resultados como fue demostrado por los tantos de GQL y VAS.

ANOVA no mostró estadísticamente ninguna diferencia significativa antes ni después de la terapia en el grupo 1, ni entre las medidas en el grupo

2. El análisis de co modificación, combinando la segunda medida en el grupo 1 y la tercera medida en el grupo 2, mientras usaban sus medidas iniciales de co-modificación, no mostró ninguna diferencia significativa entre los grupos. Sin embargo, al evaluar la Fatiga (WESS) hubo problemas en la Interpretación de la Categoría de la Respuesta 'como de costumbre'. En el WESS hay una clara disminución en los síntomas de fatiga con el tiempo, pero acerca de la evaluación de 'como de costumbre' ha hecho la evaluación inciertamente difícil, 'como de costumbre' podría significar comparar a cómo se sentían las mujeres cuando eran saludables, y cómo se han sentido más recientemente, después de que se les ha diagnosticado el SFC.

La disminución no se verifica verbalmente o en los modelos de conducta. El análisis registra que el grado 'como de costumbre' es mucho más frecuente en evaluaciones más tardías lo que las hace muy inciertas y por consiguiente ellas no han sido analizadas estadísticamente.

La Terapia de Grupo Focalizada. Los dos difirieron con respecto a la participación. De principio a fin el grupo 1 demostró una frecuencia superior de participación.

Las introducciones de grupo en la primera sesión fueron enfocadas completamente en la enfermedad y los aspectos médicos de SFC. Los miembros fueron muy considerados con los terapeutas, pero se reservaron expresar temas personales. Algunas de las mujeres sufrieron experiencias traumáticas en la familia mientras tomaban parte en el proyecto. Ellas no mencionaron esto espontáneamente, sintiendo que 'no sería de interés para

nadie más. Muchas de las pacientes hablaron acerca de problemas personales represados y no pensaron nunca acerca de las dificultades. Aunque las participantes nunca mencionaron lo que se había discutido durante la sesión anterior (refiriéndose a la memoria y problemas de la concentración), la terapia de grupo nunca se convirtió en un proceso orientado.

Los temas más recurrentes de las sesiones fueron intercambiando la última información médica sobre SFC, compartiendo problemas para concentrarse, el temor al daño cerebral y dificultades pudiendo aceptar y entender a las nuevas personas en que se habían convertido. Cómo manejar metas altas y cómo saber y decir cuando el límite era alcanzado también fueron temas importantes. Durante las sesiones de grupo, se hizo obvio que la mayoría de las mujeres tenía grandes dificultades para pedir ayuda, recibir ayuda y poner límites a las demandas.

Cuando en las sesiones los participantes proclamaron su deseo de penetrar los problemas que enfocaron los síntomas y formas alternativas de tratamiento, esto hizo fácil hablar sobre ello y siempre despertó el interés en el grupo. En las pocas ocasiones en que alguien se atrevió a charlar sobre problemas más personales como la depresión, los problemas en las relaciones, o problemas del sexo, fue difícil seguir la conversación.

En la evaluación, los participantes apreciaron la visión principalmente en la situación de otras víctimas, sintieron que los otros

entendieron su problemática y el sentido de encierro y lograron el discernimiento que habían ganado.

Más allá en la evaluación, las participantes se mostraron insatisfechas con las sesiones que según pensaron, tendían a ser más que una agradable reunión. Ellas expresaron el deseo de que el psicólogo debía haber sido más activo ayudándolas a enfrentar los temas difíciles.

Las participantes hicieron pensar en más sesiones, preferentemente dos veces mayor por encima de un período extendido de tiempo y en grupos más pequeños. También teniendo un tema para cada sesión y participación más activa por parte del psicólogo.

De este estudio podemos afirmar que los trabajos de la terapia en grupo tal vez no es la terapia más definitiva, sin dejar de ser una buena opción, también se puede decir que no implica que la terapia de grupo no funcione, más bien lo que se pretende es aclarar que la terapia grupal es efectiva para alguna persona y que también depende de su sintomatología y el grado de cronicidad del síndrome en cada apersona.

Desde el punto de vista somático del síndrome, (Ridsdale 2000) opinan que la Terapia Cognitiva-Conductual ha sido un tratamiento estudiado cada vez más en un esfuerzo para llenar el espacio de la consultaría de las somatizaciones circundantes y síntomas del síndrome. Aunque con anterioridad se habían hecho estudios no controlados o cuasi-experimentales sobre la Terapia Cognitiva-Conductual para los pacientes somatizados, en la última década se han dirigido pruebas clínicas más controladas. La teoría

relevante de Terapia Cognitiva-Conductual la hace conceptualmente atractiva para desórdenes crónicos que se caracterizan típicamente por síntomas desconcertantes relacionados con creencias (por ejemplo, serias convicciones de enfermedad, armar catástrofes) y comportamientos disfuncionales (ejemplo, la utilización excesiva de cuidados de salud, la atención y verificación obsesiva del cuerpo y conductas evitables). También afirman que la somatización es un problema común excepcionalmente visto en el cuidado primario, así como en las clínicas de la subespecialidad médica. Los síntomas somáticos están por encima de los 400 millones de visitas clínicas en Norte América, (Kroenke, 2000).

Los estudios que evalúan la eficacia de Terapia Cognitiva-Conductual en el tratamiento de la somatización enfocados no en un solo síntoma o síndrome, sino a un grupo de pacientes que tuvo en común síntomas físicos persistentes que eran médicamente inexplicados y normalmente múltiples. Para esta evaluación los estudios pudieron ser una prueba aleatoria controlada o una prueba no causal, en la cual había un grupo experimental al que se le da la intervención y un grupo control que no recibe la intervención. Éste fue un estudio interdisciplinario, el cual contó con psicólogos, psiquiatras, médicos de cuidado primario, quienes se han especializado con la práctica de la Terapia Cognitiva-Conductual. En la gran mayoría de los estudios se trabajó con un solo terapeuta, mientras que en los estudios restantes el trabajo fue con múltiples terapeutas.

Las varias combinaciones hechas por el terapeuta ocurrieron en 11 estudios, es decir el mismo terapeuta o terapeutas administraron tanto la Terapia Cognitiva-Conductual como los tratamientos comparativos – los cuales fueron relajación o terapia de comportamiento en 9 estudios y una atención de control con placebo en 2 estudios. Cinco de estos estudios de recombinação se enfocaron en los pacientes con dolor de espalda, 2 en hipocondriasis y 1 estudio cada uno en la fatiga crónica, dolor de cabeza, fibromialgia u otro dolor crónico, (Kroenke 2000).

La intervención para estos estudios se caracterizó por la Terapia Cognitiva-Conductual en 22 estudios y predominantemente la Terapia Conductual en 9 estudios. Veinticuatro estudios usaron un número fijo de sesiones, estudios estos que arrojaron resultados alentadores sobre la Terapia Cognitiva Conductual en el síndrome tanto en la parte psicológica como somática. La terapia fue administrada individualmente a pacientes en 17 estudios, mientras 14 estudios usaron la terapia de grupo. El tamaño típico del grupo fue de 5-10 pacientes. La descripción que proporcionaron estos estudios sugiere una variabilidad en las estrategias cognoscitivas, comportamentales y de relajación que fueron enfatizadas, (Kroenke 2001).

Estos estudios arrojaron resultados orientadores sobre la Terapia Cognitiva-Conductual en el síndrome tanto en la parte psicológica como somática.

Se evaluaron tres tipos de resultados primarios: la severidad del síntoma (es decir síntoma físico para el cual la intervención de la Terapia

Cognitiva-Conductual fue aplicada), desórdenes psicológicos (más comúnmente depresión y/o ansiedad) y el estado funcional, en los estudios 28, 26 y 19, respectivamente. En términos de síntomas físicos, los pacientes que recibieron la intervención de la Terapia Cognitiva-Conductual se beneficiaron más que las personas de control en 20 estudios y mostraron una tendencia no significativa hacia una mejoría mayor en 3 estudios. Por consiguiente, la mayoría de los estudios mostró un definitivo (71% de estudios) o posible (11% de estudios) efecto del tratamiento para Terapia Cognitiva-Conductual. En contraste, un beneficio del tratamiento definitivo para la angustia psicológica se estableció en sólo 38% (n = 10) y 8% (n = 2) de los 26 estudios que examinan este resultado. Los beneficios de la Terapia Cognitiva-Conductual referentes al estado funcional fueron intermedios, mostrando efectos del tratamiento definido o posible en 47% (n = 9) y 26% (n = 5) de los 17 estudios que examinan este resultado.

Así mismo se desarrolló otro estudio en el que se comprobó la eficacia de la terapia Cognitiva Conductual en un ensayo aleatorio en multicentros. La TCC se administró en tres centros diferentes en lugar de un centro especialista. Los expertos les enseñaron el protocolo del tratamiento a muchos terapeutas sin experiencia anterior en TCC para SFC. <los grupos de apoyo guiados deben controlar la ausencia específica de intervenciones cognoscitivas-conductuales y la presencia de la atención de terapeuta y expectativas del tratamiento. Nosotros asumimos ese apoyo, como en otra enfermedad crónica podrían contribuir a un sentimiento de comprensión

mutua, aceptación y podrían apoyar, y por eso tiene un efecto curativo (Subramaniam y Barlow, citado por Prins, 2001)

En este estudio las variables del resultado eran la severidad de fatiga y el deterioro funcional, con los mismos instrumentos usados para la inclusión y resultado. Es más, TCC para SFC era basado en modelo estadísticamente probado de perpetuar factores en SFC (Prins 1999) en lugar de los supuestos factores en el SFC o en tratamientos de otro médicamente los síndromes inexplicados. El modelo de SFC enfoca los síntomas corporales, actividad física baja, y el sentido bajo de control contribuyen a la creciente severidad de la fatiga y del deterioro funcional. El objetivo principal de nuestro ensayo en multicentros era mostrar la efectividad de TCC para los pacientes con SFC. Nuestra hipótesis era esa severidad de fatiga y el deterioro funcional debe disminuir significativamente más en el grupo de pacientes que recibió la TCC que en los pacientes del grupo control.

Se evaluaron todos los pacientes con una queja referida de mayor fatiga a la clínica del enfermo ambulatorio de las secciones de medicina interna del Centro Médico Universitario Nijmegen y el Hospital Universitario Maastricht entre octubre, 1996 y diciembre, 1998, además por medio de la historia detallada, examen físico, y valoración de encuestas. Los pacientes que serían elegidos para el estudio serían los que ya eran conocidos en los Centros americanos para el Control de la Enfermedad y el criterio de la Prevención para SFC, o ya se encontraban en ellos, haciendo una

excepción del criterio que exige que cuatro de los ocho síntomas adicionales deben estar presentes. La fatiga severa y el deterioro funcional severo se definieron por corte-fuera de un puntaje de 40 o más en la severidad de fatiga de la lista de la subescala de la fuerza individual y una cuenta de 800 o más en el perfil de impacto de la enfermedad. Otro criterio adicional para la inclusión a este estudio era edad que debía estar entre los 18 y los 60 años y además, que su residencia estuviera en un perímetro de 1.5 de viaje de uno de los centros de estudio. Un criterio de exclusión era la participación anterior o actual en una investigación del SFC, embarazo y tratamiento actual para lograr embarazo.

