



**Universidad Nacional autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**“Coincidencias y Diferencias entre el Síndrome de Fatiga Crónica y
Fibromialgia”**

**T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A**

Neyra Judith Pérez Gordillo

Directora: Dra. Norma Coffin Cabrera

Dictaminadores: Lic. Mónica Álvarez Zúñiga

Lic. María de Lourdes Jiménez Rentería



Los Reyes Iztacala, Edo. De México, Agosto 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A MI ASESORA

Dra. Norma Coffin, por su guía, conocimiento y apoyo.

SINODALES

Lic. Ma. De Lourdes Jiménez y Lic. Mónica Álvarez
Por sus sugerencias y colaboración

A DIOS

Por ayudarme siempre
Por su compañía diaria
Por todo lo logrado
Por mi vida y su amor hacia mí

A MIS PADRES

Por su apoyo diario, por todo lo que me han dado
Por enseñarme el significado del trabajo
Por la unidad de la familia y preocupación

A MIS HERMANOS

Por su ayuda incondicional
Por preocuparse por mí
Por estar a mi lado siempre

A MI HNA. LORENA

Por todo su esfuerzo, dedicación y afecto
Por los momentos gratos inolvidables
Porque siempre está en mi corazón

A MIS AMIGOS

Por su apoyo en los momentos difíciles
Por todos sus consejos y muestras de afecto

A MIS SOBRINOS

Por enseñarme lo hermoso de la vida con sus
sonrisas, por su cariño y sigan adelante,
los quiero mucho.

**Muchas Gracias a todos
Neyra Judith**

ÍNDICE TEMÁTICO

Introducción

Capítulo 1 SINDROME DE FATIGA CRONICA (SFC)

1.1 Definición.....	1
1.2 Causas y Diagnóstico.....	2
1.3 Síntomas y evaluación.....	5
1.4 Tratamiento Farmacológico.....	9
1.5 Tratamiento Psicológico (Terapia Cognitivo-Conductual).....	10

Capítulo 2 FIBROMIALGIA (FM)

2.1 Definición.....	14
2.2 Causas y Diagnóstico.....	19
2.3 Síntomas.....	20
2.4 Tratamiento Farmacológico.....	21
2.5 Tratamiento Psicológico (Terapia Cognitivo. Conductual).....	23

Capítulo 3 COINCIDENCIAS Y DIFERENCIAS ENTRE EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA Y FIBROMIALGIA

3.1 Cuadro comparativo de los síntomas que comparten.....	25
3.2 Cuadro comparativo de los síntomas que las hacen diferentes	26

Capítulo 4 TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS Y COMPLEMENTARIOS

4.1 Tratamientos no farmacológicos.....	28
4.1.1 Terapia grupal.....	29
4.2 Actividad física y Ejercicio.....	30
4.3 Reposo y relajación.....	32
4.3.1 Higiene del sueño.....	35
4.3.2 Espiritualidad.....	36
4.3.3 Auto-ayuda.....	37
4.4 Dieta y nutrición.....	37
4.4.1 Dieta para el SFC.....	38

4.4.2 Dieta para la fibromialgia.....	39
4.4.3 Suplementos nutricionales.....	40
4.4.4 Antioxidantes y otras vitaminas.....	41
CONCLUSIONES.....	43
REFERENCIAS.....	47
ANEXOS.....	50

RESUMEN

Actualmente se ha despertado un interés en el ámbito médico-sanitario por las patologías del Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) y Fibromialgia (FM), ya que son consideradas complejas y controversiales por la gran sintomatología que ambas presentan y por los diversos factores desencadenantes.

El SFC es una afección multisistémica, es decir afecta a muchos sistemas del cuerpo humano, (particularmente el nervioso y el inmune) y a sus funciones, es determinada principalmente por la fatiga extrema acompañada de diversos síntomas como el dolor, desajustes del sueño, problemas de concentración, memoria, entre otros.

Por su parte la fibromialgia es una afección músculo-esquelética crónica y dolorosa, caracterizada por la existencia de dolor generalizado y puntos hipersensibles repartidos por todo el cuerpo, todo ello asociados con una sintomatología diversa como alteración de la percepción del dolor (cenestopatía), patrones de sueño anormales, una reducción de la serotonina cerebral y anomalías de la microcirculación y del metabolismo energético del músculo, entre otras.

Los objetivos generales de este estudio fueron: describir el SFC así como la Fibromialgia, incluyendo definiciones y cuadros clínicos de cada una de estas patologías; las posibles causas del Síndrome de Fatiga Crónica y Fibromialgia, así como los factores desencadenantes de cada una de ellas; las coincidencias y diferencias entre el SFC y la FM, los tratamientos a nivel médico y terapéutico que se han empleado, así como los beneficios encontrados.

Finalmente se analizó la gran variedad de alternativas de tratamiento del SFC, sus diversas combinaciones y resultados. Se estableció que el uso de un plan de manejo, aproximación y tratamiento personalizado, permite realizar una intervención eficiente y descartar prácticas que no han obtenido resultados satisfactorios con anticipación. Estos resultados se basaron en el análisis de investigaciones clásicas e investigaciones recientes sobre SFC.

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años se ha constatado el aumento notable de una serie de cuadros clínicos novedosos y resistentes a la sistematización diagnóstica tradicional.

Dentro de ellos, el Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) y la Fibromialgia (FM), cuentan con un cuadro sintomático similar, que a través del diagnóstico diferencial entre ambas, así como el descartar otras posibles causas de dolor y fatiga, se han podido considerar los síntomas de cada una de estas patologías, para un correcto enfoque para su tratamiento médico y terapéutico.

El SFC es también conocido como Encefalopatía Miálgica (EM) en Gran Bretaña y Canadá debido a una epidemia en Londres en 1955, síndrome de disminución de las células asesinas naturales en Japón o Síndrome de Fatiga Crónica por inmunodeficiencia, este último fue descrito en los Estados Unidos en 1988.

Actualmente, según Alegre et al. (2003), las pruebas indican que el SFC afecta a todos los grupos raciales y étnicos así como a ambos sexos, con mayor incidencia en mujeres. El llamado Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) es una enfermedad caracterizada por presentar síntomas neuropsiquiátricos, debilidad muscular, fatiga crónica, es decir un cansancio continuo que se prolonga durante al menos seis meses y que se acompaña de una incapacidad para llevar a cabo tareas laborales, domésticas o de otro tipo sin que pueda distinguirse a una enfermedad médica conocida. En muchos casos aparece tras una enfermedad viral, mientras que en otros existe una asociación con trastornos psicológicos.

Según Arreola (2004), desde hace más de medio siglo la Medicina ha tratado de clasificar las enfermedades en categorías según la naturaleza de sus síntomas, no obstante, el SFC tiene relativamente poco tiempo de haber sido definido como tal, sin embargo su diagnóstico requiere evaluación clínica para descartar procesos médicos o psiquiátricos responsables de la sintomatologías (Sánchez, González & Sánchez, 2005).

Pese a la intensa investigación, todavía se desconoce la causa del Síndrome de Fatiga Crónica. Entre lo que se ha propuesto como detonante del

Síndrome de Fatiga Crónica figura el estrés (sin que exista una base mínimamente sólida al respecto), los tóxicos químicos, la infección vírica y patologías de modelo autoinmune.

En lo que respecta a la Fibromialgia de acuerdo a se considera que es una enfermedad compleja muy común. Se calcula que afecta del 2 al 4% de la población general a nivel mundial. La gran mayoría de los afectados (entre 80 y 90%) son mujeres. La variación de edad de inicio es muy amplia, abarca desde la pre adolescencia hasta la vejez.

Según Martínez (2008), un adelanto importante en el conocimiento de la Fibromialgia fue de un grupo de expertos de Estados Unidos y Canadá que recabaron información detallada de las alteraciones presentadas y el resultado fue que había dos manifestaciones mayores que podríamos considerar definitorias de la Fibromialgia:

1. Dolor difuso crónico en los cuatro cuadrantes del cuerpo. A estos pacientes les duele todo el cuerpo, les duele mucho y el dolor es persistente.
2. Sensibilidad exagerada a la presión en determinadas zonas del cuerpo.

El presente trabajo presenta una revisión de las investigaciones y teorías actuales que explican las causas, diagnósticos y tratamientos del Síndrome de Fatiga Crónica y la Fibromialgia, así como las comparaciones entre ellas, con el fin de conocer las diferencias y similitudes entre estas dos patologías. Para poder entenderlas, se hará un análisis de los síntomas que comparten y de aquéllos que las diferencian. Es fácil que por desconocimiento, se especule que son la misma enfermedad.

Los objetivos generales de este estudio son:

- Descripción del SFC así como de la Fibromialgia, incluyendo definiciones y cuadros clínicos de cada una de estas patologías.
- Presentar posibles causas del SFC y Fibromialgia así como los factores desencadenantes de cada una de estas patologías.
- Cuadros comparativos de las coincidencias y diferencias entre estas dos patologías (SFC y Fibromialgia).

- Informar los tratamientos a nivel médico y terapéutico que se han empleado.

Capítulo 1 SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA (SFC)

1.1 Definición

La fatiga es la respuesta más normal y común que un individuo manifestará como consecuencia de situaciones tales como: despliegue de un importante esfuerzo físico, estrés y falta de sueño, entre los más ordinarios.

Según Barceló (2008), la fatiga prolongada entendida como sensación persistente de agotamiento o dificultad para realizar una actividad física o intelectual continuada es un síntoma prevalente, tanto en atención primaria como especializada, además de ser motivo de considerable preocupación para el paciente que la sufre como para el médico que le atiende. Se considera que de un 5% a un 20% de la población general puede presentar fatiga durante más de un mes en algún momento de su vida, hecho que suele estar en relación con enfermedades o situaciones intercurrentes.

Para Fernández et al. (2011), la fatiga es la sensación de agotamiento o dificultad para realizar actividades físicas o intelectuales cotidianas; es un síntoma y, por tanto, una sensación subjetiva que aprecia el individuo y puede ser expresada o referida de muy diversas maneras. Al igual que sucede en la mayoría de los síntomas, calificar la existencia de fatiga y su valoración cuantitativa es difícil, ya que se basa en un interrogatorio enfocado en sus principales características descriptivas y las situaciones que potencialmente la modifican. La fatiga puede deberse a un trastorno fisiológico no específico o a uno psicológico grave, y que no se aliviará con el reposo. Si presenta un cansancio continuo que se prolonga durante al menos seis meses y que se acompaña de una incapacidad para llevar a cabo tareas laborales, domésticas, o de otro tipo sin que pueda achacarse a una enfermedad conocida, estamos hablando entonces del Síndrome de Fatiga Crónica.

El Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) es una enfermedad con muchos nombres y mucho más síntomas. Otras veces se diagnostica como “Síndrome de Fatiga Postviral”.

El SFC y su amplia gama de síntomas pueden tener un gran impacto en la vida de quien la padece. En junio de 2002, la autoridad sanitaria británica describió el SFC como una “enfermedad real y debilitadora”. La aparición del

SFC puede ser gradual o súbita; por ello enfrentarse al SFC es todo un reto, pero hay muchas formas de tomar el control y aprender a luchar eficazmente contra la enfermedad. El impacto de esta enfermedad orgánica y multisistémica, reduce la actividad de la persona entre el 50% y el 80% de la que realizaba antes de enfermar.

El SFC es una enfermedad crónica que afecta a muchos sistemas del cuerpo humano (particularmente el nervioso y el inmune) y a sus funciones. Sin embargo no se sabe exactamente cuál es la causa de la enfermedad. Los estudios realizados muestran que el SFC afecta al hipotálamo que es la parte del cerebro encargada de regular el sueño, la temperatura corporal y el apetito. Se necesitarán más investigaciones para comprender el papel exacto que juegan estos problemas.

Afecta a hombres, mujeres y niños de cualquier edad, cualquiera que sea su entorno social o su origen étnico. Es más común en las mujeres que en los hombres.

Existe la posibilidad que el Síndrome de Fatiga Crónica constituya el punto final de un cúmulo de factores desencadenantes. Entre lo que se ha propuesto como detonantes figura el estrés, los tóxicos químicos, la infección vírica y patologías de modelo autoinmune.

Sin embargo, todavía no se sabe exactamente cuál es la causa de la enfermedad. Los estudios realizados muestran que el SFC afecta a muchos sistemas. Se necesitarán más investigaciones para comprender el papel exacto que juegan estos problemas. Es por ello que el SFC es considerado como un conjunto de síntomas presentados por un grupo de pacientes y su tratamiento es dependiendo de los síntomas que se presentan y por ello no es definitivo.

1.2 Causas y diagnóstico

De acuerdo a Fernández Solá (2002), entre los factores que ha propuesto como detonantes figuran los siguientes:

Agentes infecciosos: En un principio, debido a su parecido con la mononucleosis crónica, se pensó que el SFC era consecuencia de una infección vírica, en particular, del virus de Epstein-Barr (VEB). Ahora parece evidente que el SFC no tiene una relación clara con las infecciones provocadas por algún agente patógeno humano conocido como los retrovirus humanos, el

herpes virus humano de tipo 6, los enterovirus, la rubéola, la *Cándida albicans*, y más recientemente, los bornavirus y la micoplasma.

Agentes tóxicos (pesticidas, insecticidas, productos químicos): Las sustancias químicas tienen un papel relevante en nuestro entorno y entramos en contacto con ellas constantemente. Las personas con SFC y otras enfermedades complejas, muestran en general una baja tolerancia a los contactos químicos, lo que permite valorar el papel de las sustancias químicas en cada caso concreto, lo cual es importante y debe hacerse de manera metodológica.

Inmunología: También se ha apuntado como causa de la enfermedad a una disfunción inmunológica, como una producción inadecuada de citoquinas o una alteración de ciertas funciones inmunológicas. Algunos investigadores han hallado en numerosos pacientes inmunocomplejos y anticuerpos contra antígenos endógenos, los cuales constituyen un signo característico de enfermedad autoinmune. Sin embargo, no se ha observado el concomitante daño en los tejidos típico de estas patologías.

Existe la hipótesis que afirma que una serie de detonantes, como los tóxicos químicos o las infecciones víricas, causan una manifestación crónica de citoquinas, y éstas inciden en el Síndrome de Fatiga Crónica. Se sabe que la administración de citoquinas en dosis terapéuticas provoca fatiga, pero jamás se ha identificado en los pacientes un cuadro característico de secreción crónica de citoquinas. Si existe una relación causal entre las citoquinas y el SFC, es probable que sea compleja, varios estudios han revelado que los pacientes tengan un historial de alergias mayor que los grupos de referencia sanos. Las alergias podrían ser un factor de predisposición, pero no puede ser el único, ya que no todos los pacientes padecen alergias.

Eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal (HPA, por sus siglas en inglés): Numerosos estudios de laboratorio han indicado que el sistema nervioso central contribuya en forma decisiva. El estrés físico o emocional, el cual activa el eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal, o el eje HPA (por sus siglas en inglés), lo que provoca un aumento en la producción de cortisol y otras hormonas. El cortisol y la corticotropina (CRH, por sus siglas en inglés), que también se produce a raíz de la activación del eje HPA, influyen en el sistema inmunitario, así como en una gran cantidad de sistemas corporales. Dicha

activación acaba produciendo un efecto inverso que contribuye al desarrollo del Síndrome de Fatiga Crónica en personas susceptibles.

