



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

UTILIDAD DE LA PSICOTERAPIA Y LOS PSICOFÁRMACOS EN EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

Autor: M^a Carolina Ibáñez Molina

Director: Ignacio Boné Pina

Madrid

Mayo 2018

ÍNDICE

Contenido

| | |
|---|--------|
| RESUMEN | - 1 - |
| ABSTRACT | - 1 - |
| 1. INTRODUCCIÓN | - 2 - |
| 1.1. DEFINICIÓN | - 2 - |
| 1.2. SÍNTOMAS | - 3 - |
| 1.3. DIAGNÓSTICO Y PRUEBAS | - 4 - |
| 2. TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO Y PSICOLÓGICO EN EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA | - 7 - |
| 2.1. TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO | - 8 - |
| A. Antidepresivos | - 9 - |
| B. Ansiolíticos | - 11 - |
| C. Eutimizantes | - 12 - |
| 2.2. TERAPIA BASADA EN LA ACTIVIDAD | - 12 - |
| 2.3. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL | - 16 - |
| 3. CONCLUSIONES | - 22 - |
| 4. REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA | - 25 - |

RESUMEN

El Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) se caracteriza fundamentalmente por fatiga intensa (tanto física como mental), sin causa y de carácter permanente, que limita la capacidad funcional del paciente. No disminuye con el reposo y empeora con el ejercicio.

Este trabajo tiene como objetivo principal el estudio de la intervención con psicofármacos y psicoterapia en el SFC determinando su utilidad. Manteniendo ese foco, el trabajo se dividirá en dos partes principales. En una primera parte introductoria se hará una breve definición del SFC, los síntomas que puede presentar, cómo se llega al diagnóstico y sus posibles causas. En la segunda parte, se revisa el tratamiento y, especialmente la ayuda que pueden ofrecer los psicofármacos (antidepresivos, ansiolíticos, anticonvulsivantes, y otros) y las intervenciones psicológicas, con especial atención a la Terapia Cognitivo Conductual y a la regulación de la actividad física. Se profundizará y se discutirá sobre este tipo de intervenciones, sobre el modo específico de realizarlas y sobre la evidencia de su utilidad.

ABSTRACT

Chronic Fatigue Syndrome (CFS) is characterized mainly by intense fatigue (both physically and mentally), without cause and of a permanent nature, which limits the functional capacity of the patient. It does not decrease with rest and worsens with exercise.

The main objective of this study is to analyse the intervention with psychotropic drugs and psychotherapy in the CFS, determining its usefulness. Maintaining that focus, this study will be divided into two main parts. In a first introductory part a brief definition of CFS will be made, the symptoms that it can present, how the diagnosis is reached and its possible causes. In the second part, the treatment is reviewed and especially the help that psychopharmaceuticals can offer (antiinflammatory and analgesics, antidepressants, muscle relaxants, anxiolytics, anticonvulsants, and others) and psychological interventions with special attention to Behavioral Cognitive Therapy and the regulation

of physical activity. This type of intervention will be discussed in more detail, as well as the specific way of performing them and the evidence of their usefulness.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. DEFINICIÓN

El Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) se caracteriza fundamentalmente por fatiga intensa (tanto física como mental), sin causa y de carácter permanente, que limita la capacidad funcional del paciente. No disminuye con el reposo y empeora con actividades que requieran esfuerzo (Avellaneda et al., 2009).

Además, también se caracteriza por presentar dolores de forma generalizada, problemas cognitivos (tales como pérdida de memoria, atención y concentración), emocionales, digestivos y trastornos en el sueño. Ha recibido una serie de nombres alternativos como, por ejemplo, Encefalomiелitis Miálgica (ME), Síndrome de Fatiga Postviral (SFP) o Síndrome de Disfunción Inmunitaria.

Pese a que es reconocida por la OMS (Organización Mundial de la Salud) desde 1989, actualmente, se sigue considerando un problema bastante complejo del que se desconocen las causas. Aunque no se sepa a qué se debe el SFC, se han expuesto varias hipótesis. Entre ellas, se encuentra la Teoría Infecciosa, la Teoría Inmunológica y la Teoría Neuroendocrina. Aunque la teoría que posee una mejor evidencia científica es esta última, la Teoría Neuroendocrina, que plantea que el SFC pueda deberse a las alteraciones de los neuromoduladores del sistema nervioso central (Avellaneda et al., 2008).