Una muestra de 80 pacientes por grupo, fue considerada como una muestra significativa del 5%, poder de 90%, una proporción de abandono del 20% y un efecto mediano en la medida del “acometer”, la medida de nuestro acercamiento multidimensional en la necesidad de la mayoría de los individuos de mostrar una mejora. La valoración Multidimensional se ha recomendado para estudios que evalúan el efecto de intervenciones terapéuticas para SFC, para medir el cambio en las diferentes dimensiones de los pacientes que están funcionando sin problemas. (Vercoulen, 1994, citado por Prins 2001). Durante el ensayo, la proporción de abandono era más alto que el estimado en el cálculo de tamaño de la muestra. Por consiguiente, el tamaño de la muestra designado para la inclusión estaba fijo en 90 pacientes por el grupo de estudio.

El estudio aleatorio del ensayo controlado fue en multicentros en el que la TCC individual se comparó con la participación de grupos de y con una condición de control que nunca se había ofrecido en un tratamiento. Los comités de la ética de los tres centros participativos dieron la aprobación para el estudio. Con los primeros resultados de las variables “severidad de la fatiga” y “deterioro funcional” se esperaban los efectos del tratamiento, pero en el resultado secundario se exploró: el Karnofsky estado de actuación, bienestar psicológico, calidad de vida y trabajo. También se probó el papel predictivo de perpetuar los factores en el modelo de SFC.

La TCC y los grupos de apoyo tuvieron lugar en tres escenarios diferentes, la Sección de Psicología Médica del Centro Médico Universitario Nijmegen, la Sección de Psiquiatría del Leiden, el Centro Médico Universitario y la Sección de Psicoterapia del Maastricht el Instituto de Salud Mental. La TCC y los grupos de apoyo fueron administrados por diferentes terapeutas y en diferentes días para prevenir la contaminación.

La TCC consistió en 16 sesiones de 1 hora durante 8 meses. Los pacientes en este grupo tenían que reunir algunos requisitos como: el de ningún examen médico extenso u otros tratamientos para SFC durante el ensayo. Estas condiciones eran esenciales reduciendo el foco de los síntomas corporales y las atribuciones somáticas (Prins 199, citado por Prins 2001). Una parte esencial de TCC es el “self control”: esto significa que el paciente que padece de SFC está adquiriendo control de los síntomas en lugar de crear una dependencia de los médicos que prescriben tratamientos o

medicaciones. En el protocolo de este estudio se perfiló a la TCC como tratamiento para el SFC. Primero, el modelo de perpetuar factores fue explicado, y el terapeuta motivaba al paciente para que aceptara trabajar con la TCC. Luego, se desafiaron cogniciones relacionadas con la fatiga con el fin de disminuir las atribuciones somáticas, mejorando el sentido del control sobre los síntomas y para facilitar cambio del comportamiento. Se animó a los pacientes a lograr y mantener un nivel base de actividad física con el fin de prevenir estallidos de actividad dejando como resultante la fatiga extrema. En seguida se empezó con un programa de actividades bien estructurado. Después de un aumento gradual de la actividad física, se perfiló y se llevó a cabo un plan para la rehabilitación del trabajo de cada paciente. Para los pacientes que no tenían un trabajo, se logró la rehabilitación en otras áreas de actividades personales. Las sesiones finales se trataron de la prevención de la recaída y la mejora extensa de autocontrol.

Schultz en 1996 afirmó que terapeutas del comportamiento de tres disciplinas diferentes (psicólogos, psiquiatras y científicos de salud tomaron parte de este estudio. Se trabajó con terapeutas que tenían previa experiencia en TCC pero nunca habían trabajado con el SFC al inicio del estudio, porque el estudio se hizo con lo terapeutas disponibles dentro de los tres centros. Dos especialistas en TCC para SFC (GB, EB) expertos en el manejo del protocolo del tratamiento, emplearon un taller consistente de dos bloques de 2 días cada uno, cada bloque se aplicaría con un lapso de un mes, en el cual los terapeutas empezarían el tratamiento con dos pacientes que

padecían de SFC en un estudio piloto. Una vez cada 2 semanas a lo largo del ensayo eran supervisados los terapeutas. Se asignaron los pacientes a cada terapeuta en una sesión fijada por el investigador en orden del control de la TCC para cada paciente en cada uno de los centros, por separado.

Los grupos de apoyo guiados eran similares a TCC en los términos de tiempo empleado y horario del tratamiento. Cada grupo constaba de aproximadamente ocho pacientes, tenía 11 reuniones de 1.5 horas durante 8 meses. Un asistente social estaba a disposición de todos los grupos en los tres centros. El asistente social era supervisado una vez cada dos semanas por un psicoterapeuta que no tenían ningún eslabón con TCC o SFC. La meta de los grupos de apoyo era ofrecer comprensión mutua y reconocimiento por medio del intercambio de experiencias con un tema central durante cada reunión. En este grupo de estudio, los pacientes eran libres de tener otros exámenes o tratamientos. Todas las sesiones del grupo de apoyo eran grabadas, y las cintas fueron verificadas para asegurarse de que el trabajador social no estaba usando TCC como la estrategia.

En la condición natural del control del curso, ninguna intervención fue ofrecida y ningún requisito extenso fue hecho. Los pacientes eran libres de tener otros exámenes o tratamientos.

La severidad de fatiga fue evaluada por una subescala de un listado individual. En esta encuesta, al paciente se pregunta por la fatiga en las dos semanas que preceden a la valoración. La subescala consiste en 8 ítems, cada uno obtiene una puntuación máxima de 7 puntos en la escala de Likert

(rango 8-56). La encuesta tiene buena fiabilidad (el CT de Cronbach que varía de 0.83 a 0.92) y discrimina validez (Vercoulen 1994, citado por Prins 2001).

El perfil de la enfermedad era determinado por su moderado deterioro funcional. Esta medida ampliamente usada tiene buena fiabilidad y validez. Como en estudios previos, el puntaje total fue calculado por la suma de la carga de los items (rango 0-5799) en ocho subescalas: manejo de la casa, movilidad, el comportamiento vigilante, sueño / descanso, interacciones sociales, trabajo, recreación y pasatiempos (Jacobs y Berger 1990, citados por Prins 2001).

El estatus de la escala Karnofsky tiene un funcionamiento de escala descriptiva – ordinal. Un psicólogo clínico independiente tasó el estado funcional de paciente en 10 puntos de intervalos de 0 a 100. Se ha demostrado la validez y fiabilidad de esta balanza en varios pacientes con SFC (O'Dell 1955, ,citado por Prins 2001).

La lista de síntomas de bienestar psicológico moderado consta de una escala consistente en 90 artículos anotados en 5 puntos de la balanza de likert. El rango total del puntaje oscila entre 90 a 450. Una cuenta total baja refleja un bienestar alto. Esta balanza se usa ampliamente y la fiabilidad y la validez que distingue finamente son buenas.

La balanza del análogo visual de EuroQol posee una calidad moderada de vida. La balanza va de 0 (peor estado de salud) a 100 (estado de salud

mejor). El EuroQol se ha validado en poblaciones normales y en pacientes con SFC (Myers 1999, citado por Prins 2001).

La tasada de auto mejora fue medida a los 8 meses y a continuación a través de una pregunta específica: los pacientes indicaron si ellos se habían recuperado completamente, se sentían mucho mejor, tenían las mismas quejas o se habían puesto peor comparado con la medida anterior. Esta medida se ha validado en varias poblaciones de pacientes y se ha usado en este estudio como una de las medidas para la significativa mejora clínica. (Van Dulmen 1997 citado por Prins 2001).

La escala de auto eficacia, consiste en cinco preguntas que miden el sentido del control respecto a las quejas del SFC. Se obtuvo un puntaje de 4 ítems de 5 puntos balanza de Likert y un ítem de 4 puntos balanza de Likert. :Los rangos de la cuenta total de 5 a 24, una cuenta más alta que refleja más sentido de control. Los coeficientes de fiabilidad de alfa de Cronbach van de 0.70 a 0.77 (Vercoulen 1996 citado por Prins).

Las atribuciones somáticas con respecto al SFC eran medidas por la lista de atribución causal que consiste en cinco preguntas anotadas en 4 puntos de la balanza de Likert. Los rangos de la cuenta totales de 5 a 20, una cuenta más alta que indica atribuciones somáticas más fuertes. Los coeficientes de fiabilidad de Cronbach et van de 0.71 en estudios previos 12.25 a 0.74 en este estudio.

La actividad física era medida por el “acometer”, el cual consistía en un dispositivo que se ataba al tobillo del paciente y era llevado

continuamente durante 12 días. Los dispositivos arrojan medidas fiables y válidas de la actividad física (Vercoulen 1996 citado por Prins). El modelo de la actividad de cada paciente fue elaborado de acuerdo al marco referencial comparativo de la actividad diaria de los pacientes con SFC. Se definieron tres categorías: El permisivo pasivo (90% o más bajo la cuenta de la referencia); ligeramente activo; el permisivo activo (90% o más sobre la cuenta de la referencia). (Van der Werf 2000 citado por Prins 2001).

El foco de los síntomas corporales era medido por la subescala de somatización del listado de síntoma 90 como en estudios anteriores en los que se compararon pacientes de SFC con individuos saludable y pacientes con esclerosis múltiple. (Anindell 1986 citado por Prins 2001). La subescala consiste en 12 ítems anotados en 5 puntos de la escala de Likert. El rango va de 0 a 60 (Vercoulen 1996 citado por Prins).

Un modelo lineal general para las medidas repetidas (por el método de modelos lineales mixtos) fue usado para analizar los efectos de TCC en las dos principales variables (severidad de fatiga y deterioro funcional) y las variables secundarias del desempeño Karnofsky, lista de síntomas 90, EuroQol y horas de trabajo en un trabajo. Diferencias de 8 meses y 14 meses básicas que se usaron para repetir las medidas, con tratamientos (tres niveles) centro (tres), tiempo (dos niveles) y sus interacciones del primer orden como factores fijos. La matriz de la covarianza se especificó como una estructura, el método de estimación usado restringió la probabilidad al máximo, y el método Satterthwaite fue usado para estimar grados de denominador de

libertad. Primero, nosotros probamos para las variables primarias, si los términos del centro pudieran considerarse como redundantes (prueba de proporción de probabilidad que compara a los dos modelos). Si éste fuera el caso para ambas variables, se usarían modelos reducidos con tratamiento y factores de tiempo y su interacción en todos los análisis subsecuentes. Todo el tratamiento efectúa, así como se estimaron diferencias entre los tratamientos dentro de estos modelos, se computaron 95% CI de estas estimaciones y sus errores normales. Nosotros usamos el procedimiento mezclado del paquete de SAS (versión 6.12). Aunque los métodos de análisis para las variables primarias y secundarias son el mismo, resultados para el último deben considerarse como exploratorios.