Carencias alimenticias: Numerosos pacientes tienen intolerancia a ciertas sustancias que se hallan en los alimentos o en medicamentos, como el alcohol o el aspartamo, edulcorante artificial. Aunque no se dispone de pruebas que demuestren las carencias alimenticias de los pacientes, debemos mencionar que una dieta sana y equilibrada puede mejorar la salud en general y sería de esperar que tuviera efectos positivos en todas las personas.

Algunos pacientes desarrollan la Intolerancia Química Múltiple que les produce intolerancias ya no solo a los olores o a determinados tóxicos, sino incluso a medicamentos y alimentos.

Cambios de clima: Algunos pacientes con SFC relatan que se encuentran mejor en climas más secos o más cálidos. En este sentido es conveniente recordar que la distribución de la enfermedad en todo el mundo es muy homogénea (0,5%), y por lo tanto es difícil que el clima influya de forma determinante. A veces se trata más de un cambio de los hábitos de la vida o un alejamiento del entorno, lo que condiciona esta mejoría que no se acostumbra a mantener en el tiempo.

Para Valverde et al. (2007), las alteraciones endocrinológicas en el SFC están relacionadas principalmente con el estrógeno; por eso el SFC, como otras enfermedades inmunológicas (artritis reumatoide, esclerosis múltiple) se presenta más en mujeres.

Cuando ya se ha desencadenado la enfermedad, hay factores que perpetúan el padecimiento. El factor principal son los propios desarreglos del sistema inmunológico, que hacen que empeore la enfermedad, generando un círculo vicioso. También se pueden detectar desarreglos bioquímicos donde se centran ahora las investigaciones más importantes sobre el SFC y la fibromialgia.

Dado que el sistema inmunológico no funciona bien, los virus se reactivan y cuando la persona está expuesta a nuevos virus, bacterias y hongos, no puede defenderse de ellos. Estas nuevas infecciones empeoran y perpetúan el SFC. Los patógenos más comunes que se encuentran activos en personas con SFC son los virus de la familia Herpes, como el Epstein-Barr (el virus que causa la mononucleosis), el citomegalovirus o el HHV-6.

En lo que se refiere al diagnóstico, Jason et al. (2008), dice que el médico de asistencia primaria debería poder orientar un diagnóstico de Síndrome de Fatiga Crónica, ya que no existe una prueba que pueda confirmar de forma indubitable. Existen una cantidad de análisis, de varios tipos, que varían de un médico a otro, pues no existe un protocolo universalmente aceptado. Los siguientes constituyen una serie de pruebas típicas que sirven de patrón para excluir otras causas del Síndrome de Fatiga Crónica: Hemograma completo, VSG, proteína C Reactiva, Bioquímica básica (perfil renal e iónico), proteinograma, Creatinasa, TSH, Análisis Básico de orina y cortisol de 24 horas, radiografía de tórax y EKG.

Son imprescindibles una historia médica completa para su diagnóstico, un examen físico, un examen del estado mental y pruebas de laboratorio con miras a detectar afecciones subyacentes o agravantes que pudiera requerir tratamiento. De acuerdo a Sánchez et al. (2005), los casos de fatiga crónica clínicamente evaluada e inexplicada se podrán clasificar como SFC si el paciente cumple los dos criterios siguientes:

1. Fatiga crónica evaluada, inexplicada y persistente o recurrente, de aparición nueva o definida en el tiempo (es decir, no de toda la vida), que no sea resultado de esfuerzos actuales, no se alivie sustancialmente con el reposo y determine una reducción importante de los niveles anteriores de actividad ocupacional, educacional, social o personal.
2. La presencia simultánea de cuatro o más de los siguientes síntomas: disminución importante de la memoria breve o de la concentración; dolor de garganta; sensibilidad dolorosa de ganglios linfáticos, mialgia; artralgia múltiple sin hinchazón, ni enrojecimiento; cefaleas nuevas por su tipo, sus características e intensidad; sueño no reparador y malestar consiguiente al esfuerzo y que dure más de 24 horas. Estos síntomas deben haber persistido o recurrido durante seis o más meses consecutivos de enfermedad y no ser anteriores a la fatiga.

1.3 Síntomas

En esta enfermedad los síntomas más llamativos y constantes son la fatiga y el agotamiento. Almodóvar (2012), presenta una lista de los síntomas del SFC:

- ❖ Fatiga o agotamiento
- ❖ Dolor de cabeza
- ❖ Falta de sueño reparador
- ❖ Fiebre o sensación de fiebre
- ❖ Malestar general
- ❖ Pérdida de memoria reciente
- ❖ Visión borrosa
- ❖ Sensibilidad a las luces intensas
- ❖ Dolor muscular
- ❖ Dolor abdominal
- ❖ Mareo
- ❖ Dificultad para concentrarse
- ❖ Dolor en las articulaciones
- ❖ Depresión
- ❖ Insomnio
- ❖ Irritación ocular
- ❖ Adormecimiento y/u hormigueo en las extremidades
- ❖ Alergias
- ❖ Meteorismo
- ❖ Palpitaciones
- ❖ Dolor en ganglios linfáticos
- ❖ Dolor de garganta
- ❖ Sudores nocturnos
- ❖ Desmayos
- ❖ Estreñimiento
- ❖ Escalofríos
- ❖ Disnea
- ❖ Vértigo
- ❖ Torpeza
- ❖ escozor al orinar
- ❖ Disfunción sexual
- ❖ Caída de cabello

Estos síntomas componen un cuadro de perfiles muy definidos que resultan casi idénticos de un paciente a otro.

Por su parte Jason et al. (2008), divide la sintomatología en tres áreas: clínica, neurológica y psiquiátrica.

Área clínica: Además de la vivencia del cansancio, tiene especial importancia la presencia de febrícula, con o sin escalofríos, la sudoración nocturna y la debilidad muscular, que constituye el alma del síndrome, el paciente puede presentar dolores musculares o articulares. Otros antecedentes de importancia relativa son las faringitis o molestias faríngeas, las adenopatías dolorosas, la hipersensibilidad cutánea y la diarrea persistente.

Área neurológica: Cefalea, pérdida de memoria, trastornos visuales e insomnio.

Área psiquiátrica: Cambios bruscos del estado de ánimo, descenso de las funciones cognitivas, disminución de la volición; estos pacientes pueden presentar ataques de pánico.

Para Fernández (2002), entre las pautas para el diagnóstico y estudio del SFC, son imprescindibles: una historia médica completa, un examen físico, un examen del estado mental y pruebas de laboratorio con miras a detectar afecciones subyacentes o agravantes que pudieran requerir tratamiento.

Arreola (2004), advierte que se presentan tres obstáculos cuando se diagnostica un caso de SFC: el primero es que los mismos síntomas que definen al síndrome no se aplican de manera uniforme a todos los pacientes, menciona que no existen parámetros bioquímicos de laboratorio para establecer una equidad entre los diversos estudios. Segundo, las observaciones de los casos por parte de los investigadores, son más subjetivas que objetivas y existen muchas variables no controlables en las respuestas y tercero, los resultados obtenidos en los distintos estudios tienen una técnica científica deficiente como lo demuestran las discrepancias.

Es muy importante de acuerdo a García (2008), que en el proceso de diagnóstico diferencial del SFC se puedan descartar otras enfermedades, tales como la depresión mayor, hipocondría, el trastorno de conversión, la somatización y el trastorno somatomorfo. El descartar que una patología psiquiátrica pueda ser la causa de la fatigabilidad anormal y el complejo sintomático asociado es fundamental para poder enfocar correctamente el problema del enfermo. Entre los análisis clínicos se encuentran:

- Hemograma completo
- VSG y PCR
- Perfil bioquímico hepático
- Albúmina
- Inmunoglobulinas
- Fosfatasa alcalina
- Creatin Kinasa
- Glucosa
- Calcio
- Fósforo
- Pruebas de función tiroides (TSH y T4)

Otro estudio que según el Instituto Ferrán (http://www.institutferran.org/documentos/todo_sobre_SFC.pdf), se debe realizar son las pruebas serológicas para virus Epstein-Barr, enterovirus, retrovirus, herpes, virus humano tipo 6 y candida albicans, la prueba de la función inmunológica, incluidos estudios de función celular y los estudios por imagen, incluidos escanogramas por resonancia magnética y escanogramas por radionúclidos (tomografías computarizadas). Cabe mencionar que los pacientes de SFC difieren en su experiencia de la enfermedad y también en la duración de sus síntomas, algunos progresan bien, mientras que la mayoría permanecen enfermos durante años, lo que quiere decir que el tratamiento farmacológico y alternativo se orientará a reducir los síntomas y hacer que la enfermedad sea mucho menos desagradable a corto plazo. Aunque lo más importante es ampliar las expectativas de recuperación y acelerar su proceso, reducir el riesgo de recaídas y episodios de la enfermedad.

En el Anexo 1 se presenta un cuestionario utilizado para evaluar la presencia del SFC (véase Anexo 1).

En 2011, Coffin et al. validaron un instrumento para población latina que permite diagnosticar la frecuencia y severidad de los síntomas del SFC. Este cuestionario tiene una versión virtual en la web www.cuved.com.mx/fatiga

1.4 Tratamiento farmacológico

Los tratamientos farmacológicos van encaminados a aliviar los síntomas específicos. En este síndrome se ha examinado la utilidad de numerosos medicamentos, pero ninguno ha demostrado ser verdaderamente eficaz. Un elemento importante para el tratamiento consiste en valorar la gravedad del SFC, ya que puede variar mucho de un paciente a otro.

Una escala reconocida en España es la del Hospital Clinic de Barcelona del 2002, en la que se definen cuatro grados de afectación según la repercusión en la fatiga del paciente y en su calidad de vida.

Grado I: El paciente presenta fatiga ocasional u oscilante, sin limitación significativa (menos del 50%) en la actividad laboral y en las actividades de la vida cotidiana.

Grado II: Presencia de fatiga persistente, oscilante pero sin mejora, comarcada repercusión (más del 50%) en la actividad laboral y también en las actividades de la vida cotidiana.

Grado III: Fatiga marcada que no permite hacer ningún tipo de actividad y que limita a más del 80% la autonomía y las actividades de la vida cotidiana.

Grado IV: Fatiga extrema que precisa ayuda de otras personas para las actividades básicas y que imposibilita la autonomía y las actividades de la vida cotidiana.

García (2008), afirma que los analgésicos y los antiinflamatorios no esteroides (medicamentos utilizados en general en las enfermedades reumáticas), no han demostrado ser efectivos. Si se utilizan en pautas prolongadas, se corre el riesgo de inducir efectos secundarios de consideración (úlceras gástricas). En general, los médicos sólo recurren a este tipo de medicamentos durante las fases de dolor agudo y siempre durante un periodo de tipo limitado.

Los corticoides, que son medicamentos antiinflamatorios muy potentes, carecen de utilidad en este proceso porque el dolor no se asocia con una inflamación. Para los trastornos de sueño se utilizan hipnóticos con un efecto sobre la fase de sueño profundo (fase IV no REM de ondas delta lentas), con el objetivo de normalizarla (trazodona, por ejemplo) parece mejorar el sueño, el dolor y el estado general de los pacientes.

Los sedantes y ansiolíticos pueden contribuir a reducir el umbral del dolor, inducen a una relajación muscular y favorecen el sueño. Sin embargo, sólo se prescriben bajo vigilancia médica y en períodos de crisis aguda. Los antidepresivos triciclos son drogas emparentadas químicamente con los antipsicóticos de estructura tricíclica, debido a que ejercen sus efectos principalmente sobre el sueño y el dolor, ya que disminuyen el umbral del dolor así como los síntomas de depresión. En la actualidad se están estudiando los nuevos antidepresivos denominados SSRI (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina). Los resultados de estos son controvertidos debido a los diversos efectos colaterales que el paciente a parte de sus síntomas tiene que padecer, por lo que se recomiendan también otras terapias alternativas para aliviar los síntomas.

1.5 Tratamiento Psicológico (Terapia Cognitivo-Conductual)

Dado que los pacientes mencionan conflictos psicológicos, toleran mal la frustración, son hiperactivos a la ansiedad y el estrés y en muchos se ha observado una personalidad neurótica, es indispensable proveer al paciente del apoyo de una psicoterapia adecuada que le ayude a comprender las diferentes esferas de su vida y de este síndrome.

Muchos de los pacientes que padecen el SFC, se caracterizan por ser perfeccionistas y responsables antes de la aparición de la fatiga y por plantearse metas muy altas en su trabajo. Suelen tener estilos de vida hiperactivos antes de la aparición del trastorno, se exponen con frecuencia a situaciones de desgaste emocional, y tienen tendencia a presentar dicho estrés de forma somática más que en forma de síntomas emocionales. El trastorno suele aparecer en momentos de un elevado estrés provocado por dificultades en el trabajo o en sus relaciones personales.

Los esquemas de pensamiento de estas personas están formados por ideas como: “Para ser captado por los demás y por mí mismo debo alcanzar grandes metas, y controlar mis emociones y no mostrar debilidad”.

Es por ello, que la terapia cognitivo-conductual es una forma de tratamiento no farmacológico basada en un análisis detallado de los pensamientos del paciente y sus creencias acerca de la enfermedad y la forma en que se enfrenta con ella. El objetivo principal de la terapia es identificar

cuáles creencias, “cogniciones” y conductas pueden estar perpetuando los síntomas del paciente y su discapacidad actuando como obstáculos para la recuperación.

Herrera et al. (2009), menciona que la terapia cognitivo conductual comprende un conjunto de técnicas y elementos para la colaboración entre el terapeuta y paciente, una evaluación sistemática de los pensamientos y conductas más comunes de algunos pacientes, teniendo una visión menos catastrófica al interpretar los síntomas, que sería el cambio cognitivo y por lo tanto un cambio conductual para estabilizar la actividad y resolver la evitación. Incrementa las habilidades de afrontamiento, promover patrones de sueño reparador, el manejo del estrés y llevar una vida más asertiva en cuanto a los pensamientos y la toma de decisiones.

Debe estar enfocado a cambiar las conductas y cogniciones relacionadas a una condición. Suele ser efectiva en condiciones tales como el pánico, la depresión, el desorden obsesivo-compulsivo, entre otras. La terapia está dirigida a cogniciones específicas y conductas relevantes para cada desorden, lo que implica que no se usan las mismas técnicas para todos los problemas.

Para el caso del SFC, la ausencia de una explicación somática no excluye la posibilidad de que un evento somático pueda haber disparado los síntomas. Por ello, es necesario distinguir los factores que inician la queja o los síntomas, de aquellos que los mantienen. Los factores facilitadores hacen a las personas más vulnerables al desarrollo del SFC. Existen muchas evidencias acerca de los factores que mantienen el SFC, y la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), se aplica para dichos factores.

La Terapia Cognitivo-Conductual en la fatiga crónica se basa en la suposición que la fatiga está relacionada a pensamientos y conductas operantes que pueden ser alteradas mediante una reevaluación cognitiva y una prescripción conductual. Los pacientes con SFC han tenido una reducción importante en el reforzamiento positivo, seguido de la fatiga. Esta fatiga es impactada por distracciones cognitivas tales como creencias catastróficas, exageradas, auto-depreciación e intolerancia de los síntomas, todo esto dispara emociones negativas tales como la depresión, el desánimo, enojo y ansiedad. Restringiendo el rango de actividades se evita fatiga severa y

reacciones a los síntomas y limitaciones de pensamientos estresantes, ya que es así como el paciente establece un ciclo de estrés emocional, más fatiga y estrés emocional.