Según Avellaneda et al., (2008), esta teoría sostiene que se han encontrado alteraciones en el eje HHS (Hipotálamo, Hipófisis y Suprarrenal) y en las hormonas que produce, al igual que en los mecanismos de regulación del sistema nervioso autónomo. La cuestión es que estas alteraciones no se presentan de forma constante. A través de técnicas de neuroimagen, como por ejemplo la resonancia magnética funcional, se confirma que las personas que padecen esta patología presentan alteraciones del flujo sanguíneo en

determinados núcleos centrales del cerebro. Por lo que estas alteraciones corroboran un desequilibrio en el funcionamiento de dichos núcleos del sistema nervioso central.

1.2. SÍNTOMAS

Cuando se habla de “síndrome” en patología, se refiere a un conjunto de síntomas y de signos que suelen presentarse juntos pero que aún no tenemos conocimiento suficiente para describirlo como una enfermedad o un trastorno. Por lo tanto, las personas que son diagnosticadas de SFC presentan varios síntomas, que se resumen a continuación:

A. Fatiga crónica

El síntoma principal es la fatiga o cansancio crónico, el cual no remite descansando las horas suficientes. Es un cansancio muy intenso que perdura en el tiempo. Se descarta que pueda deberse a otras enfermedades.

B. Dolores

Normalmente, la persona presenta también dolores, como dolores de músculos, de articulaciones, de cabeza, entre otros. Es por ello que, el SFC se considera similar a enfermedades virales, ya que la persona presenta un dolor generalizado en todo el cuerpo.

C. Problemas cognitivos

Es característico que también presente problemas cognitivos. La memoria, la atención y la concentración se ven afectadas de forma negativa en esta patología. Además, puede mostrar dificultad para encontrar determinadas palabras y nombres e incapacidad para planificar u organizar sus pensamientos.

D. Trastornos del sueño

Es frecuente que tenga dificultad para conciliar el sueño. Una vez que ha conseguido dormir, pueden darse dos situaciones: que se despierte de forma prematura durante

periodos duraderos y que sea un sueño no reparador. Es decir, un sueño ligero, que al despertarse no tenga la sensación de haber descansado aun durmiendo las horas suficientes para ello.

E. Problemas del Sistema Nervioso y Digestivo

Puede presentar síntomas del tipo mareos, pérdida de equilibrio, hipersensibilidad a la luz y al sonido, febrícula, sudoración, náuseas, pérdida de apetito, indigestión, gases y la variación entre diarrea y estreñimiento. Son síntomas bastante usuales.

F. Problemas emocionales

Hay estudios que demuestran que aproximadamente la mitad de las personas que sufren SFC, llevan consigo problemas psicológicos, especialmente del estado de ánimo. En algunos casos, esta patología les lleva a ser diagnosticados de ansiedad y/o depresión.

G. Intolerancias

Pueden aparecer intolerancias o hipersensibilidad hacia olores, ruido, alimentos, medicamentos, alcohol... entre otras. Las intolerancias causadas por el SFC, pueden desencadenar una Sensibilidad Química Múltiple (SQM). En la SQM, el afectado pierde la tolerancia a una gran variedad de factores ambientales, los cuales, son normalmente tolerados por la mayoría de las personas (Valverde, Markez y Visiers, 2010).

1.3. DIAGNÓSTICO Y PRUEBAS

El SFC es una patología que se diagnostica de un modo operativo por el cumplimiento de una serie de criterios diagnósticos que han sido establecidos por grupos de expertos. Los primeros en describirla fueron los miembros del CDC norteamericano (Center for Disease Control) ya por el año 1987. Actualmente los criterios diagnósticos más utilizados a nivel mundial están basados en los criterios canadienses de consenso (2003), aunque modificados varias veces (Carruthers et al., 2011).

CRITERIOS DE CONSENSO INTERNACIONAL

(Carruthers et al., 2011)

A. Agotamiento neuroinmunitario post-esfuerzo. Obligatorio. Sus características son:

1. Fatigabilidad física y/o cognitiva intensa y rápida cuando se lleva a cabo un esfuerzo.
2. Empeoramiento de manifestaciones post-esfuerzo.
3. El cansancio post-esfuerzo puede manifestarse inminentemente después de la actividad o retrasarse horas o incluso días.
4. La fase de recuperación es prolongada, habitualmente 24 horas o más. Una recaída puede durar días, semanas o más.
5. El bajo umbral de fatigabilidad física y mental (poca resistencia) causa una disminución notable del nivel de actividad premórbido.