Para definir una mejora significativa desde el punto de vista clínico de la severidad de fatiga, nosotros calculamos primero para cada paciente un índice de cambio fiable para decidir si estadísticamente la mejora significativa había ocurrido (cambio >1.64 viable, $p < 0.05$). Segundo un corte de 36 o menos fue calculado para decidir si la cuenta de un paciente se había movido del rango del paciente con SFC al rango individual saludable (Jacobsen 1991, citado por Prins). Se seleccionaba a un paciente que mostrara una mejoría clínica significativa cuando se cumpliera con ambos criterios.

La tasa de auto eficacia se definió como la indicación del paciente, que él o ella están completamente recuperadas o se sentían mucho mejor. Las variables categóricas calculadas por los procedimientos aplicados en la lista

de las variables original son: la fuerza individual. Karnofsky estado de actuación y mejora de la auto eficacia, se comparó entre los tratamientos por la prueba exacta de Pescador a 8 meses y 14 meses.

Se hicieron análisis de posible predictores con regresiones lineales múltiples. Los predictores eran incluidos y excluyeron con el método del “stepwise” Las variables independientes eran tratamiento, valor básico de la variable dependiente, envejecimiento, sexo, duración de quejas, educación y los valores básicos de los factores perpetuos: el sentido de control, modelo de actividad, enfocando en síntomas corporales, y las atribuciones somáticas y todas las interacciones del primer orden entre el tratamiento y otros factores. El interés principal era la relación entre los predictores y el efecto del tratamiento directo. Por consiguiente, se analizaron sólo los resultados a 8 meses. Los resultados de estos análisis deben considerarse como exploratorios.

Se enviaron 518 pacientes al Centro Médico Universitario Nijmegen con una queja mayor de fatiga SFC, se diagnosticó en 410. Otros 66 pacientes se diagnosticaron con SFC en el Hospital Universitario Maastricht. De estos 476 pacientes, 99 no se encontraron el criterio de elegibilidad y 99 se negaron a tomar parte. El remanente de 278 pacientes se asignaron al azar a los grupos de estudio: a los centros de Nijmegen, Leiden y Maastricht. En total, 93 pacientes entraron al grupo de la TCC, 94 al grupo de apoyo y 91 al grupo control. Se excluyeron seis pacientes: cinco otras enfermedades desarrolladas durante el ensayo y una estaba embarazada.

Después del control, se encontraron dos pacientes que no cumplían con el criterio del SFC porque ellos tenían anorexia nerviosa. Así, el ensayo consistió en 270 pacientes (92 TCC , 90 grupos de apoyo, 88 grupo control) de quien 203 (75%) completó 8 meses y 186 (69%) 14 meses en el ensayo. 18 pacientes no empezaron tratamiento. 49 se retiraron durante la fase de prueba y 17 se retiraron durante el tratamiento. El retiro se definió de diferente forma para los tres grupos. En el grupo control, sólo pacientes que no asistían a las valoraciones fueron clasificados como retirados, considerando que eran contados los que también tuvieron tratamiento. Es más, en contraste con TCC, la no-asistencia frecuente en los grupos de apoyo guiados no tenía ninguna consecuencia para el tratamiento extenso, a menos que un paciente declarara la intención para retirarse. Esta diferencia se refleja en la diferencia significativa en horas malas de asistir al tratamiento entre el grupo de TCC y el grupo de apoyo guiado (15.6 vs. 13.2;<0.001).

A los 8 meses, 241 pacientes (89%) tenían los datos completos (83 TCC, 80 grupos de apoyo, 78 control o curso natural). A los 14 meses 196 pacientes (73%) tenían datos completos (58 TCC, 62 grupos de apoyo, 76 curso natural). Los datos de estos pacientes eran incluidos en los análisis. Sólo 9% de los pacientes tenían datos perdidos a una o ambas valoraciones del postratamiento.

Para el resultado primario de ambas variables, un modelo reductivo sin ningún término central se puede utilizar ($p = 0.437$ para la lista la fuerza individual, fatiga; $p = 0.202$ para el perfil de impacto de enfermedad, prueba

de proporción de probabilidad con 8 df). Por consiguiente, todos los análisis subsecuentes se hicieron con cosas así planeadas.

En las variables del resultado primario, diferencias significativas entre los efectos del tratamiento con la TCC, el grupo de apoyo y el grupo control. En 8 meses, la mejora en el Karnofsky estado de actuación, bienestar psicológico y calidad de vida estaban significativamente mayor en el grupo de TCC que en cualquiera de los otros grupos. Las diferencias en el tiempo gastado trabajando en un trabajo no alcanzaron al 5% nivelado de importancia. Estadísticamente el tratamiento significativo se efectuó entre la TCC y grupos los de apoyo, se encontró en todas las variables resultados secundarios a los 14 meses. El tratamiento de la TCC y el grupo control mostró diferencias significativas estadísticamente hablando, para el Karnofsky estado de actuación a los 8 meses y 14 meses y para el bienestar psicológico a 8 meses.

Los factores de la regresión están relacionados con la regresión del siguiente nivel dando como resultado medidas fatiga severa y deterioro funcional a $p < 0.05$. La mejora en la severidad de la fatiga a los 8 meses fue por interacciones de TCC con sentido de control y por un modelo de actividad pasivo, en lugar de por TCC exclusivamente. En la TCC grupo control, pacientes con un gran sentido de control básico tenía una notable disminución en la severidad de fatiga a los 8 meses, inmediatamente después de TCC, que los pacientes con sentido más bajo de control. La marcha atrás era verdad para los pacientes con un modelo de actividad

pasivo; ellos mejoraron menos que los pacientes con otros modelos de actividad.

La mejoría del deterioro funcional a 8 meses fue precedida por TCC y por la interacción de TCC enfocada a los síntomas corporales. Los pacientes observaron que la TCC mejoró más pacientes que los grupos de control. Sin embargo, los pacientes que obtuvieron la TCC enfocada a los síntomas corporales presentaron una menor mejoría que los pacientes con un menor puntaje en este factor.

Aparte de la Terapia Cognitiva-Conductual, otros tipos de terapia que se pueden utilizar son:

Biorretroalimentación

La Biorretroalimentación es una técnica en la cual los procesos fisiológicos son monitoreados por computador para permitir a la persona el control del ejercicio sobre funciones del cuerpo previamente inconscientes.

Myra Preston, PhD., una terapeuta biorretroalimentadora practicante en Charlotte, Carolina del Norte, ha patentado una técnica neuroretroalimentadora que en algunos pacientes ha resultado en una significativa disminución de los problemas cognitivos. Ella usa los aparatos de biorretroalimentación básicos junto con un EEG para corregir el exceso de onda delta (onda baja) anomalía encontrada en gente con dificultades cognitivas. La doctora Preston arguye que cuando el patrón de onda cerebral se revierte a normal, muchos síntomas del sistema nervioso central (SNC) retrocederán, incluyendo dificultades en concentración, dolores de cabeza e

insomnio. Michael Tansey, un investigador en Somerville, New Jersey, usó exitosamente las técnicas de neuroretroalimentación para reducir la confusión cognitiva, dolor, dolores de cabeza y frío en las extremidades en un paciente con SFC quien había tenido síntomas severos por 2 y medio años él colocó sensores a lo largo de la parte superior del cráneo exactamente arriba del área motor suplemental (SMA) del cerebro, con la idea de que debido a que esta área controla el derrame límbico y el flujo de la información sensorial, la resolución de las ondas cerebrales anormales en el SMA podría resultar en sensación de los problemas cognitivos, verbales y de control motor, (Chalder, 2001).

La biorretroalimentación es segura y efectiva para la mayoría de las personas. Los pacientes con SFC lo han usado exitosamente para tratar problemas cognitivos, dolores de cabeza, manos frías, y para relajación. Debido a que la técnica no es invasiva y parece dirigirse a uno de los núcleos de los problemas del SFC, podría ser una gran promesa para aquellos con problemas severos del SNC y cognitivos.

Reflexología

La reflexología está basada en la idea de que los puntos reflejos (o zonas) localizados en las manos y los pies corresponden a cada órgano del cuerpo. Una presión pareja y constante aplicada con los dedos a estas zonas se dice remedia cualquier desequilibrio en los órganos correspondientes. La reflexología promueve incremento circulatorio y contribuye a una sensación de relajación y sentirse bien. La reflexología es una forma ideal de auto

masaje. En contraste, la terapia de zona, una forma más compleja de reflexología solamente puede ser ejecutada por un practicante. Contrario a la reflexología auto administrada la terapia de zona es bastante dolorosa.,(Cousins, 1991).

Visualización

Visualización (o guía de imaginería, visualización creativa, imaginería creativa o imaginería mental) es el uso de imágenes mentales para producir cambios en el cuerpo.

Las técnicas de visualización pueden ser útiles para mantener un sentido de calma. Ésta puede ser útil para pacientes que están severamente enfermos o están experimentando una recaída. Algunos han informado que muchas ayudas como la hipnosis, la meditación y la visualización los ayudan a controlar el dolor y la ansiedad.

La visualización podría ayudarlo a sentirse más bajo control. La visualización, sin embargo, no parece trabajar contra el proceso de enfermedad en sí mismo. Los pacientes que son conducidos a creer que un uso experto de la imaginería los librarán invariablemente de todas sus enfermedades, se decepcionan. Sin embargo, si su meta es aliviar a corto plazo los síntomas relacionados con el dolor, la ansiedad o el estrés, la imaginería guiada como la hipnosis o la meditación, le pueden servir a su propósito, (Friedberg, 1995).

Después de haber pasado por el análisis de estos diversos tratamientos, se puede ratificar la idea del tratamiento interdisciplinario, ya

que el tratamiento para el SFC es un tratamiento para cada síntoma puesto que todavía no se ha encontrado un tratamiento para el síndrome como tal. Se espera que con esta revisión se logre un paso para un verdadero tratamiento para el SFC, que dicho tratamiento ya haya superado las etapas de prueba y ya sea un tratamiento efectivo a las causas del SFC.

Tratamiento Farmacológico

A continuación veremos el análisis farmacológico en el tratamiento interdisciplinario del SFC, ya que este tipo de tratamiento, en combinación con otros, genera alivio a los pacientes. En este análisis veremos varias sustancias farmacológicas, sus usos en el tratamiento con sus implicaciones.

Ampligen

Ampligen (poly I: poly C12U) es un mal acoplamiento del doble filamento de ácido ribonucleico con propiedades inmunodulatorias y antivirales. Debido a que Ampligen no ha sido aprobado todavía por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), su uso a la fecha ha sido experimental.

Usos en SFC: En agosto de 1988 el Dr. Daniel Peterson, un pionero en el tratamiento del SFC, fue el primer médico en usar el Ampligen en un paciente extremadamente enfermo con SFC. A causa de la severidad de la enfermedad de su paciente el Dr. Peterson pudo obtener permiso de la FDA para utilizar el Ampligen, bajo estado de cuidado compasivo. Los resultados fueron impresionantes y animadores. Después de un año de terapia el paciente casi recobró su función normal en algunas áreas y demostró un

incremento de 46 puntos en Cociente Intelectual. Esto justificó el siguiente estudio piloto dirigido por el Doctor Peterson, así como varios estudios formales conducidos independientemente.