Las técnicas más empleadas son:

1. Entrenamiento en relajación, como una habilidad de afrontamiento hacia el estrés diario, en relación a la familia, trabajo y actividades sociales.
2. Enfoque a la respiración
3. Imágenes placenteras
4. Imágenes saludables
5. Inducción del humor placentero en la intervención del tratamiento
6. Sostener un humor placentero y energético
7. Pausar la actividad: Moderar la actividad para minimizar el típico patrón de sobrecarga de trabajo con niveles de energía grandes y la exacerbación de un colapso conductual con las consecuencias de mayor estrés, desánimo y frustración.
8. Graduar la actividad y la estructura diaria de vida.
9. La teoría del sobre: Permite explorar la relación entre los niveles percibidos de energía y los niveles gastados, así como la fatiga reportada.
10. Generar estrategias de afrontamiento en el paciente.
11. Afrontamiento ante la incredulidad de otros acerca del SFC que presenta el paciente.
12. Influencia del apoyo social.
13. Técnicas ante el olvido

Otra técnica, la saturación cognitiva, consiste en permitir tiempo extra para completar actividades, minimizar distracciones, patrón diario de actividades en una rutina, dividir las tareas, observar signos de incremento en fatiga mental y tener descansos y un programa de técnicas de relajación antes de estudiar, aprender, reducir la confusión e incrementar la atención. El SFC afecta a la persona entera. No es una simple enfermedad comunicable, que se pueda atribuir a una sola causa, es más bien el resultado de múltiples factores que vienen juntos. El SFC tiene un amplio rango de severidad sintomática. Sin embargo para Valverde et al. (2007), afirma que no se trata de una incapacidad

interminable y que los pacientes se recuperan gradualmente. Detrás de las fases agudas y crónicas, hay una fase de recuperación. En la fase de recuperación se presenta un ascenso gradual hacia la salud, presentándose brotes y remisiones de varios grados. Los brotes generalmente se hacen menos severos, por lo observado duran menos y el tiempo entre ellos aumenta.

Los pacientes en fase de recuperación a menudo pueden indicar el momento en el que pareció haber un cambio positivo en el patrón global de los síntomas. Se le atribuye este cambio a una variedad de factores, como un tratamiento médico, cambio en el estilo de vida, reducir dramáticamente las horas laborales, abandonar un trabajo estresante o dejar una relación disfuncional. Otros pacientes destacan un cambio en la relación consigo mismo, un giro hacia dentro y la implicación en la auto-ayuda durante la fase de recuperación, la persona aprende a observar las señales corporales y a monitorear la vulnerabilidad pues es cíclica. También afirman haber disminuido la depresión, la ansiedad.

La TCC en combinación con otros tratamientos para el SFC es más beneficiosa. Por ello, Herrera (2009), sugiere:

Llevar un diario de energía: Sirve como una guía para determinar qué límites debería establecer para las actividades y de cómo planificar en función de los cambios en su nivel de energía a lo largo del día (Teoría del sobre).

Hacer frente a los pensamientos desalentadores: esto le ayudará a pasar de la idea de “No soy lo suficientemente fuerte” a las ideas de “Sí puedo controlar”

Aprender a ser flexible: Adaptarse cuando los niveles de energía que varían de día a día.

Establecer límites: Muchas personas con SFC necesitan aprender a seguir su propio ritmo. Evitar hacer ejercicio en exceso para que no vuelva la fatiga.

Priorizar y delegar tareas: Identificar las actividades que son más importantes y asignar a sus familiares tareas.

Aceptar las recaídas: Habrá días en que habrá recaídas, las cuales deben ser aceptadas.

Capítulo 2 FIBROMIALGIA (FM)

2.1 Definición

La Fibromialgia (FM), es un síndrome de curso crónico, etiología desconocida de elevada prevalencia tanto en población general (0.5%-4%), como en atención primaria (2%-6%), y afecta a la esfera biológica, psicológica y social del paciente. Se caracteriza principalmente por dolor crónico músculo-esquelético generalizado de origen articular y por una elevada sensibilidad en múltiples puntos predefinidos. Afectando principalmente a las mujeres de acuerdo a García (2008).

Según Martínez (2008), la FM es un padecimiento complejo muy frecuente y se caracteriza por dolor crónico generalizado, y sensibilidad a la presión en determinadas zonas del cuerpo, además de una amplia gama de síntomas que afectan la calidad de vida de los que la padecen.

Quevedo (2004), afirma que fue descrita por primera vez en el siglo XIX bajo el nombre de neurastenia. En este caso se describía como un síndrome caracterizado por la fatiga y dolor nervioso además de la sensibilidad exagerada en ciertos puntos (los que hoy en día se llaman puntos gatillo o tender points y que son claves para el diagnóstico de la enfermedad).

La era científica en el conocimiento de la fibromialgia comenzó en la década de los setenta del siglo pasado. Como reconocimiento a la ausencia de fenómenos inflamatorios, en 1981 se cambió el término fibrositis (que significa “inflamación del tejido fibroso”) por fibromialgia (“dolor en músculos y tejidos fibrosos”). En esta época dan comienzo las investigaciones que acabarán por probar la existencia de irregularidades en el cerebro durante el sueño. Sin embargo, no existían criterios diagnósticos precisos que permitieran definir mejor la enfermedad y diferenciarla de otros padecimientos reumáticos. Un adelanto importante en el conocimiento de la fibromialgia se dio en 1990, con la publicación de los criterios de clasificación promulgados por el Colegio Americano de Reumatología.

En 1992 la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoció la fibromialgia como enfermedad reumática caracterizada por dolores difusos y puntos dolorosos diana o gatillo (véase Fig. 1). Estos son:

1. Occipucio: Punto debajo del cráneo donde ingresa el músculo trapecio.

2. Cervical inferior: Cara anterior de los espacios intertransversos
3. Trapecio: Punto intermedio del borde superior.
4. Supraespinoso: Por encima del borde medial de la espina escapular
5. Segunda costilla: Articulaciones costoverbrales
6. Epicóndilo Lateral: Dos centímetros debajo de la parte frontal de los codos (epicóndilos).
7. Glúteo: Pliegue de los cuadrantes superiores externos de las nalgas.
8. Trocánter mayor: Por debajo y detrás de la unión del fémur con la cadera.
9. Rodilla: En la bola adiposa antes de llegar a la articulación.
10. Músculos Escaleno.

Fig. 1. Puntos de dolor según el Centro de Fisioterapia y Bienestar Portofisios



En el momento presente, la fibromialgia es una enfermedad conocida aunque puede que no del todo aceptada, como demuestra el hecho de que muchos profesionales de la salud la continúen considerando una dolencia psicósomática (es decir, la fibromialgia se originaría en la mente y se manifiesta en el cuerpo). Bajo este punto de vista ya no sería una dolencia relacionada con las enfermedades reumáticas sino con las psicológicas. Sin embargo cada

vez son más los estudios y los profesionales de la salud que la consideran una enfermedad real y, en consecuencia se sigue avanzando en su tratamiento.

Martínez (2008), define a la Fibromialgia como una enfermedad compleja muy común. La variación de edad inicio es muy amplia, abarca desde la pre-adolescencia hasta la vejez. Las dos características que diferencian a la Fibromialgia son el dolor crónico generalizado y persistente y la sensibilidad exagerada a la presión en determinadas zonas del cuerpo. Estas dos características definitorias están presentes en la FM junto con otras molestias muy diversas. La sensación dolorosa se acompaña de una reacción emocional negativa, que las personas frecuentemente expresan en forma de gesticulaciones que pueden llegar al llanto. Este componente emocional esta explícito en la definición del dolor.

Cuando se inflige un daño a nuestro organismo, la sensación dolorosa se transmite a través de nervios periféricos específicos hacia la médula espinal, una central nerviosa que corre por dentro de la columna vertebral.

En la médula espinal se establecen interconexiones que podrían definirse como estaciones de relevo y de modulación. Dichas estaciones se encuentran en unos ganglios ubicados en las raíces posteriores de los troncos nerviosos que nacen de ella, y también dentro de la misma médula, en sus astas dorsales. En estas localizaciones se procesan y modula la sensación dolorosa y se transmite al cerebro.

Otros sitios adicionales de modulación del dolor, que también actúan como centrales de alarma, son ciertas partes del tallo cerebral, como el hipotálamo y el tálamo. Estos centros activan de manera automática al sistema de respuesta a la agresión, que está compuesto principalmente por el sistema nervioso autónomo, el cual es nuestro sistema principal de regulación interna y de adaptación al medio ambiente.

El otro componente del sistema de respuesta al estrés es el eje hormonal que secreta la cortisona interna. Finalmente, el estímulo doloroso llega a la corteza cerebral, en donde la sensación se vuelve consciente y obliga al individuo a poner atención inmediata al estímulo doloroso y a tomar medidas urgentes para intentar eliminar su causa.

Es importante diferenciar el dolor de corta duración (dolor agudo,) del dolor de larga duración (dolor crónico). El dolor agudo es señal de alarma que

nos dice que nuestro cuerpo ha sido agredido, y por ende demanda una respuesta inmediata.

Con la cronicidad del dolor, la sensación se puede convertir en una enfermedad. Éste precisamente es el caso de la fibromialgia, la cual, desde este punto de vista el dolor se divide en dos grandes vertientes: El asociado a un daño persistente en las estructuras del cuerpo (los médicos lo llaman dolor nociceptivo, ejemplo de este tipo es el que aqueja a los pacientes con cáncer y artritis). En dichos casos, existe una inflamación y un daño constante, que las fibras nerviosas están incesantemente transmitiendo al cerebro. En contraste, el otro tipo de dolor se debe a una alteración intrínseca de las fibras nerviosas encargadas de transmitir los impulsos dolorosos. A este tipo de dolor se le denomina neuropático. En estos casos, no hay daño en la estructura del cuerpo, este es el tipo de dolor que se presenta en la fibromialgia.

Gómez (2008), afirma que fibromialgia significa dolor en los músculos, ligamentos y tendones, las partes fibrosas del cuerpo. Es una afección músculo-esquelética crónica y dolorosa, caracterizada por la existencia de dolor generalizado y puntos hipersensibles repartidos por todo el cuerpo, todo ello asociado con alteración de la percepción del dolor (cenestopatía), patrones de sueño anormales, reducción de la serotonina cerebral y anomalías de la microcirculación y del metabolismo energético del músculo.

Para Rivera (2011), la Fibromialgia es una patología de elevada prevalencia (2% de la población en España, con un 95% de mujeres entre los afectados), y que puede ocasionar una marcada limitación a quien la sufre, lo que, en muchas ocasiones, dificulta de manera importante el desarrollo de sus actividades. Mientras que en México, se estima que afecta entre el 1 y el 3 por ciento de la población en general.

Almodóvar (2012), afirma que la mujer actualmente asume demasiados roles, soporta sobrecargas de responsabilidades, sufre exceso de estrés y tolera una desmesura de tiempo invertido para los otros y no para sí misma. (Véase Anexo 2 Ejercicio: Valorar tu estilo de vida).

Esta carga psicofísica ha jugado un papel fundamental en el empeoramiento de su salud en general. La mujer tiene peor salud que el hombre por características de género, pero aun así ha necesitado demostrar que las metas y las conquistas se hacen con esfuerzo, pero ha terminado

pagando la factura, porque estas enfermedades contemplan un amplio espectro de población femenina entre 35 y 55 años, con diagnóstico de Síndrome de Fatiga Crónica o Fibromialgia.

Un estudio llevado a cabo por David (1990), citado en Coffin et al. (2011) reportó que las mujeres más que los hombres atribuían su fatiga a la responsabilidad de cuidar a sus hijos, encontrando que existía un alto riesgo sensiblemente mayor de fatiga entre madres solteras.

Para algunos científicos, la sustancial diferencia entre géneros que se constata podría deberse a los efectos de las hormonas que están más presentes en las mujeres sobre los mecanismos neuro-hormonales, pero para Elena Navarro, presidenta de la plataforma para Fibromialgia, síndrome de fatiga Crónica y Sensibilidad Química Múltiple (www.plataformafibromialgia.org), lo que en realidad sucede es la enorme desigualdad de trato en una sociedad donde la mujer empezó a convertirse en activista de sus propios derechos a partir de los años setenta del siglo pasado y por lo tanto la FM es una enfermedad social.

La incorporación a las universidades, al trabajo o a los estudios que la capacitaran para incorporarse al mercado laboral representó una gran motivación, pero la consecución tuvo que ser asumida sin abandonar los roles que tenía encomendados por historia, tradición y cultura: ser madre, esposa, cuidadora, administradora del hogar, educadora y tuvo que compatibilizar con las nuevas tareas, y con ello esfuerzos físicos y mentales que terminaron por enfermarse.

De acuerdo a Ortiz (2003), incluye a la FM dentro de las enfermedades de moda, pudiendo ser utilizada como mecanismo de racionalización de problemas psicosociales o como mecanismo de afrontamiento o incluso como forma de vida. En un estudio realizado con pacientes mujeres con fibromialgia se describieron como exigentes, cuidadosas, ordenadas, honestas, responsables, morales y meticulosas. Estas pacientes presentan un índice neurótico significativo y autoimagen débil. Otras presentan una personalidad con mayor vulnerabilidad psicológica (mayores eventos traumáticos infantiles, pesimismo, desesperanza, dependencia y pasividad, negación de problemas y atribución de la disfunción psicosocial a los problemas físicos). Elevado

catastrofismo o creencias pesimistas, estas ideas juegan un papel muy importante en el dolor y la depresión.

La investigación de profesionales de la salud, ha logrado dilucidar que la fibromialgia tiene relación directa con temas que afectan a las mujeres desde su infancia ligados a malestares no enunciados: el abuso a la discriminación, la manipulación, las dobles y triples cargas de trabajo, cargas emocionales, entre otras dolencias de género, por eso la describen como el dolor del alma a través del cuerpo.

2.2 Causas y diagnóstico

Actualmente se siguen realizando diversas investigaciones buscando las causas del síndrome de fibromialgia, llevándose a cabo experimentos en el campo de la neuroendocrinología, la inmunología y la fisiología del ejercicio.

Según Gómez (2008), hasta el momento su causa permanece desconocida, no obstante, se conocen algunos desencadenantes, entre los que se encuentran:

- Infecciones tanto virales como bacterianas
- Accidentes u otra enfermedad simultánea (artritis reumatoide, lupus eritematoso o hipotiroidismo).
- Trauma físico (accidente automovilístico, divorcio, problemas con los hijos, etc.)
- Estrés emocional
- Predisposición genética
- Patrón hereditario
- Tóxicos químicos
- Disfunción del sistema nervioso central
- Trastornos hormonales
- Irregularidades en algunos neurotransmisores (serotonina)

Philippe (2010), declara que en la actualidad no existe ninguna posibilidad de establecer un diagnóstico de la enfermedad mediante exámenes de laboratorio o radiografías. El diagnóstico se basa exclusivamente en los síntomas y en el examen clínico. Las personas afectadas parecen estar en muy buena forma física y no se dispone de ningún criterio de laboratorio o radiológico que traduzca sus dolores y su fatiga.

Por su parte Quevedo (2004), sugiere realizar un diagnóstico diferencial, descartando otras enfermedades que comparten características con la fibromialgia. Entre ellas están las enfermedades autoinmunes (aquellas en que el sistema inmunológico del paciente se vuelve contra él mismo, de algún modo reconoce como extrañas las células del propio cuerpo y responde como si de una infección se tratase). Las más frecuentes son: Lupus eritematoso sistémico (LES), Poliomiocitis, Síndrome de Sjogren (síndrome de los ojos secos), Poliartritis reumatoide, Hipotiroidismo, Hiperparatiroidismo, Osteomalacia, Polineuropatía diabética, Síndrome doloroso miofascial, Encefalomielitis miálgica y SFC. En el anexo III existe un cuestionario para diagnosticar la FM (véase Anexo 3).

2.3 Síntomas

Existen síntomas muy diversos relacionados con la fibromialgia, a continuación se nombran los más frecuentes:

- Dolor muscular
- Fatiga
- Rigidez
- Parestesia (hormiguelo y cosquilleos poco definidos que afecta a extremidades, sobretodo a las manos)
- Síntomas del tórax
- Piernas inquietas
- Cefaleas puntuales o crónicas y dolor en los músculos faciales
- Depresión y ansiedad
- Hipersensibilidad sensorial
- Síntomas de la piel, ojos y boca
- Alergias
- Alteraciones del sueño
- Vejiga irritable/colon irritable
- Candidiasis
- Adormecimiento y/u hormiguelo en las extremidades
- Apneas (parece pararse la respiración mientras duermes)
- Aumento de peso

- Bruxismo (rechinar de los dientes que provoca desgaste del esmalte dental por fricción o incluso fisuras y fracturas en los dientes)
- Dolor ocular
- Mareos
- Fiebre de pocas décimas o sensación de fiebre
- Sensibilidad a sustancias químicas
- Sudores nocturnos y fiebre

Gómez (2008), describe que el dolor es el síntoma más importante de la fibromialgia, el dolor es difuso, mal delimitado, que afecta a una gran parte del cuerpo, en algunas ocasiones el dolor comienza de forma generalizada, y en otras en un área determinada, como el cuello, el hombro, la columna lumbar, etc., desde donde se ha extendido.

El dolor de la fibromialgia se describe como un dolor muscular profundo, quemazón, molestia o como si algo se clavara o quemara. Con frecuencia los síntomas varían en relación con la hora del día, el grado de actividad, cambios de tiempo, la falta de sueño o el estrés.

Otros síntomas son el entumecimiento, es decir rigidez generalizada de los músculos, sobre todo al despertarse por las mañanas y sensación de hinchazón en manos y pies.

A pesar de que a muchos pacientes se les diagnostica depresión o trastornos ansiosos, éstos a menudo son resultado de los dolores crónicos y la desazón que provoca la fibromialgia. Otros síntomas que pueden presentarse con mayor frecuencia son las menstruaciones dolorosas, sequedad de ojos y boca, incremento de la miopía y el astigmatismo y síntomas menopáusicos exacerbados con sofocos intensos y desequilibrios hormonales.

2.4 Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico según Quevedo (2006) para la fibromialgia, incluye analgésicos, anti-inflamatorios, relajantes musculares y los fármacos que se clasifican como anticonvulsionantes.

Los antiinflamatorios se recetan para aliviar el dolor muscular y suelen ser llamados no esteroides, es decir como la aspirina e ibuprofeno principalmente y siempre en dosis moderadas. En contraste, los esteroides son

los que se recetan para los problemas reumáticos y parece que no tienen un efecto notable sobre el dolor en la fibromialgia.

Según Rivera (2011), los relajantes musculares como el Flexeril (ciclobenzaprina) se destina a mejorar la calidad del descanso. Este tipo de fármacos han demostrado ser eficaces a la hora de normalizar el sueño del paciente con fibromialgia. Aunque también se recetan ansiolíticos con cierta frecuencia, dado el peligro de dependencia que algunos conllevan, es recomendable tomarlos bajo estricto seguimiento médico y solo en periodos críticos de la enfermedad.

Los antidepresivos también se dividen en dos conjuntos, los llamados tricíclicos, y los similares al Prozac (llamados ISRR, siglas que provienen de Inhibidor Selectivo de la Receptación de Serotonina). Estos fármacos han demostrado tener efectos positivos en la mejora del sueño y el estado de ánimo de muchos pacientes. También es verdad que pueden acarrear efectos secundarios no deseados como sequedad de boca, somnolencia diurna y estreñimiento que siempre son leves; al combinar fármacos en dosis adecuadas de ambos tipos logran reducir estos efectos indeseados.

Para Martínez (2008), el peligro constante es que al paciente se le administre uno o más medicamentos por cada síntoma (para el dolor de cabeza, el dolor muscular, el intestino irritado, la cistitis, la ansiedad, entre otros). Consumir múltiples medicamentos no mejora la enfermedad y pone en peligro al paciente de desarrollar efectos colaterales indeseables, ya que son sensibles a los fármacos por la fibromialgia, por ello es necesario que un solo médico coordine el tratamiento, actualmente reumatólogos, médicos internistas y psiquiatras son los especialistas en manejar mejor la fibromialgia. Martínez (2006), afirma que el médico más adecuado es aquel que entienda y que crea en la fibromialgia, que tenga una visión integral de la medicina y que esté familiarizado y sea capaz de diferenciar esta enfermedad de los múltiples padecimientos con los cuales puede confundirse.

En la fibromialgia existe una producción excesiva de adrenalina, por tanto, es necesario emplear medicamentos antagonistas de esta sustancia en dosis bajas (10 miligramos dos veces por día, como dosis inicial), ya que es un bloqueador de los receptores beta de adrenalina, llamado propanolol, se ha aplicado en mujeres jóvenes con fibromialgia aquejadas de palpitaciones

cardíacas, crisis de ansiedad, desmayos, con aparente buen resultado, debido a que en la fibromialgia hay una incesante hiperactividad del sistema simpático y como consecuencia inevitable, una depresión en la función de su sistema antagónico, el parasimpático.

La fibromialgia tiene periodos de exacerbaciones y remisiones, no es un padecimiento que se agrave con la edad, de hecho ningún tratamiento en particular es efectivo, es necesario seguir investigando.

2.5 Tratamiento psicológico (Terapia cognitivo-Conductual)

En la fibromialgia, la terapia cognitivo-conductual es una opción de tratamiento no farmacológico para el dolor crónico y puede realizarse para incrementar las habilidades de afrontamiento, aliviar el dolor, promover patrones de sueño reparador, manejar el estrés y llevar una vida más asertiva en cuanto a los pensamientos y la toma de decisiones. Los sentimientos usualmente anteceden al pensamiento y la acción. Entonces es necesario reenfocar los pensamientos y sentimientos para cambiar los sentimientos negativos que se producen, tener el control de nuestros pensamientos toma tiempo.

Barrera et al. (2005), dice que la terapia cognitivo-conductual consiste en una serie de estrategias psicológicas que explican al paciente cómo los diferentes tipos de creencias, pensamientos y expectativas o conductas que pueden tener efectos tanto positivos como negativos en los síntomas de la enfermedad. Se enfatiza también el papel que puede desempeñar la persona en su mejoría de sus propios síntomas y se le provee de técnicas específicas para paliar sus molestias. Por ejemplo, dividir el tiempo de manera más adecuada entre el trabajo, el descanso y las actividades placenteras o seguir técnicas de relajación mediante ejercicios respiratorios, meditación, visualización de imágenes, reestructurar las creencias de las personas acerca de su enfermedad.

Las creencias racionales son útiles para que los individuos logren sus metas; las irracionales son de naturaleza más dogmática y absolutista y puede impedir o evitar que los individuos consigan lo que quieren. Las creencias racionales suponen menos efectos negativos que las irracionales. Si las interpretaciones o creencias de los individuos son ilógicas, poco empíricas y

dificultan el logro de sus metas, reciben el nombre de irracionales, lo cual significa que las personas no razonan y llegan a conclusiones erróneas (Lega, Caballo & Ellis, 2002).

El paciente tiene un papel activo, debe identificar sus creencias irracionales (guiado por el terapeuta), debatir con el terapeuta acerca de ellas, distinguir entre el pensamiento lógico y el ilógico; definir y redefinir, de manera que se ayude a detener la suprageneralización y mantenerse más cerca de la realidad para tener otra filosofía que lo capacite a pensar sobre sí mismo, sobre los demás y sobre el mundo, de una forma más sensata. (Sandín , 2005)).

El paciente tiene que darse cuenta de que es él quien crea sus propias perturbaciones psicológicas, teniendo las condiciones ambientales un efecto secundario. Debe reconocer que posee la capacidad de modificar esas perturbaciones, comprendiendo que éstas son producto de sus creencias irracionales, dogmáticas y absolutistas. La modificación del proceso cognitivo de la información (sistemas de atribuciones, creencias, esquemas) es central en el proceso de cambio.

Asimismo, debe descubrir sus creencias irracionales discriminando entre ellas y sus alternativas racionales. En la terapia se busca cambiar las cogniciones para producir cambios en las emociones y en la conducta; es de tiempo limitado y orientada hacia el problema específico (Caro, 2007)).

La terapia tiene un carácter educativo, donde se capacita al paciente para enfrentar por sí mismo futuras situaciones de manera más saludable y funcional. Se trabaja en el presente, en el aquí y ahora, paciente y terapeuta hablan y colaboran activamente y el proceso incluye tareas de auto ayuda a realizar en las sesiones. Si el paciente realiza las actividades acordadas entre las sesiones, el proceso es más breve que lo habitual en otras corrientes.

La Terapia Cognitivo Conductual ayuda en cuestiones prácticas como:

- Planear la energía y la actividad
- Establecer una rutina del sueño
- Enfrentarte a las reacciones o actitudes hacia el Síndrome de Fatiga Crónica que pueden frenar la recuperación
- Planear objetivos.
- Ofrecer apoyo psicológico
- Alcanzar un mejor funcionamiento físico

Capítulo 3 COINCIDENCIAS Y DIFERENCIAS ENTRE EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA Y LA FIBROMIALGIA

3.1 Cuadro comparativo de los síntomas que comparten.

Se ha señalado una serie de enfermedades que cuentan con un cuadro sintomático similar al Síndrome de Fatiga Crónica, entre las que figuran el síndrome de Fibromialgia, la neurastenia, la sensibilidad química múltiple. Además existen otras enfermedades que a menudo tienen tratamiento y que pueden provocar fatiga. El diagnóstico de alguna de tales afecciones descartaría el SFC, a menos que se hayan tratado suficientemente y ya no sean la fuente de la fatiga o de otros síntomas. Entre ella se encuentra el hipotiroidismo, la apnea del sueño y narcolepsia, los trastornos depresivos graves, trastornos bipolares, etc. Sin embargo solo compararemos a la Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica.

La Fibromialgia (FM) y el Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) son entidades complejas, y la sintomatología del cuadro del SFC tiene en muchas ocasiones tal parecido con la presentada por los casos de Fibromialgia. La no existencia de pruebas diagnósticas objetivas para ninguna de las dos enfermedades, conduce en más de una ocasión a error y confusión entre ambas. Sin embargo, son dos enfermedades diferentes y el diagnóstico diferencial es fundamental para un correcto enfoque terapéutico.

Según Fukuda et al. (1994), con base en los conocimientos que actualmente se tienen de ambas patologías, la característica diferencial más importante se halla en que un paciente con SFC acusará a la fatiga o malestar aún transcurrido un periodo superior a 24 horas tras realizar un esfuerzo, síntoma que no se da en caso de la FM. Sin embargo ambas presentan síntomas que comparten y que a continuación se presentan (Véase Tabla 1.):

Tabla 1. Síntomas que comparten el SF y la FM

SINTOMAS QUE COMPARTEN SFC y la FM	
SINTOMAS DEL SFC	SINTOMAS DE FM
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dolor en articulaciones. ➤ Parestesia (hormigueo y cosquilleos poco definidos que afecta a extremidades) ➤ Piernas inquietas ➤ Cefaleas puntuales o crónicas y dolor en los músculos faciales ➤ Depresión y ansiedad ➤ Hipersensibilidad sensorial ➤ Síntomas de la piel, ojos y boca ➤ Alergias ➤ Alteraciones del sueño ➤ Vejiga irritable/colon irritable ➤ Dificultades neurocognitivas (Deterioro en la memoria y la concentración) ➤ Disfunciones neurohormonales ➤ Dismenorrea primaria ➤ Síndrome miofascial ➤ Síndrome temporomandibular ➤ Afectación del Sistema Nervioso Central ➤ Mareos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El dolor crónico muscular y articulaciones. ➤ Parestesia (hormigueo principalmente en las manos). ➤ Piernas inquietas ➤ Cefaleas ➤ Depresión y ansiedad ➤ Hipersensibilidad sensorial ➤ Síntomas de la piel, ojos resecaos y boca. ➤ Alergias ➤ Alteraciones del sueño ➤ Vejiga irritable/colon irritable ➤ Dificultades neurocognitivas (Deterioro de la memoria y la concentración) ➤ Disfunciones neurohormonales ➤ Dismenorrea primaria ➤ Síndrome miofascial ➤ Síndrome temporomandibular ➤ Afectación del Sistema Nervioso Central ➤ Mareos

3.2 Cuadro comparativo de los síntomas que las hacen diferentes

Así como es importante conocer las semejanzas entre ambos padecimientos que nos ocupan en este trabajo, es más importante conocer las diferencias, lo cual evita tener falsos positivos. En estos padecimientos, la confusión del

diagnóstico resulta fácil de obtener, sosteniendo tratamientos inadecuados que pueden empeorar la condición de los pacientes. En la Tabla 2 se presenta un cuadro comparativo de las diferencias entre ambos padecimientos.

Tabla 2. Cuadro comparativo de los síntomas que las hacen diferentes

SINTOMAS DEL SFC	SINTOMAS DE LA FIBROMIALGIA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La fatiga es el principal síntoma del SFC. ▪ Síntomas faringoamigdalares ▪ La fatiga del SFC es extenuante y no permite mantener la actividad ▪ La edad estadística de inicio se sitúa entre los 29 y 35 años. ▪ El Síndrome de fatiga crónica empeora sustancialmente con el ejercicio. ▪ La presencia de fiebres repetidas especialmente en horas de la tarde es característica del Síndrome de fatiga crónica. ▪ El dolor de garganta esta casi siempre presente y constante en los enfermos del SFC. ▪ En el SFC el cansancio no se alivia con el reposo. ▪ En el SFC no se presenta la rigidez al levantarse, al estar sentado o inmóvil durante un rato. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El dolor crónico generalizado es el principal síntoma de la FM. ▪ La FM no cursa con síntomas faringoamigdalares ▪ La fatiga en FM después de un descanso desaparece ▪ La edad de inicio se sitúa entre los 45 y 55 años. ▪ La fibromialgia mejora con la actividad física. ▪ En la fibromialgia no se presenta ese patrón de fiebres. ▪ El dolor de garganta en la fibromialgia no es un padecimiento continuo y recurrente. ▪ En la fibromialgia el cansancio cede si se reposa lo suficiente. ▪ En la fibromialgia se presenta rigidez corporal al levantarse, al estar sentado o inmóvil durante un tiempo.

Capítulo 4. TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS Y COMPLEMENTARIOS

4.1 *Tratamientos no farmacológicos*

Los pacientes tanto del SFC como de FM que consiguen mejorías, lo hacen gracias a tratamientos alternativos que complementan el tratamiento farmacológico, incluyen suplementos nutricionales, cambios dietéticos, programa de ejercicios suaves (tai-chi, yoga y otras actividades relajantes) y cambios en el estilo de vida.

Philippe (2010), afirma que para estos padecimientos es fundamental que el paciente asuma una responsabilidad personal en su tratamiento. Los numerosos tratamientos alternativos desempeñan una gran ayuda para el paciente en este proceso, y que no tengan una dependencia excesiva a los medicamentos, médicos y terapeutas. Es necesario identificar individualmente las adaptaciones que impone la enfermedad en la vida social, profesional y conyugal. Es preciso que las personas afectadas tengan la voluntad y el ánimo suficiente para desarrollar una forma de nueva vida, quizá limitada pero no por ello menos plena.