Peterson (1990) informó resultados positivos después de haber tratado con Ampligen a 15 pacientes. Al final de 24 semanas, la mayoría de estos pacientes demostró incremento en el rendimiento de su estado (marcas de Karnovsky) y tolerancia al ejercicio (medidos por pruebas de esfuerzo) El progreso cognitivo se demostró por la mejora de la memoria y el incremento de los puntajes de CI. No se reportó una toxicidad significativa. Las propiedades antivirales del Ampligen fueron confirmadas por la evidencia de que la reactivación del hipervirus 6 en los humanos estuvo ausente después del tratamiento y los componentes anormales de la senda 2-5A regresaron a su rango normal. Es de interés que de los dos o tres pacientes que no respondieron a la terapia de Ampligen, la única diferencia significativa pretratamiento fue mensurable en la síntesis de las sendas 2-5A.

Los resultados alentadores de este pequeño estudio del Dr. Peterson abrieron el camino para un mayor estudio doble ciego aprobado por la FDA en 1991, envolviendo 92 pacientes en cuatro ciudades de Estados Unidos de Norte América. De nuevo los resultados fueron alentadores. Muchos de los participantes habían estado severamente incapacitados antes del tratamiento y requirieron ayuda para las actividades sencillas de la vida diaria. En el estudio más de la mitad de quienes recibieron Ampligen

demonstraron mejoría y muchos fueron capaces de llevar a cabo sus actividades diarias con una mínima ayuda.

Un estudio en Bruselas, Bélgica, presentado en 1966 ante la Conferencia de la Asociación Norteamericana para el Síndrome de la Fatiga Crónica (AAFCS), para evaluar la seguridad y eficacia de la administración intravenosa de Ampligen, también mostró resultados alentadores. Once pacientes con encéfalo mielitis miálgica (ME) (como se llama al SFC en Bélgica) fueron inyectados con Ampligen intravenoso dos veces por semana durante 24 semanas. Los médicos belgas informaron que al final de las 24 semanas todos los once pacientes experimentaron alguna mejoría, además no se notaron efectos adversos al tratamiento. Estos resultados positivos abrieron el camino para expandir las pruebas que corrientemente se están llevando a cabo en Bélgica.

Implicaciones. La comunidad con SFC está observando con gran interés el estado de evolución del Ampligen. Como una de las pocas drogas que han sido tenidas en cuenta como una posible cura para el SFC, el Ampligen puede convertirse en una gran promesa para el futuro. Su tasa de éxitos, al menos en los tratamientos clínicos, a la fecha ha sido igualada por cualquier otro tratamiento. El Dr. Kenny DeMeirleir demanda que cerca del 80% de sus pacientes informaron “completa recuperación clínica” después de recibir un tratamiento extenso. Los pacientes informaron mejoría en sus funciones generales, niveles de energía, comportamiento cognitivo, y algunos han sido capaces de volver al trabajo.

A pesar de que los resultados de las pruebas son estimulantes, es importante notar que el Ampligen no es una cura a prueba de fuego. El porcentaje de pacientes que han demostrado una mejoría substancial con la droga no ha sido determinado todavía. Los efectos colaterales son desconocidos. Los pacientes que han tomado la droga informan que se han sentido peor inicialmente y que se tomaron un tiempo antes de sentir efectos colaterales no prolongados (vértigo, náusea) El Dr. Peterson informó, que algunos pacientes experimentaron una reacción parecida al interferon, con dolores de cabeza, mialgias y raramente pérdida del cabello. Un efecto enigmático notado por el Dr. Rowe y col, 2001 fue que aun cuando los pacientes informaron una total disminución de síntomas, particularmente síntomas cognitivos, ellos necesariamente no compararon esta disminución de severidad a “sentirse bien”.

Drogas Antidepresivas

Las drogas antidepresivas son una clase de productos farmacéuticos usados para aliviar o prevenir los síntomas de depresión por influencia neuroquímica.

Uso en SFC. Los pacientes con SFC se desmayan a menudo y se preocupan cuando sus médicos les sugieren un antidepresivo. Les parece que son diagnosticados por depresión, la cual, aunque a veces es un síntoma del SFC, claramente no es la causa fundamental. Los antidepresivos tienen un lugar en el tratamiento de un número de síntomas del SFC. Ellos han demostrado ser de ayuda para mejorar el sueño, los niveles de energía, la

limitación cognitiva, así como para aliviar el dolor y quizás aun aumentar la función inmune.

Aun cuando hay varios antidepresivos para escoger entre ellos, no todos los pacientes con SFC responden a estos medicamentos. Frecuentemente los pacientes de SFC con sensibilidad a las medicinas no pueden tolerar ningún antidepresivo aun en las dosis muy pequeñas. En una encuesta de pacientes con sensibilidad química conducida por equipo de investigación de la Universidad de DePaul, más del 50% de quienes contestaron informaron efectos negativos a los antidepresivos. El Dr. Fred Friedberg, (2001) encontró también que una proporción substancial (cerca de 1/3) de 249 pacientes con SFC reaccionó negativamente a los antidepresivos. Es importante para médicos y pacientes recordar que los pacientes con SFC usualmente requieren dosis mucho más bajas de estos medicamentos en comparación con otros pacientes, y por tanto la dosis prescrita debe ser un décimo o menos (dependiendo de la sensibilidad del paciente) de la dosis corriente. Dr. David Bell, (1994) pediatra especialista en SFC manifiesta que dándoles a los pacientes con SFC una dosis corriente de antidepresivos puede virtualmente servir como una prueba diagnóstica para la enfermedad; la mayoría de los pacientes son inmovilizados por ella. Los antidepresivos pueden proveer algún grado de alivio sintomático a muchos pacientes. Sin embargo es importante estar atento a los efectos secundarios, los cuales frecuentemente imitan los síntomas de la enfermedad en sí misma. La fatiga excesiva y la somnolencia; los dolores de cabeza; la náusea; la libido

disminuido; el insomnio y la agitación bien pueden deberse a los efectos de la droga o a la enfermedad en sí misma. Por ello es importante observar e incrementar la dosis cautelosamente

Antihistamínicos

Los antihistamínicos son una clase de drogas que parecen competir con la histamina para situar la célula receptora sobre las células efector, bloqueando por lo tanto los efectos de la histamina.

Usos en SFC. Debido a que muchos pacientes con SFC tienen alergias (generalmente precedentes pero algunas veces desarrolladas después del brote de SFC), los antihistamínicos son prescritos con frecuencia para aliviar los síntomas estacionarios y generales. Los antihistamínicos también son de beneficio en el tratamiento de muchos otros síntomas del SFC, incluyendo insomnio, problemas de la vejiga (cistitis intersticial), ansiedad y dolor muscular. Los beneficios se notan rápidamente, generalmente en el lapso de 24 horas a unas pocas semanas. Los efectos secundarios producidos por los antihistamínicos son generalmente menores, aun cuando algunos pacientes con CFIDS informan palpitaciones cardiacas.

Agentes Antivirales

Los agentes antivirales son un grupo de drogas usadas para inhibir la repetición de virus.

Acyclovir

A principios de la década de 1980, el Acyclovir (Zovirax) fue aclamado como una de las primeras drogas efectivamente probadas contra el herpes

genital. Aunque más tarde demostró no ser una ayuda tan universal como en principio creyeron los investigadores, el Acyclovir alivia la severidad, duración y frecuencia de los brotes para muchos pacientes con herpes genital. El Acyclovir no es una cura para la infección porque no mata el virus sino simplemente inhibe su habilidad para repetir. En adición a tratar el virus del herpes, el Acyclovir ha sido usado con algo de éxito para tratar otros tipos de infecciones de virus herpes, tales como varicela (virus varicela zoster), herpes zoster, citomegalovirus (CMV) e inmononucleosis infecciosa (virus Epstein-Bar), entre otros.

Usos en SFC. A mediados de la década de 1980 el virus de Epstein-Bar se creyó que era la causa de la enfermedad ahora conocida como SFC. Puesto que el virus Epstein-Bar es uno de los virus del herpes era lógico usar Acyclovir para tratar los casos de lo que entonces se llamó virus crónico Epstein-Bar o mononucleosis crónica. En esa época los médicos que usaban el Acyclovir notaron mejoría sintomática en muchos de sus pacientes. Sin embargo, el primer estudio formal no se completó hasta cuando el Dr. Steven Straus encabezó un estudio placebo controlado doble ciego para determinar la efectividad del Acyclovir contra el SFC. Los resultados del Dr. Straus no revelaron diferencia entre el grupo placebo y los pacientes a quienes se les suministró Acyclovir. No obstante estos resultados concluyentes, muchos médicos familiarizados con el SFC continuaron prescribiendo Acyclovir, citando tanto su tasa de éxitos y

los métodos imperfectos del estudio del Dr. Straus como justificaciones. El Dr. Charles Lapp, por ejemplo, informó “maravillosos resultados con esta medicación”. Otros médicos también recomendaron el Acyclovir, especialmente en la presencia de altos títulos de virus herpes, herpes recurrente u otra evidencia clínica de infección viral, (Hickie 2000).

Implicaciones. El Acyclovir aun cuando no hay una cura para el SFC puede disminuir la carga viral en pacientes con SFC, quienes demuestran una cantidad de actividad viral (altas titulaciones de virus herpes, síntomas recurrentes parecidos a la influenza, herpes)

Un número de pacientes con SFC ha informado éxito con el Acyclovir en el control del herpes y en la eliminación del dolor crónico de garganta. Bárbara Brooks y Nancy Smith (1997) informaron éxito con el Acyclovir, reivindicándolo como el componente más importante de sus respectivos tratamientos. Sin embargo los resultados positivos están lejos de ser universales. Un número igual de pacientes con SFC informó poco o ningún beneficio aun después de meses de prueba. Para aquellos pacientes que reciben algún beneficio los resultados son generalmente de corta duración. Muchos pacientes deben tomar diariamente la droga para ver si acaso algún resultado. El Acyclovir, aun cuando generalmente bien tolerado, produce algunos efectos secundarios especialmente aturdimiento, náusea y dolor de cabeza. Los pacientes con enfermedad renal no deben tomar Acyclovir.

Benzodiazepinas

Las benzodiazepinas son depresores del sistema nervioso central.

Usos en SFC. Las benzodiazepinas se prescriben frecuentemente, en combinación con una pequeña dosis de antidepresivos, para tratar el insomnio. La lógica detrás de prescribir ambas drogas es que la una lo hace dormir y la otra lo mantiene despierto. La mayoría de los médicos que tratan el SFC también recomiendan alguna forma de benzodiazepinas para pacientes con desorden de pánico o agitación debido a regulación acentuada del sistema nervioso simpático. Es importante anotar que las benzodiazepinas están usualmente prescritas en pequeñas dosis para tratar el SFC. Las dosis normales de estas drogas pueden producir reacciones paradójicas, creando los síntomas propios que la droga está supuesta a controlar. Aun las dosis diminutas pueden producir reacciones adversas en pacientes hipersensibles a químicos y drogas. Sería útil hacer una prueba de palillo de dientes (apretar la píldora y tomar solamente aquello que se pegue a la punta de un palillo de dientes humedecido) antes de embarcarse en un programa completo.