Reaprender y cambiar estilos de vida mediante la práctica de ejercicio regular, aprender a controlar el estrés y la depresión mediante la meditación, el yoga, la relajación y el entrenamiento autogénico, comunicarse con el entorno y hacer elecciones adaptadas a su estado, descansar y no querer hacer demasiadas cosas y por último adaptar todo lo posible su vida profesional.

Existen ciertas técnicas y disciplinas que, según Álvarez (2003), por medio de estudios controlados, han probado su efectividad para mejorar las molestias tanto del SFC como de la FM. Hay técnicas psicológicas de auto-eficacia que consisten en:

- ✓ Ponerse metas asequibles en relación con las actividades físicas, para luego cumplirlas.
- ✓ Seguir el ejemplo de otras personas que han logrado sobreponerse a la enfermedad.
- ✓ Recibir retroalimentación positiva por parte de pacientes y profesionales de la salud.
- ✓ Entender las reacciones fisiológicas del cuerpo.

4.1.1 Terapia grupal

La terapia grupal centra sus factores curativos en la propia dinámica del grupo terapéutico, en donde se encuentran o crean todos los elementos necesarios para que cada persona que participe en dicha dinámica pueda pasar por un proceso de aprendizaje-reaprendizaje, que le permitirá ensayar nuevos patrones más ajustados de comportamiento. En primer lugar, se establecen los objetivos de la terapia de grupo que dirige el psicólogo y que se puede resumir en cuatro apartados fundamentales:

- 1.- Fomentar la salud de los participantes de la terapia.
- 2.- Aliviar los síntomas
- 3.- Cambiar las relaciones interpersonales, facilitando la expresión verbal, enseñar a relacionarse con los demás y potenciar las características personales favorables.
- 4.- Facilitar la comprensión de los demás y de las propias dificultades.

Como en todos los grupos, existen una serie de normas previamente establecidas que deberán ser cumplidas por los participantes para que el grupo funcione. Entre estas normas, destaca la asistencia y participación en todas las sesiones, además los participantes hablarán de aspectos propios de la enfermedad en su caso. Es importante la confidencialidad a los participantes, que nada de lo que se comente en terapia debe salir del grupo. Es muy importante que se logre un buen ambiente de grupo, que se establezca una relación de confianza, para que todas las personas se sientan miembros de él y estén motivadas para seguir asistiendo. También el psicólogo explicará cuál va a ser su función dentro del grupo. Para romper el hielo que en muchas ocasiones supone no conocer a la otra gente con la que participa, desde la asociación nos dice que suelen utilizar dinámicas activas y divertidas para llevar a cabo las labores de presentación. Ello permite que las personas interactúen más entre ellas y se conozcan mejor.

En el caso de la fibromialgia, la terapia en grupos de 10 a 15 personas es beneficiosa. El grupo debe tener una actitud proactiva. Hay dos personajes clave para que esto suceda: el primero es una paciente rehabilitada, que puede mostrar que si se puede salir adelante con la fibromialgia. Una líder que se sirva de su experiencia pasada como incentivo para mostrar a sus compañeras

el camino para sobreponerse y que anime constantemente al grupo hacia la mejoría.

El segundo personaje clave es un(a) psicólogo(a), que tenga los conocimientos de las diversas técnicas cognitivo-conductuales y que esté familiarizado(a) con la enfermedad. La terapia grupal ofrece la ventaja adicional de que reduce los costos de tratamiento. Está claro que no es todos los casos de fibromialgia está aplicada la terapia de grupo.

Las asociaciones, grupos de ayuda y fundaciones de Fibromialgia y/o Síndrome de Fatiga Crónica son recursos de apoyo social que contribuyen al bienestar de las personas afectadas y sus familias, y acercan la enfermedad a la comunidad. Las asociaciones de las diferentes Comunidades Autónomas están favoreciendo “la visibilidad” de estas enfermedades en la sociedad, generando un debate público que permite crear un clima de participación y solidaridad comunitaria, siendo un estímulo muy valioso para los afectados y su entorno. Las funciones de estos grupos es el de la ayuda mutua entre afectados, donde poder compartir sus vivencias y sentirse comprendidos y escuchados. Compartir información general sobre la enfermedad entre pacientes y familiares (cursos, jornadas, reuniones, etc.). Sensibilizar a la opinión pública y a las administraciones competentes a través de la difusión informativa de la enfermedad. Reclamar Derechos Sociales de las personas afectadas. Apoyo a la investigación científica y talleres de algunas técnicas complementarias al tratamiento (técnicas de relajación, masajes, tai-chi, etc.), que contribuyen a mejorar la educación sanitaria y favorecen hábitos y estilos de vida saludables.

4.2 Actividad física y ejercicio

Diversos trabajos científicos han demostrado que el ejercicio tiene beneficios para mejorar los síntomas del Síndrome de Fatiga Crónica y de la Fibromialgia. Para Lafuente et al. (2005), el ejercicio es uno de los tratamientos no medicamentosos más eficaces en el manejo del dolor crónico y la debilidad muscular. Entre los efectos beneficiosos del ejercicio destacan:

- a) Disminución del dolor
- b) Aumento de la fuerza muscular
- c) Mejoría de la calidad del sueño

- d) Mejoría de la capacidad física y salud cardiorespiratoria
- e) Disminución de la fatiga
- f) Mejoría del estado psicológico y el humor
- g) Mejoría en la función física y la calidad de vida

Es importante que la práctica del ejercicio físico se inicie de manera gradual, sin forzar la musculatura y adaptando los ejercicios, su modalidad, su intensidad y su duración a cada caso. Al contrario de los procesos reumáticos, en los que se exagera el dolor al día siguiente de los esfuerzos, el paciente con SFC sólo observará una agravación después de varios días de un exceso de actividad física. Esta latencia en la aparición del dolor relacionado con un esfuerzo excesivo dificulta en ocasiones demostrar una relación de causa-efecto: actividad física excesiva-dolor. El SFC origina manifestaciones dolorosas tan personales, tan diferentes de un individuo a otro, que un programa que puede ser beneficioso para un paciente puede ser perjudicial para otro. Solamente el paciente llega a saber cómo adaptar sus ejercicios.

Algunos ejemplos de ejercicios serían:

- Ejercicios de musculación suaves: El dolor de espalda, muy frecuente en estos pacientes, se beneficia de una musculación suave de la musculatura abdominal. Otros ejercicios tratarán de fortalecer la musculatura de la cintura escapular.
- Ejercicios de estiramiento: Todos los pacientes con SFC experimentan rigidez y tensión musculotendinosa, en especial por la mañana al despertar, y requieren un tiempo de calentamiento más o menos prolongado. Un programa de estiramientos simples, adecuado a las posibilidades de cada paciente, ayudará a recuperar una cierta flexibilidad.
- Ejercicios de entrenamiento cardiovascular (aeróbico): Este entrenamiento es primordial para aumentar la distribución del oxígeno a los tejidos. Sin duda, estos ejercicios han de ser compatibles con el estado físico del paciente. Entre los mismos, los más aconsejables son la marcha rápida, la bicicleta, la natación o la gimnasia en agua caliente.
- Yoga: Es una disciplina que usa ejercicios de estiramiento, respiración uniforme y la mente, para relajar el cuerpo y hacerlo sentir bien. Busca

mover todo el cuerpo, pero los ejercicios de yoga también puede enfocarse en los músculos de una sola parte del cuerpo, tales como la cara, el cuello, los hombros, las manos, y los brazos. Incluye ejercicio y técnicas de relajación para cualquier persona, independientemente de sus limitaciones físicas. Cuando una persona realiza ejercicios de respiración profunda, se relaja y conscientemente le indica al cuerpo que se relaje.

Estos métodos, según Collinge (2006), derivados de la TCC, pueden ser usados por pacientes con SFC y FM:

- **Imágenes Mentales Guiadas:**

Las imágenes mentales guiadas ayudan a relajar el cuerpo aunque se practique 15 minutos al día, lo importante es que se practique alguna todos los días. Pensar sobre cosas positivas hace que la gente se sienta contenta y les ayuda a hacerle frente a situaciones que son difíciles o desagradables. Cuando alguien utiliza la visualización se imagina algo placentero y aquellos pensamientos le ayudan a relajarse. La persona también puede imaginarse la parte del cuerpo que le está molestando. Los que viven con fatiga pueden imaginarse sus brazos y hombros cansados o la pesadez de su cabeza y su cuello. Estos pensamientos le pueden ayudar al cuerpo a sentirse mejor, dependiendo de la gravedad del síntoma.

4.3 Reposo y relajación

La relajación es clave, ya que permite desbloquear la tensión física acumulada como reacción al estrés emocional. Esta tensión tiene tendencia a localizarse en determinadas regiones del cuerpo, creando zonas de contractura muscular, como especie de nudos. La relajación consiste en eliminar estas emociones rechazadas y la tensión muscular que las acompaña, por medio de ejercicios, posturas de relajación, estiramientos y la respiración.

La relajación muscular progresiva de Jacobson es otra eficaz y ampliamente utilizada para aliviar el estrés. Se trata de dos etapas en las que, sistemáticamente, se tensan y relajan los músculos de diferentes grupos en el cuerpo.

Con la práctica regular, la relajación muscular progresiva te da una íntima familiaridad con que la tensión representa a tus músculos, así como una relajación total que sientes en diferentes partes del cuerpo. Esta toma de conciencia ayuda a detectar y contrarrestar los primeros síntomas de la tensión muscular que acompaña la tensión, y como el cuerpo se relaja también tu mente. Se puede combinar la respiración profunda con la relajación progresiva para un nivel adicional de alivio de la tensión muscular.

La secuencia para la relajación es:

- * Aflojar la ropa, quitarse los zapatos y ponerse cómodo.
- * Tomarse unos minutos para relajarse, respirar y realizar respiraciones lentas y profundas.
- * Cuando se esté relajado y listo para empezar, centrar la atención en el pie derecho. Tomarse un momento para observar cómo se siente.
- * Poco a poco se tensan los músculos del pie derecho, apretando tan fuerte como se pueda. Mantener la posición contando hasta 10.
- * Relajar el pie derecho. Concentrarse en cómo la tensión se evapora y se siente como el pie se queda sin fuerzas y suelto.
- * Permanecer en este estado de relajación por un momento, respirando profunda y lentamente.
- * Cuando se esté listo, mueva su atención a su pie izquierdo. Siga la misma secuencia de la tensión muscular y la liberación. Se debe empezar con la siguiente secuencia:

- . Pie derecho
- . Pie izquierdo
- . Muslo derecho
- . Muslo izquierdo
- . Cadera
- . Estómago
- . Pecho
- . Espalda
- . Brazo derecho y mano
- . Brazo izquierdo y mano
- . Cuello y hombros
- . Cara

En la fibromialgia, la principal molestia es el dolor, y la fatiga aparece como una condición importante; es obvio que estos dos síntomas se contrapongan directamente al ejercicio, por ello los pacientes a veces protestan, afirmando que cómo van hacer ejercicio si apenas pueden moverse, aquí se recomienda el ejercicio gradual, es decir el ejercicio dosificado según las limitaciones de la persona. También hay evidencias científicas que avalan el beneficio del ejercicio en los diversos síntomas de la fibromialgia, como el dolor, el cansancio y el número de puntos dolorosos.

Es recomendable comenzar con ejercicios de estiramiento, también son aconsejables los movimientos en el agua (aqua-aerobics). La gimnasia aeróbica es útil, e incluye la caminata en un lugar relajante, preferentemente rodeado de vegetación, montar en bicicleta y la natación. En una etapa más avanzada de la rehabilitación están indicados los ejercicios de fortalecimiento muscular. Otra modalidad efectiva es practicar las disciplinas orientales como el tai-chi y gi-gong que están basadas en el concepto yin-yang. La práctica de dichos movimientos armoniza el funcionamiento del sistema nervioso autónomo. Campbell (2009).

Según Díaz (2013), la acupuntura tiene un efecto analgésico y está plenamente comprobado por los trabajos desarrollados en el campo de las neurociencias; en el caso de la Fibromialgia algunos estudios evalúan el tratamiento acupuntural del dolor cervical crónico y han concluido que los pacientes a quienes se les aplican agujas presentan mejoría en su calidad de vida, en su aspecto físico y en la movilidad activa del cuello; además, reducen el consumo de medicamentos. La acupuntura es más eficaz que el tratamiento placebo y establece un perfil de seguridad, haciéndola una rutina confiable en la práctica clínica.

Los ejercicios respiratorios son beneficiosos, ya que modulan de manera directa el sistema nervioso autónomo. La respiración diafragmática disminuye los niveles de adrenalina. Para practicar este tipo de respiración deben seguirse los siguientes pasos:

- La posición inicial debe ser acostada, con una almohada debajo de las rodillas.

- Una mano se pone en el área del ombligo y la otra sobre el pecho. Al meter el aire (inhalación), el abdomen se debe agrandar mientras que el tórax se mueve poco.
- Las inhalaciones deben ser lentas, a través de la nariz, y las exhalaciones relajadas, a través de los labios semiapretados. Los ciclos respiratorios deben tener un ritmo aproximado de seis por minutos.
- Las sesiones deben durar de cinco a diez minutos.
- El simular un bostezo ayuda a reconocer cómo se produce la respiración diafragmática.

4.3.1 Higiene del sueño

Para Martínez (2006), la falta de sueño reparador ocurre hasta en 90% de los pacientes con SFC y FM y tiene un impacto negativo en el dolor y la fatiga. Un periodo de sueño adecuado es fundamental para mantener un adecuado ritmo circadiano. Para que funcionen los mecanismos corporales de auto-arreglo, necesitan descanso de calidad.

Un problema común es la variación de los patrones o ciclos del sueño. Es decir, la interrupción del sueño conduce a una creciente fatiga, irritabilidad y dolor muscular, dependiendo del historial y de la evaluación clínica, es prudente que se remita al paciente a un especialista del sueño. La gestión del sueño es la clave para mejorar el SFC. Los trastornos típicos del sueño incluyen dificultad para dormirse, hipersomnia durante el día, despertares frecuentes, sueños intensos, pesadillas frecuentes, parálisis del sueño, movimientos exagerados de piernas y mioclonias nocturnas.

El tratamiento depende de la identificación de los problemas subyacentes del sueño y se debe enfocar cada caso de forma multidisciplinar.

Las siguientes medidas ayudan a reajustar el reloj biológico:

- Acostarse y levantarse a la misma hora: Es una rutina fundamental para regular nuestro reloj biológico. Aunque la calidad del sueño haya sido mala durante la noche, hay que intentar levantarse siempre a la misma hora.
- Evitar siestas durante el día.
- No ingerir alcohol seis horas antes de dormir. Aunque el alcohol puede tener efecto sedante inmediato, es estimulante en el mediano plazo.