Estimulantes del Sistema Nervioso Central (Cylert, Ritalin, Dexedrín, Ionamin)

Los estimulantes del Sistema Nervioso Central (SNC) son una clase de drogas que, al igual que muchas de las anfetaminas, aceleran las respuestas del Sistema Nervioso Central por la liberación de la norepinefrina almacenada de los terminales nerviosos al cerebro.

Usos en SFC. Los estimulantes del SFC son usados generalmente para aumentar la energía y la función cognitiva en SFC. Las drogas más comúnmente recomendadas para pacientes con SFC son Cylert (Pemolina) y Ritalin (Metilpenidato), aun cuando el Dexedrín (Dextroamfetamina) algunas veces también se prescribe. El Ionamin (Fentermin), un modera estimulador del SNC que activa la dopamina en el cerebro, algunas veces es recomendado en pacientes de SFC con hiperinsomnio o limitación cognitiva semejante. La estimulación moderada inducida por una baja dosis de cualquiera de estas drogas con frecuencia puede desvanecer las sensaciones de letargo y “niebla cerebral” y puesto que los efectos son tan inmediatos, pueden actuar como un “fijador rápido” en una emergencia. Aunque hay un gran atractivo en ver una mejora inmediata en los niveles de energía y función cognitiva, la mayoría de los médicos que tratan el SFC prescriben estas drogas con cautela. Un número de clínico del SFC cree que la fatiga incapacitante del síndrome puede ser un mecanismo de protección. Por tanto crear energía artificialmente puede, a la larga, causar recaída y puede aun exacerbar los procesos de enfermedad.

Implicaciones. Los estimulantes aun cuando aparentan proveer más energía, exigen demasiado al sistema. Como consecuencia son beneficiosos solamente si el sistema es fuerte para empezar. Considerando que los estimulantes del SNC han sido efectivos en algunos pacientes, ellos son de beneficio modesto o mínimo para otros. Algunos pacientes aun informan sentirse mucho peor. Parece que mientras menos enfermo el paciente, mejor

la respuesta. El estímulo recibido de estas drogas puede permitir que pacientes con síntomas moderados trabajen jornada continua o medio tiempo. Un paciente encuestado, en efecto, creyó que el Cylert había sido la única medicina que había tratado en tres años y que había tenido efecto benéfico. La mayoría de la gente usa Cylert y Ritalin solamente como “necesario” para proveer energía extra en días particularmente largos e importantes. Los efectos colaterales más corrientes son ansiedad, excitación, insomnio, problemas gastrointestinales, vértigo, dolor de cabeza, palpitaciones, garganta seca, pérdida del apetito e hipertensión. Al igual que otras medicinas que afectan el SNC, algunos pacientes experimentan una reacción paradójica de fatiga extrema y debilidad. Las interacciones de la droga son numerosas incluyendo antidepresivos (especialmente MAOIs), anticonvulsivos y cafeína. Al igual que con MAOIs los alimentos altos en Tiramina se deben evitar. Los estimulantes del SNC están contraindicados en pacientes con enfermedades cardiovasculares o hipertiroidismo. (Hickie y colegas, 2000).

Flexeril

El Flexeril (Ciclobenzaprina) es un relajante muscular usado para tratar el dolor y los espasmos esqueleto - musculares.

Usos en SFC. El Flexeril es un medicamento corrientemente prescrito que puede ser extremadamente benéfico en el tratamiento del componente fibromialgia del SFC. Debido a que es sedante también puede tratar de curar el insomnio.

Implicaciones. El Flexeril es la droga más antigua con un buen record de seguridad y mínimos efectos secundarios. Los efectos secundarios más comunes son exceso de sedación y boca seca. El Flexeril es más usado durante episodios de dolor muscular o de espalda. Además puede aliviar el insomnio en personas incapaces de tolerar otras medicaciones somníferas. El Flexeril no es adictivo, como es el caso con muchas píldoras para el insomnio, pero con el tiempo puede perder su efectividad. El Flexeril está contraindicado en pacientes que en el lapso de 14 días hayan ingerido MAOIs, tengan una historia de arritmias cardiacas o estén ingiriendo drogas anticolinérgicas debido a sus efectos anticolinérgicos adversos, (Hickie y colegas, 2000).

Gammaglobulina

La Gammaglobulina es una fracción de la sangre humana que contiene una reserva de anticuerpos.

Usos en el SFC. La Gammaglobulina es uno de los primeros tratamientos del SFC. Lo racional detrás del uso de la Gammaglobulina es doble. Primero, se pensó que si el SFC era causado por un virus, particularmente un virus corriente al cual la mayoría de la gente en general había estado expuesta (tal como virus Epstein-Bar), la Gammaglobulina debía contener determinados anticuerpos para combatir el virus. Segundo, determinados pacientes con SFC habían demostrado deficiencia de subclases IgG y se propuso que la Gammaglobulina podría corregir esta deficiencia.

Mientras que la Gammaglobulina algunas veces había sido útil en tratar el SFC no es fácil determinar el por qué. No hay todavía prueba de un específico virus causante y parece que los pacientes que demuestran deficiente de IgG no siempre responden mejor a la terapia con Gammaglobulina que aquellos sin deficiencia de IgG. Varios estudios, tanto controlados como abiertos se han llevado a efecto tanto en Estados Unidos de Norteamérica como en otros países con resultados pocos convincentes, (Natelson, 2001.)

En 1986, el Dr. James Olezke y sus colegas del New Jersey School of Medicine en Newark dirigieron una prueba abierta de doce pacientes con infección crónica de virus Epstein-Bar (SFC) con IgG o deficiencia de la subclase IgG. Estos pacientes fueron sometidos por un año a terapia intravenosa de Gammaglobulina. Los síntomas mejoraron en 8 y no mostraron ninguna mejoría en 4 pero no empeoraron en ninguno de los pacientes. En 1986 se informaron los resultados de un estudio controlado doble ciego de pacientes tratados con Gammaglobulina intramuscular. Los resultados en el 52% de los pacientes que recibieron la Gammaglobulina mejoraron después del tratamiento.

Peterson encabezó una prueba controlada doble-ciego de Gammaglobulina intravenosa en 30 pacientes con SFC. Los pacientes recibieron una infusión de Gammaglobulina cada mes durante 6 meses. De estos 30 pacientes, 12 (40%) tuvieron bajas concentraciones de IgG y 29 (9%) tuvieron un brote viral. Dadas las deficiencias inmunológicas, un

componente viral presumido, y un grupo severamente afectado de pacientes, los resultados fueron cortos a las expectativas. No se demostró ninguna diferencia significativa entre las respuestas al placebo y a la droga.

Wakefield, de Sydney, Australia, concluyó un estudio de 49 pacientes con SFC, enrolados en un estudio placebo - controlado doble ciego de Gammaglobulina intravenosa. 23 pacientes recibieron infusiones de Gammaglobulina por 90 días, con resultados halagadores. Mejoraron los síntomas en 10 pacientes. En adición varios parámetros inmunes puestos a prueba mostraron mejoría después del tratamiento. Se reportaron algunos efectos secundarios, pero ellos pueden haberse debido a la alta dosis de Gammaglobulina. El Dr. Wakefield y sus colegas demostraron interés en llevar a cabo una prueba de mayor tamaño con una dosis de Gammaglobulina.

Rowe (1997) publicó los resultados de un estudio de 70 adolescentes (edades entre los 12 y los 18 años) con Síndrome de Fatiga Crónica, quienes recibieron terapia intravenosa de Gammaglobulina. Después de 3 meses de tratamiento se notó mejora significativa, pero hubo algunos efectos secundarios.

Implicaciones. Muchos médicos líderes continúan usando la terapia de Gammaglobulina con grados variables de éxito. La Gammaglobulina no es usualmente un tratamiento de primera línea y con frecuencia es usado después de que se han intentado otras terapias. Goodnick y colega (1999) usa Gammaglobulina tanto intramuscular como intravenosa con diferentes

tasas de éxito. Él ha manifestado que la Gammaglobulina intravenosa puede ser más efectiva que la intramuscular. Sin embargo, encontró que la Gammaglobulina intramuscular, la cual es menos costosa que la intravenosa particularmente es útil en ayudar a disminuir la frecuencia de las infecciones del tracto respiratorio superior en algunos pacientes. Visser y colegas (2001), manifiestan que aunque el SFC es una enfermedad compleja que requiere acercamiento integrador, si ellos tienen que escoger el tratamiento efectivo más sencillo, sería Gammaglobulina.

Solamente unos pocos pacientes encontraron algún alivio con la terapia de Gammaglobulina. Los pacientes más severamente enfermos notaron mejoría de casi todos los síntomas (cognición, energía y estado de ánimo). Ellos no se curaron, pero pudieron aumentar su nivel de actividad. Algunos pacientes notaron poco o ningún beneficio. No se reportaron efectos secundarios, pero los dolores de cabeza, el vértigo y la náusea están mencionados en la literatura de SFC, particularmente si la dosis es alta o la tasa de infusión muy rápida

Un número de pacientes con SFC ha expresado preocupación respecto a la seguridad de la Gammaglobulina en cuanto a que es un producto sanguíneo.

La mayoría de los médicos considera que es segura, a la fecha, no hay registro de ninguno que haya contraído el virus de la inmunodeficiencia (SIDA) debido a la terapia con Gammaglobulina. Sin embargo, a principios de 1994 hubo reportes en los periódicos relativos a brotes de

Gammaglobulina en el exterior que estuvieron contaminados con el virus de Hepatitis C. En mayo de 1994, sin embargo, se desarrolló un nuevo proceso de fabricación para la Gammaglobulina intravenosa que inactiva cualquier contaminante viral. La terapia de Gammaglobulina es considerada ahora segura. No obstante es importante discutir cuidadosamente con un médico los riesgos y beneficios.

Hidrocortisona La Hidrocortisona es una hormona glucocorticoide excretada por la corteza suprarrenal en respuesta al estrés, la inflamación y los bajos niveles de azúcar en la sangre.

Usos en SFC. El que la cortisona o la hidrocortisona se deba usar para tratar el SFC es un tópico de mucho debate entre los médicos que tratan el SFC. Los estudios recientes ejecutados por el Dr. Mark Demitrack y colegas mostrando deficiencias en el sistema endocrino junto con el eje hipotálamo - pituitaria - suprarrenal (eje HPA) parecen indicar insuficiencia suprarrenal crónica en pacientes con SFC. Los bajos niveles de cortisol encontrados en algunos pacientes con SFC combinados con respuestas inflamatorias aumentadas o nuevas (alergias, síndrome de intestino irritable y condiciones reumáticas), también parecen apuntar al uso de cortisol como un tratamiento potencialmente efectivo. Sin embargo, no todos los médicos están de acuerdo con que el tratamiento con Hidrocortisona es benéfico. La cortisona es un supresor del sistema inmune y en casos en los cuales el sistema inmune está ya comprometido sus efectos pueden ser desastrosos. Los médicos quienes son críticos a la utilidad de la cortisona como un

tratamiento del SFC, subrayan que los glucocorticoides son mejor usados como un tratamiento a corto plazo para reacciones alérgicas severas. El uso a largo plazo puede exacerbar el proceso de enfermedad.

Implicaciones. La cortisona es un químico que se presenta naturalmente. Sin embargo, su uso especialmente sobre base de largo término acarrea riesgo significativo. Cuando el cuerpo registra la presencia de cortisona, las glándulas suprarrenales disminuyen la producción. Por un gran período de tiempo las glándulas suprarrenales pueden dejar de producir del todo los glucocorticoides, haciendo al paciente enteramente dependiente de una fuente de droga para esta hormona esencial. Además del riesgo de dependencia y de la falla suprarrenal, la dosificación no debe ser excesiva o eventualmente se desarrolla el síndrome de Cushing, con tendencias a la obesidad, la hipertensión, la osteoporosis y los disturbios mentales. Los efectos secundarios aun a dosis pequeñas de cortisol pueden incluir dolor de cabeza, disturbios gastrointestinales, insomnio y debilidad. Del lado positivo, las administraciones sencillas (“pulso”) de cortisol pueden ser el salvavidas para pacientes con severas reacciones alérgicas o brote agudo de SFC. A la fecha no hay información suficiente respecto a dosificación pequeña regularmente administrada para sacar cualquier conclusión. La hidrocortisona está contraindicada en infecciones sistemáticas micóticas.

Tratamiento con Terapias Alternativas

Por último veremos el análisis de las terapias de soporte o alternativas que, en combinación con alguno de los tratamientos ya analizados van a generar alivio total o parcial a los pacientes.

Digitopuntura

La Digitopuntura (o G-Jo), una técnica china para el tratamiento inmediato de enfermedades menores, está basada en los mismos principios de la acupuntura.

Usos en SFC. La digitopuntura se puede usar para alivio a corto plazo de síntomas suaves o moderados de SFC tales como dolores menores, insomnio, ansiedad, falta de respiración, náusea, dolor de cabeza, vista cansada y tensión.

Para náusea, insomnio, indigestión y nerviosismo. Coloque sus tres dedos del medio cruzados acertadamente en la parte interior de su muñeca. El tercer dedo debe alinearse con el primer pliegue que separa su mano de su muñeca. El punto interior de la muñeca está localizado directamente debajo del dedo índice, en la mitad de su brazo.

Para insuficiencia respiratoria, tensión pectoral, tos y congestión. Este punto está localizado en la parte superior del pecho, cerca del hombro, a cuatro dedos más arriba del sobaco y un dedo hacia el pecho.

Para tensión muscular general, ansiedad, espasmos en las piernas e insomnio. Este punto está localizado en la base de la espina dorsal, aproximadamente en la parte superior del hueso de la cadera, a cuatro dedos de la espina dorsal.

Puntos en los Pies

Para fatiga, debilidad y dolor. Los chinos creen que las líneas del Chi que corren a través del cuerpo, terminan en los pies. Por esta razón, los pies son una fuente rica en puntos de digitopuntura para toda clase de problemas. Muchas personas con CFIDS encuentran alivio para sus dolencias generalizadas ejerciendo presión con el extremo del pulgar sobre la planta completa de los pies, (Shephard, 2000).

Acupuntura.

La acupuntura es una técnica terapéutica en la cual se insertan pequeñas agujas debajo de la piel, en los puntos Chi para promover la reparación y saneamiento de órganos mayores, regular el metabolismo del cuerpo y corregir enfermedades físicas que resultan de desequilibrios en el flujo de Chi.

Usos en SFC. Cerca de la mitad de los pacientes con SFC, habían tratado la acupuntura, la mitad de ellos reportaron resultados positivos. Las mejoras se notaron en el dolor generalizado, dolor de ojo, bienestar general, claridad mental y energía. Cerca de la tercera parte reportaron informaron resultados negativos, incluyendo sistema inmune sobre estimulado, recaída severa e intolerancia. Un porcentaje menor no informó resultados de la acupuntura. Los resultados positivos se obtienen más frecuentemente cuando el tratamiento se enfoca sobre problemas específicos tales como dolor, insomnio, pérdida de apetito o náuseas. Los resultados negativos en muchos casos se deben a que el acupunturista equivoca la idea de que el paciente con

SFC tiene acerca del sistema inmune deprimido. En el SFC el exceso de estimulación puede causar una profunda exacerbación de síntomas.

Implicaciones. La acupuntura generalmente suministra una alternativa al tratamiento de drogas para el dolor. Esto puede ser de particular valor para pacientes con alergias numerosas y sensibilidades ambientales. Sin embargo, la acupuntura no es necesariamente inocua. Un acupunturista inexperto o mal informado puede provocar una recaída, (Blate, 1993).

Aromaterapia

La aromaterapia involucra el uso de aceites esenciales destilados naturalmente encontrados en plantas para propósitos cosméticos y de sanación.

Usos en SFC. La aromaterapia puede conllevar la promesa de alivio para algunos síntomas de SFC porque los olores rápidamente cruzan la barrera de la corriente sanguínea. Debido a que los bulbos olfatorios se anudan directamente al sistema límbico (esa parte del cerebro que procesa la emoción), los aceites esenciales pueden ser útiles para aliviar los síntomas emocionales tales como la ansiedad, la ira y el miedo. Los aceites esenciales también pueden ser efectivamente usados para aliviar el insomnio y los dolores musculares. Un número de pacientes que han tratado la aromaterapia han informado buenos resultados al tratar la ansiedad, “nerviosismo” e insomnio sin efectos secundarios negativos. Para aliviar el estrés crónico severo Valerie Worwood (1991), recomienda el uso de

hipnóticos tales como narciso (hiperactividad), junquillo (ansiedad), jazmín (depresión), clavel o valeriana (insomnio) y vainilla. Los aceites pueden ayudar a aliviar la fatiga muscular incluyendo romero, tomillo y mejorana. Para tratar el insomnio una mezcla de sándalo, salvia, limón y manzanilla puede ser usado. Wilkinson (1990) recomienda los siguientes aceites para tratar el SFC: lavanda (tensión), limón (para calmar la mente, sudor nocturno), menta (fiebre, sudor nocturno, desórdenes digestivos), albahaca y naranja (para levantar el espíritu), romero (letargo), salvia (vigorizante) y geranio (pereza, trastorno emocional)

Implicaciones. Los aceites esenciales son generalmente benignos cuando se usan externamente y en pequeñas cantidades. La aromaterapia puede ser particularmente útil para tratar problemas gastrointestinales, debido a que los aceites no son procesados a través del tracto digestivo. Los aceites también pueden ser una buena opción terapéutica para aquellos que son sensibles a los químicos porque generalmente no provocan reacciones.

Reposo En Cama

Descanso en cama significa acostarse y reposar.

Usos en SFC: Virtualmente a cada paciente con SFC se le recomienda reposo en cama como una parte esencial para sobrellevar la enfermedad.

Como lo señala un paciente “Nada cura mejor que el reposo”.

Reposar parece obvio cuando usted está cansado, pero todo demasiadas veces nos alcanza. Los pacientes con SFC aprenden rápidamente

que dejando atrás sus limitaciones exacerban sus síntomas. Tanto aquellos que están bien en proceso de recuperación bien como aquellos que adquieren recientemente la enfermedad aprenden esta lección una y otra vez. El reposo es esencial.

Quiropráctica

La quiropráctica es una técnica de manipulación de la columna vertebral y las articulaciones del cuerpo para aliviar los dolores de espalda y articulares.

Usos en SFC. La quiropráctica normalmente es utilizada para tratar los dolores de cuello y espalda, sin embargo también ayuda a aliviar un amplio rango de síntomas relacionados tales como el insomnio, los dolores de cabeza y la ciática.

Implicaciones. Los resultados en SFC son mezclados. Algunos pacientes declaran alivio para sus dolores de cabeza y dolores musculares, lo cual, a su vez, los ha ayudado a dormir. Un número igual dice que la quiropráctica empeoró sus dolores. Los músculos y otros tejidos alrededor de la espina dorsal son agudamente sensibles. La forma tradicional de la quiropráctica, en la cual la espina dorsal es abruptamente “disparada” con un movimiento ágil de la mano, puede colocar demasiada tensión sobre estos tejidos, causando daño. El dolor generado por tal tratamiento dura días y a veces semanas. Los pacientes interesados en intentar por primera vez la quiropráctica pueden querer colocar una forma más suave de quiropráctica (tal como una “red”), (Blate, 1993).

Ejercicio

El ejercicio incluye cualquier programa sistemático de movimientos corporales que son diseñados para fortificar, tonificar o estirar los músculos.

Usos en SFC. Uno de los continuos debates entre los clínicos de SFC, así como de sus pacientes, es si el ejercicio es bueno o malo para los pacientes con SFC. El Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) sostiene que los pacientes con SFC necesitan mantener un constante régimen de ejercicios de bajo impacto para evitar empezar a estar fuera de forma. En efecto, algunos médicos recomiendan el ejercicio como una de sus terapias principales para el SFC. Otros clínicos están en desacuerdo, anotando que el ejercicio es contraindicado en enfermedades vírales (de testigo está la poliomielitis) Ellos señalan que la intolerancia al ejercicio es un síntoma distintivo de la enfermedad y que los síntomas se empeoran invariablemente después de cualquier forma de ejercicio. (Rowe 2001).

¿Cuál posición es la correcta? Ambas. De acuerdo con el Dr. Charles Lapp, el ejercicio es la proverbial “espada de doble filo”. En el lado positivo, las personas mencionan que el ejercicio aumenta sus fuerzas y las ayuda a conservarse mentalmente alertas. Esto también parece tener efectos benéficos sobre el sistema inmune. Algunos médicos creen que el ejercicio moderado puede ayudar a reversar algunos de los malos funcionamientos del sistema inmune del SFC. El Dr. Vanderwrf (2000), del Centro SFC de New Jersey, señala que la muerte natural de células declina con la inactividad (SFC Chronicle, Invierno 1996) Él sostiene que con un “muy

generoso programa de entrenamiento”, las señales inmunes pueden mejorar. En el lado negativo, la emisión de fotones simples calculados por escáner tomográfico (SPECT) han mostrado que en pacientes con SFC que hacen ejercicio, el volumen de sangre cerebral se reduce 1 a 3 día después del ejercicio. En pacientes que están aguda o seriamente enfermos, esto podría tener efectos profundamente negativos sobre la regulación de los sistemas inmune y endocrino. En pacientes con SFC, el ejercicio también rebaja los niveles de cortisol, lo que hace que el cuerpo tenga mayor dificultad para controlar la inflamación. Además, incrementa la respiración irregular y lleva a una progresión rápida del metabolismo anaeróbico, lo cual produce amoníaco y ácido láctico. Estos resultados negativos son opuestos a lo que normalmente podría ser esperado.