- Cenar ligero, sin cafeína ni tabaco.
- El ejercicio debe ser en la mañana, no antes de dormir.
- La cama debe ser cómoda
- La cama se usa para dormir y/o tener relaciones íntimas. No utilizarla como mesa de trabajo. Nuestra mente debe asociar “cama” con “dormir”.
- La temperatura de la habitación debe ser fresca.
- Al levantarse hay que exponerse a la iluminación solar, esto ayuda a regular nuestro reloj biológico.
- No llevar a la cama las tareas no finalizadas, ni los pleitos del día.
- Establecer rutinas preparatorias: Lectura, música relajante o baño en tina.
- No ver televisión antes de dormir
- No ingerir medicamentos que alteren el sueño
- En caso de despertarse a media noche y no poder volver a conciliar el sueño, es mejor irse a otra habitación y hacer alguna lectura sobre un tema relajante.
- Evite comer dulces antes de dormir

4.3.2 Espiritualidad

Como la experiencia de la enfermedad llama cada vez más la atención para con el interior, puede que el paciente se interese más por los aspectos espirituales de su vida. Hay efectivamente preguntas que la ciencia y la medicina no pueden contestar, porque son más del dominio de lo espiritual. ¿Por qué tengo esta enfermedad? ¿Tiene algún sentido?

Para muchos, la crisis del SFC ha provocado una profunda búsqueda e introspección espiritual. Hay evidencias que la salud física es influenciada de manera positiva por la fe religiosa. El Dr. David Larson, Psiquiatra del Instituto Nacional de la Salud Mental, citado en Collinge (2006) informó sobre un estudio de 20 años de duración en el que ha vinculado la creencia de las personas sobre la importancia de la religión con los niveles de presión sanguínea más sanos. En otro estudio, Larson encontró que mujeres ancianas religiosas con fractura de cadera se recuperaban antes y con menos depresión que sus contra-partidas no religiosas.

4.3.3 Auto-ayuda

Philippe (2010), dice que la base del tratamiento consiste en una autoeducación progresiva tanto desde un punto de vista físico como psicoemocional y afirma de once normas básicas:

1. Comprender el problema e informarse de estos padecimientos
2. Practicar alguna actividad física para mejorar su salud
3. Gradualmente reanudar sus actividades recreativas y aprender a darse gustos.
4. Para aliviar el dolor, utilizar el calor, los masajes, los estiramientos y la relajación
5. El reposo nocturno es muy importante. La calidad de sueño es más importante que su duración
6. Evitar todo lo posible los factores de estrés, los problemas psíquicos y emocionales
7. Limitar el uso de analgésicos
8. No utilizar la enfermedad como excusa en la vida, en su entorno, con la familia, su médico o jefe
9. No crea en los milagros de algunos charlatanes y no haga turismo médico
10. Desarrollar una actitud positiva en relación con la enfermedad, conocerla mejor y conózcase mejor
11. Busque ayuda con un médico que tenga conocimiento de este padecimiento

4.4 Dieta y nutrición

4.4.1 Dieta para el SFC

El consumo de alimentos saludables ayudará a sentirse y tener más energía en afectados de SFC. Se debe procurar comer en horarios regulares, en un ambiente relajado y sin prisas. Es mejor ingerir comidas pequeñas y más frecuentes, evitar aquellos alimentos que produzcan alergia o malestar, preferible los alimentos frescos evitando los aditivos, las sustancias químicas, los congelados, pre-cocidos y alimentos muy tratados, optar por el aceite de oliva y de semillas antes que por la manteca y la mantequilla, por tener estas últimas un mayor contenido de grasas perjudiciales para el organismo.

También es necesario reducir el consumo de la sal porque provoca retención de líquidos e hinchazón, también es mejor disminuir las grasas animales y alimentos con mucha azúcar. Procurar beber de litro y medio a dos litros de líquidos (preferiblemente agua) al día Collinge. (2006).

Algunos enfermos refieren encontrar mejoría clínica con una dieta hipotóxica que se comenta en el Instituto Ferran de Reumatología sobre la “Dieta de Eliminación”. Es importante evitar el sobrepeso pues supone una sobrecarga musculo- esquelética innecesaria y de importantes consecuencias. Es de suma relevancia evitar el tabaco, las bebidas estimulantes y el abuso del alcohol.

Tanto los síntomas del SFC como de la FM afectan en su totalidad la vida del paciente, es por ello la importancia del control de la dieta, lo cual ayudará al cuerpo a mantener el equilibrio perdido aportando aquello que necesita en la medida adecuada.

Según Quevedo (2004), con el control de la dieta se persiguen dos objetivos principales. Por una parte disminuir el estrés que supone el sobrepeso del aparato locomotor, y que puede traducirse en un incremento de fatiga y de dolor. Por otra parte, evitando algunos alimentos y potencializando el consumo de otros, podemos entonces influir en el equilibrio bioquímico de nuestro cuerpo y así modular las respuestas como dolor, inflamaciones, fatiga, etc. Una dieta prudente y bien equilibrada es el fundamento de la buena salud. Algunas personas con SFC señalan grados de variación de intolerancia al azúcar refinado, al alcohol y al tabaco.

Philippe (2010), afirma que hay que tomar en cuenta que un gran porcentaje de pacientes tanto de SFC como de Fibromialgia sufren del síndrome de intestino irritable, la digestión se hace más lenta y pesada (dispepsia) y se acompaña de sensaciones variadas como: tensión abdominal, hinchazón, flatulencias, estreñimiento, dolor, fermentaciones intestinales, inflamación, entre otros. De ahí la importancia de la dieta limitando el consumo de grasas animales, mantequilla, nata, leche y lácteos, embutidos y carnes rojas. Recomienda el aumento del consumo de grasas vegetales y aceites de pescado, evitar una alimentación demasiado acidificante, pues da lugar a un aumento de los fenómenos dolorosos y a una mayor fatiga, sobre todo por la

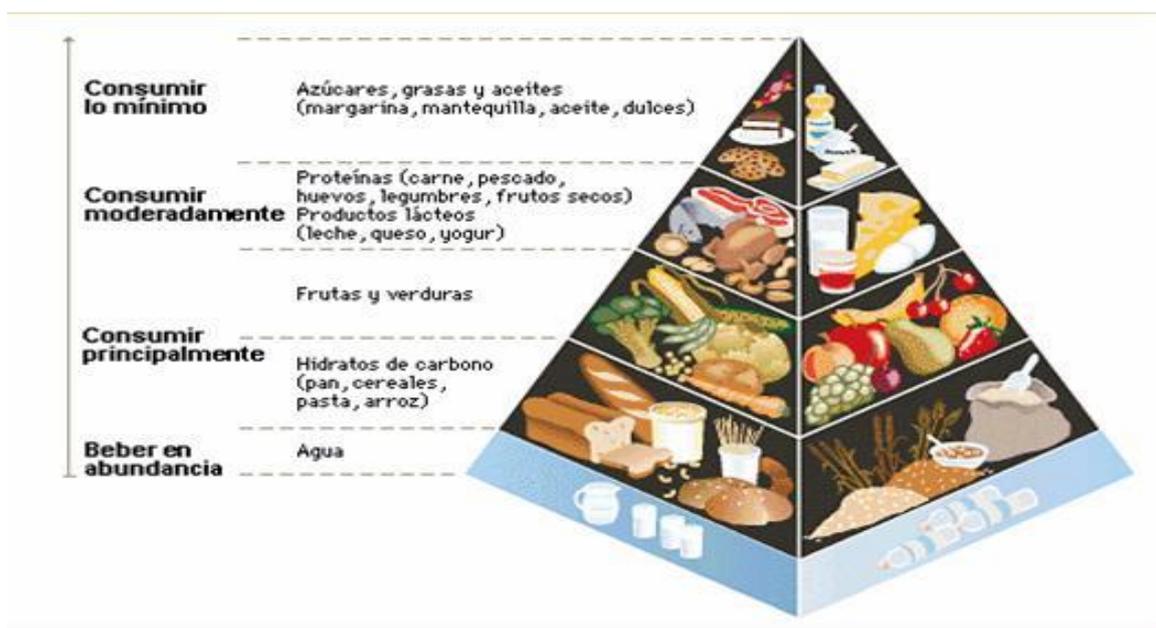
mañana, conviene suprimir por completo la cafeína y algunos tipos de té porque producen una acidificación del organismo.

4.4.2 Dieta para la fibromialgia

La educación alimentaria según la guía de la Fundación Latinoamericana de Terapias Naturales, puede considerarse como una de las medidas que mejoran la calidad de vida de las pacientes de esta enfermedad crónica (véase Fig. 2).

- Ingesta diaria de agua como bebida predominante (evitando la ingesta de alcohol, incluso el consumo moderado de vino o cerveza).
- Consumo diario de la ración más voluminosa a base de cereales, féculas y sus derivados.
- Consumo diario de una ración voluminosa de verduras, hortalizas y frutas frescas.
- Consumo diario de una pequeña ración de aceite de oliva crudo (virgen).
- Consumo diario de una ración moderada de lácteos desnatados y no azucarados.
- Consumo diario de una ración moderada de carne, pescado, huevos, frutos secos o legumbres.
- Consumo solo ocasional de una ración muy moderada de productos azucarados y dulce.

Figura 2. Pirámide Nutricional



Cabe señalar que la personalización de la dieta de cada paciente, requiere el cálculo de volumen de las raciones diarias de cada uno de los escalones de la Pirámide manteniendo, por un lado, el equilibrio nutricional de la ingesta y por otro, el aporte energético de equilibrio del balance energético de cada paciente. Cuando a las pacientes de fibromialgia o del Síndrome de fatiga crónica se les presentan determinados síntomas fisiológicos, más o menos agudos, (tales como el estreñimiento, la diarrea, la sequedad de boca, la cefalea, el dolor menstrual y el trastorno del sueño), el uso adecuado de la alimentación puede ayudar en su alivio y mejora.

Así, los pacientes tanto del SFC como de Fibromialgia que consiguen mejorías, lo hacen gracias a tratamientos alternativos que complementan el tratamiento farmacológico, incluyen suplementos nutricionales, cambios dietéticos, programa de ejercicios suaves (tai-chi, yoga y otras actividades relajantes) y cambios en el estilo de vida.

4.4.3 Suplementos nutricionales

Según Almodóvar (2012), considera a los suplementos nutricionales o nutracéuticos como una sólida alternativa de tratamiento, son productos naturales con acción terapéutica que pueden mejorar patologías como el SFC y la FM. Recomienda la ingesta de los siguientes (véase Tabla 3):

Tabla 3. Suplementos nutricionales

SUPLEMENTO	FUNCIÓN Y BENEFICIOS PARA EL PACIENTE
Ácidoalfa-lipoico	Se comporta como un imitador de la insulina sin efecto secundario alguno, lo cual resulta de gran utilidad para combatir la fatiga.
Coenzima Q-10	Mejora el rendimiento muscular, proporciona energía, activa la oxigenación de los tejidos, potencia el sistema inmunitario y proporciona una significativa protección del sistema cardiaco.

L- carnitina	Ayuda a combatir la fatiga y el dolor muscular. Participa en varias reacciones fundamentales del metabolismo y en la producción de energía en el organismo.
Lactobacilo acidófilo	Regenera la flora intestinal simbiótica y regula las funciones del aparato digestivo, permitiendo una correcta digestión y disminuyendo la posibilidad de sufrir infecciones estomacales, intestinales o vaginales.
Triptófano	Tranquilizante, ansiolítico y antidepresivo, constituye una gran alternativa frente a los depresivos químicos.
Omega-3	Actúa como eficaz antiinflamatorio, antidepresivo y antialérgicos, activan la circulación, son beneficiosos para la salud cerebral y son protectores del corazón.
Melatonina	Ayuda a combatir los problemas de insomnio, favorece un sueño fisiológico y reparador, mejora la memoria a corto plazo y es eficaz antioxidante y antienvjecimiento.
Magnesio y ácido málico	El magnesio es un aliado para combatir la falta de tono y el dolor muscular y debe combinarse con un ácido, el málico, que participa en el proceso de obtención de energía.
Uña de gato (Uncaria tomentosa)	Activa y potencia el sistema inmunitario, es detoxificante y antidepresiva.

4.4.4 Antioxidantes y otras vitaminas

La función de los antioxidantes de acuerdo a García (2008), es la de ayudar al organismo a eliminar radicales libres (son fragmentos de moléculas muy reactivos y que en las células atacan las proteínas que forman su estructura y controlan el metabolismo, acelerando el envejecimiento). En personas con neuropatías (es decir, que sufren de enfermedades nerviosas, como por ejemplo la Fibromialgia), se han encontrado niveles de antioxidantes más bajos de lo esperado por eso algunos expertos recomiendan complementar la dieta con alimentos que lo aportan:

- Vitamina C: Es muy abundante en la fruta fresca, sobre todo en los cítricos, además de verduras de hoja oscura.
- Vitamina E: La encontramos en los frutos secos y los aceites pescados.
- Vitaminas del complejo B: Muchas vitaminas del complejo B protegen contra los daños que pueden sufrir los nervios y los músculos y además tienen un efecto relajante. Estas cualidades según Gómez (2007), son muy importantes para reducir el “agotamiento nervioso” que suele acompañar a la FM y al SFC. También logran atenuar los síntomas más comunes de este síndrome, como son la ansiedad, la irritabilidad, la tensión y el insomnio.

La suplementación con tres miembros del complejo vitamínico B (tiamina, vitamina B y vitamina 12), puede reducir el dolor de la fibromialgia y de todos los factores antes dichos, en un gran número de casos.

- Vitamina D: Ayuda a la absorción del calcio y para el crecimiento y la fuerza de los huesos. Estudios demuestran que muchos pacientes con Fibromialgia (más del 25%) tienen niveles bajos de esta vitamina y que la suplementación puede ayudar a tener niveles más bajos de dolor en algunos casos. Un estudio demostró que la gente que tiene deficiencias en vitamina D necesitará el doble de narcóticos para mitigar el dolor que aquéllos que no carecen de esta deficiencia. Está disponible en forma natural en los huevos, queso suizo y varios pescados, incluyendo salmones, atún y sardinas. A través del sol también se consigue y junto con el calcio protege contra la osteoporosis.

CONCLUSIONES

El SFC es una enfermedad compleja que afecta a los sistemas inmunitario, neurológico, cardiovascular y endocrino de las personas que lo padecen. Provoca un cansancio constante que no puede atribuirse a un esfuerzo reciente y que no mejora con el descanso. Por ello, los pacientes se ven obligados a reducir de forma significativa su actividad diaria.

Aún se desconoce el origen de esta enfermedad, que ocasiona una pérdida sustancial de concentración, intolerancia a la luz, al estrés emocional y a la actividad física. También puede comportar dolor muscular y en las articulaciones, sensibilidades químicas múltiples y una sensación de estado gripal permanente. En España se estima que afecta a una de cada 1.000 personas. El SFC es un desorden multifactorial; los agentes que contribuyen a su existencia se pueden clasificar en tres categorías: predisponentes, precipitantes y perpetuantes y van desencadenando cada una de las fases del SFC (pre-crónica, aguda y crónica).

Por su parte la fibromialgia es un cuadro patológico muy complejo, donde se implican factores psicológicos, fisiológicos y ambientales. Tanto el SFC como la FM se han reconocido como enfermedades neuroendocrina-inmunitarias, en las cuales parece existir una predisposición genética que finalmente se activa por la acción de un virus, situaciones extremas de estrés o exposición a determinados agentes tóxicos, aunque lo más habitual es la combinación de todos los factores antedichos.

Uno de los principales problemas del SFC es que para hacer su diagnóstico y distinguirlo de otras manifestaciones clínicas es necesario que se encuentre en su fase crónica, donde los factores presentes son los que perpetúan la enfermedad. Esto impide desarrollar estrategias de tratamiento dirigidas específicamente al tratamiento de SFC en sus primeras fases, lo que invariablemente, genera una espera de más de seis meses para poder recibir el tratamiento adecuado; durante este periodo se experimenta aumento en la frecuencia e intensidad de los síntomas. Y sin olvidar que el umbral de seis meses es importante para confirmar el diagnóstico, la posibilidad de SFC debe considerarse mucho antes, para no retardar la intervención; porque es cierto que no hay evidencia de relación directa con una causa o agente individual,

pero diversos factores biológicos, psicológicos y sociales incrementan el riesgo de propiciar y prolongar el SFC.