En resumen, una respuesta sencilla a la pregunta sobre ejercicio es, si usted está severa o agudamente enfermo, el ejercicio puede empeorar el asunto –en algunos casos, mucho peor. El momento de discutir un programa de ejercicios con su médico es cuando la enfermedad está estabilizada y se notan serios síntomas de recuperación,(Van der werf, 2001).

Hidroterapia

La hidroterapia es el uso del agua para curación.

Usos en SFC. Los baños de agua tibia pueden reducir el dolor asociado con el ácido láctico en la composición de los tejidos musculares. Esto es el dolor que a menudo experimentan los pacientes con síntomas tipo fibromialgia.

La temperatura del agua debe estar alrededor de la temperatura corporal. Mucha gente ha informado que los baños de agua tibia los ayudan a aflojar la tensión muscular, reduciendo los dolores de las piernas, y en general, creando una sensación de relajación.

Los baños de agua fría también pueden ser benéficos. Una mujer informó que un baño diario de 20 minutos con agua muy fría, a 61° F (16° C) la ayudó a sentirse mejor en general. La efectividad de esta estrategia es más probable debido al hecho de que el cuerpo, cuando se sumerge en agua fría, automáticamente cierra el suministro de sangre a la piel, desviándola en su lugar a órganos vitales. El suministro de sangre adicional al cerebro, hígado y otros órganos afectados por el SFC podrían tener teóricamente un impacto profundo en la reducción de síntomas.

El Dr. Paul Cheney también ha usado la hidroterapia de agua fría con buenos resultados. La inmersión vertical hasta la nuca en el agua con una temperatura cercana a una piscina calentada ha reducido los síntomas en un número de sus pacientes. Lo racional detrás de esta noble manera de hidroterapia es que aumenta la presión en el flujo de la fuerza linfática en los pies para reversarse en sí misma, cuerpo arriba hacia el ducto torácico (exactamente debajo de la clavícula izquierda), donde es infundido dentro de la corriente sanguínea. La presencia de tejido linfático extra le señala al sistema inmune que las citoquinas ya están circulando y el sistema inmune automáticamente se regula hacia abajo. En los pacientes que experimentan los efectos de producción excesiva de citoquinas, la regulación hacia abajo de

los químicos del sistema inmune puede proveer un tremendo alivio. Bien debido al suministro adicional de sangre hacia los órganos vitales o a la regulación hacia abajo del sistema inmune, la hidroterapia con agua fría puede ofrecer beneficios considerables a un número de pacientes con SFC.

Implicaciones. El programa de hidroterapia del Dr. Cheney puede ser una particular opción de buen tratamiento para las personas con dolores porque parece tener efectos positivos en el alivio de síntomas tipo fibromialgia. Parece tener efectos secundarios mínimos, aunque algunos pacientes severamente enfermos han experimentado empeoramiento temporal o síntomas de recaída, sin duda del aumento en la concentración de citoquinas en la corriente sanguínea. Estos síntomas disminuyen con el tiempo. Los pacientes que han cesado el tratamiento antes de un período de 16 semanas han tenido recaídas. Una vez que usted se embarca en este tratamiento, usted está comprometido a terminarlo. Otro problema que podría ocurrir es el escalofrío. El Dr. Cheney recomienda que si usted empieza a temblar, salga de la piscina, pero no tome una ducha caliente. Si es necesario, compre una sudadera para mantener su cuerpo caliente, (Shepard 2001).

Hipnosis

La hipnosis involucra la inducción al estado de trance, algo como estar entre el sueño y el desvelo, para producir una mayor sugestibilidad en un paciente.

Usos en SFC. La hipnosis puede ser benéfica reduciendo los efectos de ansiedad y estrés presentados en la enfermedad. Ésta también puede ayudar a aumentar la corriente sanguínea al cerebro, de ahí que alivie los dolores de cabeza, insomnio y algunos problemas cognitivos. La mayoría describe la hipnosis como “muy relajante”, (Wessley, 1999).

Masaje

La terapia de masajes involucra la manipulación del tejido suave por frotación, golpes, compresión o vibración.

Usos en SFC. Muchos pacientes con SFC usan el masaje para aliviar el dolor asociado con fibromialgia, dolor de cabeza y espasmos musculares. Un número de pacientes ha informado que un masaje firme en las plantas de los pies ha tenido un efecto profundamente benéfico a través del cuerpo.

Implicaciones. Mientras ésta parece ser una terapia lógica para el dolor, un masaje vigoroso paradójicamente puede empeorar el dolor. Un número de personas ha informado haber empeorado del dolor después de un masaje general. La razón de este empeoramiento del dolor se debe probablemente a la práctica de una presión excesiva localizada en los terminales nerviosos para aliviar los músculos anudados. La compresión nerviosa solamente exagera el dolor creado por un sistema nervioso ya irritado.

Un masaje vigoroso también puede aliviar las toxinas acumuladas dentro del sistema. Los pacientes con SFC pueden sentir un malestar

general después de un masaje, debido a la lenta eliminación de estas toxinas. De otra parte, un masaje suave es a menudo benéfico. Aquellos que desean un tratamiento con masaje para un dolor crónico o severo pueden querer considerar iniciar con alguna técnica menos vigorosa. Un masaje vigoroso está contraindicado en pacientes con osteoporosis, hipertensión, inflamación, artritis, venas varicosas, trombosis, aneurisma, enfermedades de la piel, musculares u óseas, fracturas no curadas: de hueso, ligamentos, tendones o músculos torcidos, diabetes, tumores y congelación y en mujeres embarazadas, (Cousins, 1991).

Toque Terapéutico

El más suave de todos los masajes es el toque terapéutico. Se deriva de la práctica antigua de acostarse sobre las manos. Fue ideada en la década de 1960 por Dolores Krieger, una enfermera y Dora Kunts, una clarividente. Técnicamente la terapia de toque no es un masaje sino “trabajo de energía” porque no involucra contacto directo con el cuerpo. Por el contrario los “campos energéticos” del cuerpo se manipulan para promover sanación. El toque terapéutico es reportado ser muy relajante y puede ayudar a aliviar el dolor.

Meditación

En la meditación un estado particular de conciencia es alcanzado por medio de técnicas de concentración, contemplación o visualización.

Usos en SFC. Un número significativo de pacientes con SFC meditan. Todos informan un aumento de sensación de calma y perspectiva

de vida mejorada. La meditación también es efectiva para controlar el dolor generado por una sobre actividad del sistema nervioso. Como descanso, la meditación parece no causar daños y solamente en un sentido general parece mejorar los resultados. Los pacientes con SFC, especialmente aquellos que se encuentran ellos mismos plagados de depresión, ansiedad, miedo e ira, pueden ser grandemente beneficiados con la práctica y filosofía del “dejarse ir”.

Implicaciones. No hay un camino “derecho” para meditar, pero algunos practicantes pueden tratar de convencerlo de que lo hay. De las muchas tradiciones meditativas, no todas conducen a la sanación de la enfermedad a largo término. El Zen, por ejemplo, fue desarrollado por monjes japoneses saludables y jóvenes. Sentarse por varias horas mirando hacia una pared (y despertarse cuando usted está siendo llevado a dormir) no es quizá la mejor técnica de meditar para las personas enfermas. Cuando usted empieza a meditar, especialmente si usted está absolutamente enfermo, hágalo a su manera. Acuéstese, en la comodidad de su cama, y escuche su música relajante favorita. Recuerde, la meditación es un estado de la mente. Cómo usted lo haga será mejor para usted (Friedberg, 1995.)

DISCUSIÓN

Después de haber desarrollado la conceptualización del síndrome, establecido los síntomas, haber analizado las posibles causas y tratamientos más adecuados, se ha llegado a un mejor conocimiento del SFC y del padecimiento que enfrentan a diario estas personas, creando la necesidad imperiosa de continuar con su estudio para llegar a determinar sus causas y lograr un tratamiento único y no una combinación de tratamientos como *sucede hasta ahora, en el afán de ayudarle al paciente a superar las adversidades del síndrome.

La Psicología ha podido empezar a enfrentar positivamente este reto, en el cual ha logrado:

1. Que el resto de profesionales de la salud entiendan la importancia de este trabajo interdisciplinario, ya que a pesar de que cada ciencia participante esté tan avanzada dentro de sus especialidades, sola no lograr darle una mejoría total o parcial al paciente.
2. Que entiendan el concepto de “ser bio-psico-social” y de la importancia de trabajar en estos 3 campos para lograr una mejor calidad de vida.

El aceptar las terapias de soporte dentro del tratamiento del SFC no sólo es algo positivo para estas terapias, sino también para este gran grupo de pacientes puesto que les proporciona de una u otra forma alivio y estos, a

su vez, generan disminución de los niveles de ansiedad, ayudando a dar con esto un gran paso en el tratamiento.

La Terapia Cognitiva-Conductual genera grandes y positivas consecuencias en esta población, ya que es efectiva y duradera, además el paciente mismo de común acuerdo con el terapeuta es quien propone sus propias metas de acuerdo con sus capacidades y rehabilitación.

A medida que van viendo los efectos de la terapia, las personas van incrementando sus modificaciones en las cogniciones que son las que al final le van a proporcionar un progreso en el tratamiento, generando cambios comportamentales que hacen que las personas perciban que nuevamente tienen el control de sus vidas.

De acuerdo con la Terapia Grupal a corto plazo se podría sugerir:

- Una participación activa del Psicólogo para que cada sesión tenga un tema específico y predeterminado, y aunque en la dinámica del grupo se presenten modificaciones para que ésta ya no sea a nivel de intercambio de experiencias sino con la visión de ganancias, gracias a un nuevo aprendizaje.
- Sería conveniente que las sesiones tuvieran un mayor período, mínimo de un año y que a su vez tuvieran un intercambio con la terapia individual.
- Reducir el número de participantes con el fin de que el aprendizaje sea más efectivo.

Por otro lado, la Terapia Grupal corrobora la teoría de Basilea (2000) en la que se afirmaba que la interacción social es una buena posibilidad de apoyar el tratamiento del SFC ya que la interacción estimula las habilidades de afrontamiento que la persona posee y le ayuda a hacer nuevas adquisiciones.

Otra alternativa positiva dentro de la Terapia Cognitiva-Conductual es la terapia Individual, puesto que se adapta a las necesidades específicas de cada paciente, sus problemas y circunstancias.

La Terapia Cognitiva-Conceptual parece ser un tratamiento prometedor para los pacientes con somatización. Su eficacia se demostró por una variedad de condiciones manifestada por los síntomas físicos. Es más, allí parece haber alguna especificidad para la somatización *per se*, por cuanto el mejoramiento en los síntomas físicos con frecuencia no fue paralelo con un mejoramiento concomitante en las medidas normales de la angustia patológica.

Los pacientes tratados con Terapia Cognitiva-Conceptual para síntomas del síndrome también pueden requerir terapias adicionales (por ejemplo, medicamentos psicotrópicos o tratamientos no farmacológicos) enfocando a su depresión o ansiedad, particularmente si los síntomas de disturbios psicológicos continúan apareciendo. En forma notoria la Terapia Cognitiva-Conceptual ha demostrado ser una terapia eficaz para los desórdenes tanto de depresión como de ansiedad. (Hickie y colegas, 2000)

Por último, se espera que con estas recomendaciones y con la revisión teórica se dé una luz a la perspectiva del síndrome con el fin de lograr un tratamiento efectivo a su causa y una combinación de tratamientos para todos y cada uno de los síntomas, además se logre un poco más de su conocimiento.

CONCLUSIONES

Una vez desarrollada la revisión teórica del Síndrome de Fatiga Crónica y de haber identificado los lineamientos sobre los cuales es posible determinar su conceptualización, la etiología, discriminar sus síntomas y sus diversos tipos de intervención, es importante tener en consideración las siguientes conclusiones que aportarán a la comprensión y fortalecerán el campo de acción de la psicología de la salud:

- Se hace necesario reconocer los profesionales de la salud que deberán continuar explorando y formulando preguntas de investigación relacionadas en primera instancia con la diferenciación de cuadros clínicos que comparten sintomatologías comunes y determinando con cierto grado de confiabilidad los criterios diagnóstico con el fin de que los pacientes y familiares no sientan desconcierto frente a su situación ya que generalmente el paciente pasa de un profesional a otro tratando de encontrar una solución a su enfermedad sin obtener resultados positivos, esto en parte puede ser explicado por el estado actual de desarrollo de esta problemática.
- Es pertinente hacer un afrontamiento temprano de los síntomas del Síndrome por parte de los diversos profesionales de la salud, para que el trabajo interdisciplinario traiga consecuencias positivas para el paciente, y sus familiares.

- De igual manera el fortalecimiento tendrá como objetivo el desarrollo de programas que apunten al trabajo interdisciplinario en la prevención primaria y secundaria, reconociendo los avances que hasta el momento han delimitado un campo de comprensión con aportes fundamentales a la complejidad de esta problemática.
- Resaltar la importancia de que conceptualizar, comprender y abordar esta problemática desde un enfoque “bio-psico-social”, como parte de una comprensión integral del individuo.
- Apoyar las terapias de soporte que hasta el momento han generado grandes resultados positivos para este grupo de pacientes y han proporcionado alivio en períodos lo suficientemente significativos para re-establecer el equilibrio personal y familiar.
- La psicología de la salud consciente de la responsabilidad que como profesión tiene frente a esta problemática, ha ofrecido programas de intervención con resultados favorables para este grupo poblacional en la modificación de procesos emocionales y cognitivos promoviendo a la vez una mejor calidad de vida.
- Promover la utilización de procedimientos de intervención empírica validados. Esta alternativa reconocida por la terapia cognitiva conductual, ha apoyado con un gran número de investigaciones la utilización de procedimientos a nivel individual y grupal (Prins 2001) Asume también la consideración de fortalecer estilos de interacción

positivos que garanticen una mayor adherencia al tratamiento, (Kroenke 2000)..

- Promocionar en el paciente la conciencia y responsabilidad frente a su situación actual, permitiéndole el establecimiento de las metas y objetivos de intervención (Kroenke 2000).
- La terapia cognitiva conductual le brinda, además la oportunidad de recuperar su sentido de control y una mejor percepción de auto-eficacia frente a la acción y su responsabilidad frente a la recuperación. (Shepard 2001).
- La adaptación a un nuevo estilo de vida personal y familiar se convierte en el eje central de un programa de intervención. Los objetivos entonces se plantearon en función del fortalecimiento de las habilidades de afrontamiento necesarias para su vida familiar, social y laboral, maximizando las oportunidades de intercambios positivos y reduciendo los altos niveles de ansiedad (Natelson 2001)
- El Síndrome de Fatiga Crónica genera un cierto nivel de incertidumbre en cuanto a su recuperación pero éste es superado en el momento en que acepta y sus nuevos retos frente a las demandas terapéuticas que busca potencializar su desarrollo. (Chalder 2001)
- Acompañar las estrategias anteriores con terapias de apoyo, han sido de gran utilidad para este grupo poblacional, en especial las que se relacionan con el ejercicio físico. Estas le generan nuevas perspectivas

de recuperación y de afrontamiento de sus nuevos retos y estilos de vida, ya que en el momento en que el paciente asume la rutina del ejercicio, éste le va dando responsabilidades que puede ir afrontando paulatinamente, de forma similar le sucede con su vida, poco a poco él va asumiendo nuevamente sus responsabilidades (Prins 2001, Kronke 2000)

REFERENCIAS

Arbitrio, M. (1999) *El síndrome de fatiga crónica necesita tratamiento*. Accesible en <http://www.arbitrio.com.ar/A2.htm>

Balseiro, (2001) *Patrón del Síntoma*. Lyndonville Pollard Publications.

Bell, D. y colegas (1991) *The disease of a thousand names*; Pollard Publications.

Bell, D. (1995) *Childhood chronic fatigue syndrome*. Journal of Chronic Fatigue Síndrome, 1. 9-33.

Bell, D. (1996) *Curing Fatigue*. The Berkley Publishing Group. 174-198; 391-488.

Bellotti, G (2001) *Chronic fatigue and related immune deficiency Syndromes*. Psychosomatics, Vol. 42 (3); 273

Blate, Michael. (1993) *The natural healer's*. Acupressure Handbook.

Brace, M. J. (2000) *Family reinforcement of illness behavior: a comparison of adolescents with chronic fatigue syndrome*. J. Dey- Behav. Pediatric

Butter, J. A. (2001) *Causal Attributions for Somatic Sensations in Patients with CFS and their partners*.

Chalder, T y colegas (2001) *Chronic Fatigue is general practice: economic evaluation of counselling, versus cognitive behaviour therapy*. Br. J. Gen. Pract. 51(462); 15-8

Chalder, T; y colegas (2000),-D. *Chronic Fatigue Syndrome: a woman's dilemma.* Health-Care-Women-Int. 21(5): 457-66

Chalder, T. *Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: a multicentre randomised controlled trial.* Lancet 2001, 357 (9259): 841-7

Cousins, N. (1991) *Anatomy of an illness.* New York: Bantam Books.

Dobbs (2001) *Working memory deficits associated with CFS*

Friedberg, F. (2000) *Clarifying the relationship between unexplained chronic fatigue and psychiatric morbidity: Results from a community survey in Great Britain* The American Journal of Psychiatry; 2000

Fukuda, K., y colegas (1994) *The Chronic Fatigue Syndrome: A Comprehensive Approach to its Definition and Study.* Ann Interns Med., 121. 953-959.

Geenen, R; y colegas (2001) *Psychological adjustment of adolescent girls with chronic fatigue syndrome.* J. Pediatrics. 107(3): E35

Hickie, I y colegas (2000) *A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of moclobemide in patients with chronic fatigue Syndrome.* The Journal of Clinical Psychiatry, Vol. 61 (9); 643

Hickie, I. (1999) Treatment of Chronic Fatigue Syndrome with Cylert The Journal of Clinical Psychiatry

Kroenke, K.; Swindle, R. (2000) *Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: A critical review of controlled clinic trials.* Vol. 69 (4); 205

Kroenke, K. (2000) *Cognitive-behavioral therapy: A critical review of*

controlled clinic J. Psychot. and Pshycosom.

Kroenke, K. y colegas (1994) *Physical symptoms of distress: An international primary care study*. Arch. Fam. Med., 3. 774-779

Lange, G y colleagues (2001) *Cognitive functioning in gulf war illness..* J. Clin. Expo. Neuropsychol. (2); 240-9

Natelson, B. y Wessely, S (2001) Urinary free cortisol in Chronic Fatigue Syndrome. The Journal of the American Medical Association

Natelson, B. (2001) *Chronic Fatigue Syndrome*. The Journal of the American Medical Association.

Natelson, B. (2001) *Hormonal responses to exercise in chronic fatigue síndrome* Neuropsychobiology,. Vol. 43 (2); 34

Natelson, B. (2001) *Chronic Fatigue Syndrome. Medical Diagnosis*. The Journal of the American Medical Association.

Otteweller, J (2001) *Hormonal responses to exercise in Chronic Fatigue Syndrome*. Neuropsychobiology,

Rangel, L.(2001) *Childhood Chronic Fatigue Syndrome* The American Journal of Psychiatry

Ridsdale, L.; Godfrey, E.; Chalder, T.; Seed, P.; King, M-; Wallace, P.; Wessely, S.; *Chronic Fatigue in general practice: is counseling as good as cognitive behaviours therapy*. A U. K. Randomised Trial.

Rowe, K. (2001). *Voluntary motor function in patients with Chronic Fatigue Syndrome*. J. Psychosom.

Rowe, P. y colegas (2001) *Fludrocortisone acetate to treat neurally mediated hypotension in chronic fatigue syndrome*. The Journal of the American Medical Association. Vol. 285 (1); 52-59

Russell, L. (2000) *Chronic Fatigue Syndrome; is it physical?* Vol 69 (3); 289

Shephard, R (2001) *Chronic Fatigue Syndrome an update*. Sport-Med. (3).167-94

Shephard, R (2000) *"I could not lift my arm holding the fork..."*. *Living with chronic fatigue syndrome* Scand-J-Prim-Health-Care. 18: 165-9

Soderberg, S. y colega (2001) *Short-term group therapy for patients with chronic fatigue síndrome*. Psychotherapy and Psychosomatics, Vol.70 (2); 108

Van der Werf, S. P. y colegas (2000) *Identifying Physical Activity Patterns in Chronic Fatigue Syndrome Using Actigraphic Assessment*. J. Psychosom. Res49 (5); 373-9

Van der Werf, S., (2000) *Strength and physiological response to exercise in patients with Chronic Fatigue Syndrome*. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry

Van Houdenhove, B. y colegas (1995) *Victimization in CFS and fibromyalgia integrity cares: A controlled study on prevalence and characteristics*. J. Psychosom Head, 39. 633-640.

Verrillo, Erica F, y Gellman, Lauren M. (1988) *Chronic Fatigue Syndrome: treatment guide*. Quality Medical Publishing, Inc.

Visser, J. y colegas (2001) *Increased sensitivity to glucocorticoids in peripheral blood mononuclear cells of Chronic Fatigue Syndrome patients, Without Evidence for Altered Density or Affinity of Glucocorticoid Receptors*. J. Investig. Med (49), 195-204

Visser, J. (2001) *Chronic fatigue syndrome following a toxic exposure*. Sci-Total-Environ. - 270(1-3): 27-31

Wessely, S. (2001) *Chronic Fatigue: symptom and syndrome*. Ann-Intern-Med., 1. 134 (P.62) 838-43

Wessely, S (2001) *Chronic Fatigue and its syndromes* British Journal of Medical Psychology

Direcciones:

Síndrome de Fibromialgia – Vía Internet _inkwell@excite.com

Fibromyalgia & Insomnia . Vía Internet <http://www.fims-help.com/reastore.htm>