Muchas entidades pueden ser detectadas mediante pruebas de laboratorio, desafortunadamente, no es el caso del SFC. Fukuda et al., (1994) señalaron que se puede concluir un diagnóstico de SFC solamente después de descartar otras causas médicas, psicológicas y psiquiátricas que causen fatiga crónica: “No se han validado pruebas diagnósticas para esta condición; más aun, no existe tratamiento definitivo.” Después de diez años continúa incierto el tratamiento completamente eficaz, que contribuya a erradicar este síndrome en su totalidad y las investigaciones se han centrado en establecer tratamientos que disminuyan la intensidad o frecuencia de síntomas, o que enseñen al paciente a vivir funcionalmente, modificar sus pensamientos disfuncionales y mejorar la actividad física.

Al ser una condición definida clínicamente (caracterizada por fatiga severamente discapacitante y la combinación de síntomas caracterizados por deterioro de concentración y memoria a corto plazo, perturbaciones en el sueño y dolor muscular y óseo), las complejidades del SFC y los problemas metodológicos asociados con su estudio, indican la necesidad de un enfoque integral, sistemático y comprensivo para una efectiva evaluación, clasificación y estudio (Fukuda et al., 1994).

Se debe tomar en cuenta que el término Síndrome de Fatiga Crónica puede transmitir la percepción de que quien lo padece tiene un simple cansancio, sin embargo, se debe considerar que la fatiga sólo es uno de una multitud de síntomas. Esto sugiere el empleo de diferentes modalidades terapéuticas y la necesidad de un control específico.

El profesional de la salud, junto con el paciente, deben desarrollar un programa adaptado individualmente, destinado a paliar los síntomas presentes y mejorar su calidad de vida; también debe considerarse el impacto de la enfermedad en la familia de personas con SFC. En algunas circunstancias, puede ser útil que las personas con SFC lleven a su cónyuge o pareja a la consulta, esto los ayudará a entender la enfermedad y discutir las dificultades para hacerle frente, lo que disminuirá la renuencia de los pacientes a ser ayudados a realizar sus funciones cotidianas y propiciará que los familiares tomen la enfermedad con seriedad; siempre considerando que ayudar a las

personas con SFC a entender la naturaleza de su enfermedad es un elemento importante para su buen manejo clínico.

En cuanto a la familia de los pacientes, se considera que es la principal base de apoyo personal y social de la que disponemos en cualquier momento de la vida. Desde el instante en que se comunica el diagnóstico de SFC y FM la persona afectada necesitará el apoyo de su familia y amigos para afrontar y aceptar la nueva situación. Para ello es importante que el paciente acuda acompañado por algún miembro de su entorno a las visitas médicas y siempre que sea posible, éstos participen con él en las actividades orientadas a mejorar la calidad de vida y el bienestar familiar (acompañamientos a asociaciones de referencia, a terapias psicológicas, a jornadas informativas, etc.) La comprensión y el apoyo en el día a día facilitarán el bienestar del enfermo y reforzarán los vínculos afectivos entre la familia. También la comunicación familiar es vital para el desarrollo de la convivencia, hay que hablar de la enfermedad y de cómo ésta repercute en todos y en cada uno de los miembros de la familia. Es necesario que los sentimientos de todos sean expresados de manera que puedan evitarse situaciones de frustración y agobio ante la nueva situación.

La información será la pauta para que la familia empiece a movilizar sus propios recursos personales entienda las limitaciones físicas que puede generar la enfermedad. Conviene no olvidar las capacidades que tiene la persona afectada y es necesario redistribuir las actividades cotidianas entre los diferentes miembros.

Aunque tanto el Síndrome de Fatiga Crónica como la Fibromialgia se han reconocido oficialmente como enfermedades, el desconocimiento y la banalidad generalizada que impera en las sociedades occidentales desarrolladas, provocan con frecuencia, la incompreensión e insolidaridad del entorno del paciente. De hecho, aún son muchos los profesionales y población en general que dudan de la realidad de estas dolencias.

El SFC reduce la actividad del enfermo entre el 50% y el 80% de su capacidad y por toda la sintomatología que incluyen esta enfermedad. El SFC tendrá probablemente un efecto muy fuerte en la vida de quien lo padece, podrá afectar sus relaciones personales, trabajo o estudios, a la vida familiar y

vida social. No afecta solamente a la persona que lo padece, sino a la familia, pareja, hijos, etc.

A nivel laboral, se pueden generar dificultades a la hora de compatibilizar el puesto de trabajo con las limitaciones causadas por estas enfermedades, por ello se recomienda el replanteamiento de las condiciones laborales para conservar el empleo y mantener el nivel socioeconómico, será necesario plantear la adaptación del puesto de trabajo a las condiciones de discapacidad que genere la afectación (horarios reducidos, incorporarse más tarde a la jornada laboral, limitar los esfuerzos físicos y mentales). Es importante que la persona afectada y el equipo médico que lo atiende puedan coordinarse con los servicios de salud laboral y de recursos humanos de la empresa donde labora, para colaborar en las posibles adaptaciones de las personas afectadas y evitar pérdidas de trabajo innecesarias.

A nivel legal, en algunas ocasiones, en fases severas, la enfermedad provoca una limitación importante y la imposibilidad de ejercer un puesto de trabajo. En estos supuestos cabe esperar el reconocimiento de cualquier de los grados de incapacidad por parte de la administración pública competente y la posibilidad de solicitar una protección social, ya sea a través de prestaciones básicas como la invalidez, o bien el reconocimiento del derecho por dependencia y las prestaciones complementarias pertinentes.

Por último, existen tratamientos para dichas enfermedades en los que se combinan los fármacos y los alternativos que complementan el tratamiento farmacológico, éstos incluyen la Terapia Cognitivo-Conductual, suplementos nutricionales, cambios dietéticos, programa de ejercicios suaves (tai-chi, yoga y otras actividades relajantes) y cambios en el estilo de vida. Es importante la intervención de las diferentes disciplinas profesionales del ámbito sanitario y social. Debe aportarse, desde luego, el informe de los especialistas: el reumatólogo en el caso de la fibromialgia y un internista en el SFC. Es de suma importancia que todo esté recetado por los especialistas, pues se corren muchos riesgos al no llevar un control en los tratamientos alternativos, por lo que se sugiere que el médico esté enterado de todo el tratamiento del paciente para tener el adecuado seguimiento, especialmente del diagnóstico correcto de SFC o FM.

REFERENCIAS

- Alegre, J. García, F. y García, A. (2003) Síndrome de fatiga crónica. Asociación Catalana de Afectados por el Síndrome de Fatiga Crónica. Recuperado El 21 de agosto de 2013 de http://www.institutferran.org/documentos/GuiaSFC_cast.pdf
- Almodóvar, M.(2012). Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica. Cómo combatir estas dolencias, atenuar sus síntomas y mejorar la calidad de vida con suplementos nutricionales. Madrid España.Ediciones Nowtilus S.L. Pág.173.
- Arreola, M. (2004) Fatiga Crónica en; Halabe, C. y J. y Hummel, H. Enfermedades crónicas de etiología infecciosa. México. Manual Moderno
- Álvarez, M, (2003) Farmacoterapia, fisiopatología y terapéutica de la Fibromialgia. Vol.32 (01) pp.86-96.
- Barrera, V, Cortes, S, Guerrero, M y Aguirre, G. (2005) La fibromialgia ¿Un Síndrome Somático Funcional o una nueva conceptualización de la histeria? Análisis cuali-cuantitativo. Revista Salud Mental. Vol. 28 (6) pp.41-50. Recuperado el 15 de agosto de 2012 de <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm2806/sm280641.pdf>
- Barceló, P. (2008) Referencia rápida en Reumatología. Ed. Harcourt Brace. Madrid España.
- Campbell B (2009) La guía del paciente para el Síndrome de Fatiga Crónica & Fibromialgia. Recuperado el 15 de diciembre de 2013 de <http://www.cfidselfhelp.org/library/Ejercicio,%20Nutrición%20y%20Sensibilidad%20Química>
- Caro, B. (2007). Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas. Biblioteca de Psicología. Descleé de Brouwer. España.pp.117-127
- Coffin, N., Jason, L., Jiménez, M., Bejar, F., Bejar. C., Cedillo, B., Miralrio, C. y Álvarez, M. (2011). Síndrome de Fatiga Crónica. UNAM.
- Collinge, W. (2006) Recuperarse del Síndrome de Fatiga Crónica. Una guía para Auto-reforzarse. San Francisco California. Pp.50-56

- Díaz T. (2013) Fibromialgia. Acupuntura y masaje. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Fernández-Solá J. y Nogué Xarau, S. (2011). Sensibilidad química y ambiental múltiple. Sobrevivir en un entorno tóxico. 1ª. Edición. Barcelona.Ediciones Viena.
- Fernández, J., Cuscó, A., García, F., Vilchez, J., Alegre, J. y García, A. (2002). Aproximación al Síndrome de Fatiga Crónica. *Manual para médicos*. Recuperado el 21 de abril de 2008 de http://www.acsfcem.org/ficheros/archivo/MANUAL_PARA_MEDICOS.pdf
- Fukuda, K., Straus, S., Hickie, I., Sharpe, M., Dobbins, J., Komaroff, A., et al. (1994). The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Ann Intern Med*, 121, 953–9. Recuperado el 18 de junio de 2013 de <http://www.annals.org/cgi/content/full/121/12/953>
- Fundación Latinoamericana en Terapias florales (2006) Estrés y fatiga crónica.1ª edición. Buenos Aires Argentina. Ediciones Lea. Pág.127
- Fundación para la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica. (2004).Todo sobre el SFC. Recuperado el 4 de julio de 2012 de http://www.institutferran.org/documentos/todo_sobre_SFC.pdf
- Fundación para la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica. (2004).Un programa de ejercicio para el enfermo con fibromialgia. Recuperado el 4 de junio de 2012 de http://www.institutferran.org/documentos/todo_sobre_SFC.pdf
- García, F. (2008).Actualización de fatiga crónica/encefalomiелitis miálgica. *Suplements dels Annals de Medicina*, 91.Recuperado el 25 de julio de 2012 de http://www.institutferran.org/documentos/update2012_sindromefatigacronica.pdf
- Gómez, P. (2008).Fibromialgia cómo vencerla desde el cuerpo y la mente. Una guía para pacientes y terapeutas. Editorial Integral. Barcelona.
- Herrera, V. y Díaz de la G. (2009).Cómo afrontar las crisis de Fibromialgia. Bios Editorial .México.
- Jason, L., Torres, S., Brown, M., Sorenson, M., Donalek, J., Corradi, K., et al. (2008). Predictors of Change Following Participation in Non-

- Pharmacologic Interventions for CFS. *Tropical Medicine and Health*, 36, 23-32. Recuperado el 8 de mayo de 2008 de http://www.jstage.jst.go.jp/article/tmh/36/1/23/_pdf
- Lafuente, M. y Méndez, M. (2005) Fibromialgia su tratamiento en Reumatología y Acupuntura. Ed. Dilema Madrid pp. 54-109.
- Luna, P. (2009) Síndrome de Fatiga Crónica. Fundamentos y actualización. Tesina de Licenciatura de Psicología., Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Autónoma de México, México.
- Martínez, L, M. (2008).Fibromialgia. El dolor incomprendido. Un problema de salud de la mujer contemporánea. Editorial Aguilar. México. Pág. 207
- Martínez, L, M. (2006). Fibromialgia. Cuando el dolor se convierte en Enfermedad. Editorial Santillana. España.
- Philippe, G.(2010). La Fatiga Crónica: Cómo aliviar los síntomas y vivir mejor.Barcelona. Ediciones Oniro. Pág.137
- Quevedo, H. (2004). Fibromialgia. Cómo combatir la fatiga crónica. Barcelona, España. Ediciones Obelisco.Pág.76
- Rivera, R. (2011) Tratamiento farmacológico en la fibromialgia. Ediciones Semin-Fund Esp Reumatol. Vol.12 núm.01 1221-6 Madrid España. Recuperado el 20 de junio de 2012 de http://www.fibromialgia.nom.es/fibromialgianoticias2012sindromedefatiga_cronicasindromequimicomultiple/tratamiento-farmacologico-en-la-fibromialgia.html
- Sánchez, A. González, C. y Sánchez, M. (2005). Síndrome de fatiga crónica. Un síndrome en busca de definición. Revista clínica española, 205,70-75. Recuperado el 10 de julio de 2012 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1146867>
- Sandín, B. (2005) El Síndrome de Fatiga Crónica: Características psicológicas y terapia cognitivo-conductual.Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. Vol. 10 Núm. 1, Pp.85-94.
- Valverde, C. Markez, I. y Visiers, C. (2007) Nuevos retos en la consulta ¿Qué hacer ante la Fibromialgia, el Síndrome de Fatiga Crónica-EM y las Sensibilidades Químicas Múltiples? Barcelona. Editorial Prometeo. Pp. 147.

ANEXOS

ANEXO 1 Criterios de Diagnóstico para el Síndrome de fatiga Crónica

HISTORIA PREVIA

En el año 1988 Holmes y cols. (30) propusieron con el CDC (Atlanta, EE.UU.) los primeros criterios diagnósticos del SFC. Se detallan en la [Tabla I](#).

TABLA I
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL SFC (CDC, 1988) (Holmes y cols.)
CRITERIOS MAYORES
1. Fatiga que se inicia de nuevo y que persiste durante más de 6 meses con una reducción del 50% en la actividad
2. Ausencia de otros cuadros médicos o psiquiátricos que puedan producir los síntomas
CRITERIOS MENORES
SÍNTOMAS
1. Fiebre de 37,5 °C-38,6 °C
2. Dolor de garganta
3. Adenopatía cervical o axilar dolorosa
4. Debilidad muscular generalizada
5. Mialgias
6. Fatiga que persiste 24 h o más después de un ejercicio moderado
7. Cefaleas –cefalea holocraneal–
8. Artralgias migratorias
9. Trastornos del sueño
10. Neuropsicológicos: uno o más de los siguientes: fotofobia, escotomas visuales, falta de memoria, irritabilidad, confusión, dificultad de concentración, depresión
11. Inicio agudo (en pocas horas o días)
SIGNOS FÍSICOS (Confirmados en dos ocasiones, dejando un intervalo de un mes como mínimo)
—Faringitis no exudativa
—Adenopatías cervicales o axilares mayores de 2 cm. de diámetro
—Febrícula

Deben estar presentes ambos criterios mayores y los siguientes menores:
a) presencia de, al menos, 6 de los 11 síntomas y de dos de los tres signos físicos; y b) presencia, al menos, de 8 de los 11 síntomas.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO ACTUALES

La revisión más importante de los criterios iniciales la llevaron a cabo en el año 1994, el propio CDC y el Grupo Internacional de Estudio del SFC (31). propusieron y generalizaron, con un amplio consenso, nuevos criterios diagnósticos llamados "criterios internacionales".

Sus principales objetivos fueron: aumentar la sensibilidad de la clasificación previa y definir mejor la enfermedad con el fin de homogeneizar el diagnóstico clínico y servir de base para la investigación.

Los criterios internacionales se fundamentan en el cumplimiento de dos criterios mayores (fatiga crónica invalidante más de 6 meses y exclusión de enfermedades orgánicas y psiquiátricas asociadas), así como en la concurrencia de una serie de criterios (se redujeron los síntomas de 11 a 8, se detalla en las [Tablas I](#) y [II](#)) basados en sintomatología, sobre todo, reumatológica y neuropsicológica.

TABLA II

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL SÍNDROME DE FATIGA
CRÓNICA
(Fukuda et al., 1994)

1. Fatiga crónica persistente (al menos 6 meses), o intermitente, inexplicada, que se presenta de nuevo o con inicio definido y que no es resultado de esfuerzos recientes; no mejora con el descanso; origina una reducción notable de la previa actividad habitual del paciente
2. Exclusión de otras enfermedades que pueden ser causa de fatiga crónica

De forma concurrente, deben estar presentes 4 o más signos o síntomas de los que se relacionan, todos ellos persistentes durante 6 meses o más y posteriores a la presentación de la fatiga:

1. Alteración de la concentración o de la memoria recientes
2. Odinofagia
3. Adenopatías cervicales o axilares dolorosas
4. Mialgias
5. Poliartralgias sin signos de flogosis
6. Cefalea de inicio reciente o de características diferentes de la habitual
7. Sueño no reparador
8. Malestar postesfuerzo de duración superior a 24 h

Es importante destacar que se realiza una nueva definición del SFC, con especial hincapié en el concepto de fatiga. Las

características que debe cumplir la fatiga (14) son: "tener un comienzo bien determinado y persistir o recidivar a lo largo de seis meses, ser inexplicable, no ser consecuencia de un esfuerzo continuado, no aliviarse de forma adecuada con el reposo, estar evaluada clínicamente y provocar un empeoramiento substancial en los niveles previos de actividad personal, profesional, social o educacional.

CRITERIOS DIAGNÓSTICO PARA EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA (SFC)

Criterios Diagnóstico del Centers for Disease Control (CDC)

Fatiga clínicamente evaluada, inexplicada, persistente o recidivante que es:

- De reciente comienzo o comienzo definido
- No resulta de un esfuerzo excesivo
- No se alivia con el reposo
- Sustancial reducción en niveles previos de actividad ocupacional, social o personal

Cuatro o más de los siguientes síntomas que persisten o recurren por más de 6 meses consecutivos de enfermedad y no se encontraban en los días previos a la fatiga:

- Deterioro subjetivo de la memoria reciente o concentración
- Dolor de garganta
- Sensibilidad de ganglios linfáticos
- Dolores musculares
- Dolores poliarticulares sin hinchazón o enrojecimiento
- Cefalea de nuevas características, patrón o severidad
- Sueño no reparador y/o interrumpido
- Malestar o fatiga general post-esfuerzo (>24 horas)

Criterios de Exclusión

- Enfermedad activa, no resuelta, o sospechada que puede causar fatiga
- Depresión psicótica, melancólica o bipolar (pero no depresión mayor no complicada)
- Psicosis
- Demencia
- Anorexia o bulimia nervosa
- Abuso de alcohol u otras sustancias
- Obesidad severa (índice de masa corporal igual o mayor a 45)

Criterios Diagnóstico Oxford

Fatiga severa, invalidante de al menos 6 meses de duración que:

- Afecta tanto el funcionamiento físico como mental
- Estuvo presente en más del 50% de las veces

Otros síntomas, particularmente mialgias y trastornos del sueño y del humor, pueden estar presentes.

Criterios de exclusión

- Enfermedad activa, no resuelta, o sospechada que puede causar fatiga
- Depresión psicótica, melancólica o bipolar (pero no depresión mayor no complicada)
- Psicosis
- Demencia
- Anorexia o bulimia nervosa

ANEXO 2. EJERCICIO 1: VALORAR TU ESTILO DE VIDA

El ejercicio que a continuación se presenta ofrece una revisión y resume de los puntos más importantes que tienes que considerar para evaluar tu propio estilo de vida. Todos los ítems listados afectan tu capacidad para resistir la enfermedad. Toma mucho tiempo para considerar cada respuesta y vete más allá que tus primeras impresiones.

Instrucciones: Escribe uno de los siguientes símbolos al lado de cada ítem indicando como crees que lo estas llevando:

- + Significa que lo estás haciendo bien
- O Significa que podría mejorar, porque lo llevas a medias
- Significa que definitivamente tienes que mejorar este punto

1. Nutrición:

- A. Bebo agua purificada.
- B. Bebo bastante agua purificada.
- C. Desayuno.
- D. Como regularmente.
- E. Tengo cuidado con las comidas procesadas.
- F. Como fruta y vegetales frescos.
- G. Tomo los suplementos apropiados.
- H. Evito el azúcar refinado.
- I. Minimizo la ingesta de carne roja.
- J. Evito el alcohol.
- K. Evito la cafeína.
- L. Leo las etiquetas en los envoltorios de los alimentos.
- M. Evito los alimentos con productos químicos que no puedo pronunciar.

2. Hábitos:

- A. Evito fumar o respirar humo.
- B. Veo poca televisión.

3. Entorno:

- A. Mantengo mi entorno libre de productos químicos tóxicos e humos.
- C. Mantengo mi entorno bonito e inspirador.

4. Relaciones:

- A. Comunico claramente mis sentimientos.
- B. Comunico claramente mis deseos y necesidades.
- C. Digo "no" sin sentirme culpable.
- D. Estoy libre de conflictos sin resolver y que envenenan
- E. Estoy libre de preocupaciones de daños viejos.
- F. Evito "relaciones tóxicas."

G. Tengo relaciones que me nutren.

5. Expresión emocional:

- A. Me permito e expreso tristeza.
- B. Lloro libremente.
- C. Me permito e expreso miedo.
- D. Me permito e expreso enfado.
- E. Me permito e expreso amor.
- F. Me permito e expreso alegría.
- G. Me río libremente.

6. Autoestima:

- A. Estoy libre de culpa y auto-juicio.
- B. Me perdono por mis errores del pasado.
- C. Me quiero e acepto.

7. Tiempo solo:

- A. Gasto cada día algún tiempo de calidad yo solo.
- B. Dejo que mi mente se relaje.
- C. Me relajo.
- D. Gasto tiempo en introspección.

8. Actividades:

- A. Hago ejercicio suave, confortable cuando me siento capaz.
- B. Mi actividad laboral está libre de ansiedad e obligatoriedad.
- C. Mi actividad domestica está libre de ansiedad e obligatoriedad.
- D. Me permito descansar cuando lo necesito.

9. Placer e alegría:

- A. Cada día tengo genuino placer e alegría.
- B. Inicio contacto con amigos con quienes disfruto.

10. Contacto y tacto físico con otros:

- A. Tengo contacto físico con otros
- B. Doy y recibo afecto.
- C. Acepto con agrado el afecto sin tener que hablar sobre ello o tener que devolver algo inmediatamente.

11. La dimensión espiritual de la vida:

- A. Tengo en mi vida comprensión espiritual o religiosa que me ayuda a sentirme en paz, con esperanza y cómodo con mi vida.
- B. Tengo metas personales que hacen mi vida valiosa.
- C. Tengo un fin profundo y valioso para sentirme bien.

- D. Creo firmemente en mi fin para sentirme bien.
- E. Vivo según mis valores profundos.

12. Auto-ayuda:

- A. Busco, yo solo, activamente información sobre mi salud.
- B. Hago preguntas a mi médico y sigo preguntando hasta que estoy satisfecho.
- C. Practico cada día alguna forma de auto-ayuda.

ANEXO 3. CUESTIONARIO PARA DIAGNOSTICAR LA FIBROMIALGIA

Este cuestionario ha sido diseñado para facilitar el diagnóstico y el estudio epidemiológico de la frecuencia de los síntomas en el protocolo de investigación que se está llevando a cabo en el consultorio de acupuntura de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, y en la clínica de acupuntura de la Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa donde se imparte la especialidad de Acupuntura y Fitoterapia.

Indicaciones para el llenado del cuestionario

1. Marcar con una paloma (/) si presenta el síntoma
2. Marcar con una cruz (X) si no presenta el síntoma
3. Anotar la fecha aproximada de inicio del síntoma señalado.

Nombre del paciente: _____

Edad: _____

Fecha: _____

Antecedentes personales

Traumatismos (). Anote cuáles _____

Cirugías (). Anote cuáles _____

Enfermedades reumáticas () _____

Enfermedades de la tiroides ()

Otra enfermedad (). Anote cuál _____

Tener algún estudio de laboratorio anormal (). Anote cuál(es) _____

CRITERIOS MAYORES

Trastornos musculo esqueléticos

1. Dolor generalizado al despertar ()
2. Rigidez al despertar ()
3. Dolor en la nuca ()
4. Dolor en el cuello ()
5. Dolor en la parte alta de los hombros ()
6. Dolor en el coxis ()
7. Dolor en los glúteos ()
8. Dolor en los codos ()
9. Dolor en las rodillas ()
10. Dolor en las costillas ()
11. Dolor en otra región ()
12. Dolor en la articulación de la mandíbula ()
13. Dolor en los dedos ()

Características del dolor

Fijo ()

Migratorio ()

Quemante ()

Ardoroso ()

Punzante ()

Opresivo ()

Sensación de impulsos eléctricos ()

Otro tipo (). Anote cuál _____

El dolor se presenta después de ejercicios excesivos ()

El dolor aumenta con la humedad (), el frío (), el calor ()

El dolor se agrava en el día ()

El dolor se agrava en la noche ()

El dolor disminuye en el día ()

El dolor disminuye en la noche ()

14. El dolor le permite realizar su trabajo o actividades físicas ()

15. El dolor en ocasiones le impide ir a trabajar o realizar actividades físicas ()

16. El dolor no le permite realizar su trabajo o actividades físicas ()

17. Adormecimiento (): piernas (), brazos (), cara (), manos () pies ().

18. Hormigueos (): pies (), piernas (), manos () Otra región del cuerpo (). Anote cuál _____

19. Temblor de músculo ()

20. Debilidad muscular ()

CRITERIOS MENORES

Trastornos del sistema nerviosos

21. Fatiga o cansancio (). Después que se levanta (). Durante el día () Después de estar parado por más de 15 minutos (). Después de caminar más de 15 minutos ().

22. Irritabilidad ()

23. Alteraciones de la memoria () Olvido de nombres de personas o cosas (). Olvido de dónde dejó alguna cosa ()

24. Dificultad para concentrarse ()

25. Temperamento ansioso o nervioso (). Anote en qué parte del cuerpo siente ansiedad _____

26. Inquietud mental ()

27. Depresión ()

28. Angustia fácil ()

29. Preocupación en exceso ()

30. Insomnio ()

31. Dificultad para conciliar el sueño ()

32. Despertar fácilmente durante la noche ()

33. Sueño no reparador ()

34. Problemas personales que le hayan desgastado emocionalmente (). Describa cuáles _____

35. temores o miedos (). Anota cuáles _____

Trastornos dermatológicos

36. Hipersensibilidad en la piel (). No tolera usar ropa ajustada ()

El roce de las sábanas le molesta en la noche () Dolor cuando palmean su espalda (). Dolor al apretar la mano o el brazo ()

37. Enrojecimiento en la piel con comezón ()

38. Acné ()

39. Piel irritada y llorosa ()

40. Seborrea en el cuero cabelludo ()

41. Comezón y enrojecimiento detrás de las rodillas (), codos () y cuello ().
42. Uñas quebradizas ().
43. Caída de cabello () cabello quebradizo ()
44. Sensación de calor en palmas (), plantas (), muslos ()
45. Sensación de piquetes en la piel ()
46. Sensación de vibración en la piel ()
47. Siente abultamiento o bolitas sobre la piel (), los músculos (), las articulaciones (), el cuello (), la espalda (), los brazos (), las piernas ().
- Trastornos gastrointestinales
48. Náuseas ()
49. Gases ()
50. Dolor abdominal ()
51. Constipación ()
52. Diarrea frecuente ()
53. Sangrados rectales ()
54. Hemorroides
- Trastornos genitourinarios
55. Orina con mucha frecuencia ()
56. Dolor arriba del pubis, en la vejiga ()
57. Sensación de dolor al orinar ()
58. Dolor en la vulva (), o en los genitales externos (), espasmos vaginales ()
59. Dolor durante la menstruación ()
60. Dolor al coito ()
61. Flujo blanco vaginal (), candida vaginal ()
- Trastornos que afectan cabeza, ojos, nariz y garganta
62. Dolor de cabeza (). Anote la región _____
63. Migraña ()
64. mareos ()
65. Desmayos ()
66. Vértigo ()
67. Ojos secos ()
68. Comezón en los ojos ()
69. Sensación quemante en ojos ()
70. Secreción de ojos (), visión borrosa ()
71. Secreción nasal ()
72. Congestión nasal ()
73. Lengua dolorosa ()
74. Lengua con la sensación de estar quemada ()
75. Sabor metálico ()
76. Sabor desagradable en la boca ()
77. Lengua escaldada ()
78. Zumbido de oídos ()
- Misceláneos
79. Fiebres elevadas sin causa aparente ()
80. Baja temperatura del cuerpo –frialdad ()
81. Aumento fácil de peso ()
82. Infecciones frecuentes (). Anote cuáles _____
83. Retención de líquidos en el cuerpo (), manos () piernas ()

84. Retención de líquidos al despertar () durante el día (), durante la noche ()
85. Dificultad para encontrar una posición confortable: en el cine (), en fiestas ()
en el auto cuando viaja ()
86. Asma ()
- Síntomas adrenérgicos**
87. Tendencia al aumento de la presión arterial ()
88. Sudoración nocturna ()
89. Sudoración fácil durante el día ()
90. Sudoración aumentada de manos () o plantas del pie ()
91. Palpitaciones frecuentes ()
92. Boca seca ()
93. Manos frías (), húmedas () o amoratadas ()
94. Temblor de manos ()
95. Piernas inquietas () en el día () o en la noche (). Le obligan a levantarse a caminar (). Presenta movimientos involuntarios bruscos de las piernas mientras duerme ()
96. Pulso rápido (). Siente palpitaciones mientras esta acostado ()
97. Tendencia a tener diarreas ()
98. Deseos de orinar con frecuencia ()

Síntomas colinérgicos

99. Tendencia a presión arterial baja ()
100. Pulso lento ()
101. Cefaleas tipo migrañoso ()
102. Somnolencia durante el día ()
103. Calambres () en pies () pantorrillas () manos ()
104. Contracturas musculares ()
105. Depresión reactiva ()
106. Vértigo ()
107. Mareos ()
108. Si tiene algún otro síntoma que no esté referido en este cuestionario, favor de anotarlos en este espacio:

109. En la infancia presentó alguno de los síntomas siguientes:

- Cansancio fácil durante actividades físicas ()
- Dolor de músculos atribuido al crecimiento ()
- Hiperflexión de dedos (), manos (), codos (), rodillas ()
- Dolores de cabeza ()
- Reacciones alérgicas ()
- Asma ()
- Falta de concentración en la escuela ()
- Trastornos de sueño ()
- Otros síntomas () Anote cuáles _____

Puntuación ()

Evaluación

Diagnóstico de FM con base en el cuestionario:

1. Dolor generalizado de por lo menos tres regiones durante tres meses.
2. FM leve: Si el paciente trabaja y presenta una puntuación de 25.

3. FM moderada: Si el paciente falta a trabajar por el dolor o tiene problemas interpersonales por su enfermedad y una puntuación de 25-50.
4. FM grave: Si deja de tener vida activa y no trabaja por su enfermedad y una puntuación de más de 50.