B. Deterioros neurológicos

Es necesario presentar una de tres de las siguientes cuatro categorías:

1. Deterioros neurocognitivos
 - a. *Dificultades en el procesamiento de la información*
 - b. *Pérdida de memoria a corto plazo*
2. Dolor
 - a. *Cefaleas*
 - b. *Dolor pronunciado en músculos, uniones músculo-tendinosas, articulaciones, abdomen o pecho.*
3. Trastornos del sueño
 - a. *Patrón del sueño alterado*
 - b. *Sueño no reparador*
4. Trastornos neurosensitivos, perceptivos y motores
 - a. *Neurosensitivos y perceptivos: incapacidad para enfocar la vista, sensibilidad a la luz, al ruido, a la vibración, a los olores, a los sabores y al tacto.*
 - b. *Motores: debilitamiento muscular, tics, mala coordinación, sensación de desequilibrio estando erguido, ataxia.*

C. Deterioros inmunológicos, digestivos y genitourinarios

Como mínimo, se requiere una manifestación de tres de las siguientes cinco categorías:

1. Manifestaciones semejantes a las de la gripe
2. Susceptibilidad a las infecciones víricas
3. Aparato digestivo
4. Genitourinarios
5. Hipersensibilidades a alimentos, medicamentos, olores o productos químicos

D. Deterioro en la producción y el transporte de energía

Se requiere al menos una manifestación:

1. Cardiovascular: incapacidad para tolerar una postura erecta, intolerancia ortostática, hipotensión mediada neuralmente, síndrome de taquicardia ortostática postural, palpitaciones con o sin arritmias cardíacas, mareos.
2. Respiratoria: disnea, respiración difícil, fatiga de los músculos del tórax.
3. Pérdida de estabilidad térmica: temperatura corporal por debajo de lo normal, fluctuaciones fuertes a lo largo del día, sudor, frecuente sensación de fiebre con o sin febrícula, extremidades frías.
4. Intolerancia a temperaturas muy altas o muy bajas.

Según los criterios clínicos canadienses para SFC (2003), esta patología debe persistir durante al menos 6 meses.

Una vez diagnosticado, se procede a establecer la severidad, es decir, el grado de afectación de los síntomas en la calidad de vida de la persona afectada y la posibilidad de poder modificar la evolución de la enfermedad. Para ello, se divide a los afectados en cuatro grados de afectación diferentes. En el “Grado 1” (leve), el afectado presenta una fatiga ocasional, la cual no le repercute de forma significativa en sus actividades cotidianas. Puede llevar una vida prácticamente normal, salvo algún día que necesita la

baja laboral y por tanto, descansar. En el “Grado 2” (medio), la fatiga se presenta de manera más constante y repercute en las actividades diarias entre un 30-50%. En ocasiones, no puede llegar a terminar la tarea empezada o a conseguir los objetivos marcados. En el “Grado 3” (severo), la autonomía del enfermo se ve afectada en más de un 50%, ya que los síntomas no le permiten realizar todas las actividades por sí solo. No es capaz de realizar actividades las cuales supongan un esfuerzo continuo. Por último, en el “Grado 4” (exacerbaciones), la fatiga es extrema y se necesita de otras personas hasta para llevar a cabo actividades básicas. El afectado apenas puede moverse de la cama (Fernández, 2016).

2. TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO Y PSICOLÓGICO EN EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

El tratamiento del SFC es complejo, por ello hay que tener en cuenta tres modalidades terapéuticas: el tratamiento farmacológico, la terapia basada en actividad física y el tratamiento psicológico. Según expertos en Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica, el tratamiento del SFC suele tener como objetivo principal mejorar los síntomas y la calidad de vida del paciente a través de un programa amoldado a cada paciente, ya que no existe ningún tratamiento que logre curar esta patología y este no es el mismo para todos.

Hay numerosos fármacos que pueden ser recetados a la persona que sufre esta patología, como los analgésicos, antidepresivos, ansiolíticos, anticonvulsiantes, benzodiacepinas, entre otros. Aquí analizaremos especialmente el uso del grupo de los psicofármacos y su papel específico en el tratamiento.

Algunos expertos, exponen que también es recomendable que la persona con SFC reciba tratamiento psicológico. Esta patología afecta al estado de ánimo, a las relaciones interpersonales del paciente, al sueño y, a las actividades rutinarias. El objetivo global del tratamiento psicológico sería que puedan superar esta situación y que este problema les afecte lo menos posible a su vida diaria. Para ello, se suele utilizar la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la cual se basa en la interrelación de los pensamientos, las

acciones y los sentimientos (Rosselló, Bernal, Muñoz, Aguilar-Gaxiola y Guzmán, 2007). En cuanto a los “*pensamientos*” se pretende transmitir al sujeto la manera en la que influyen, tanto de forma negativa como positiva, los pensamientos en nuestro estado anímico. El objetivo de la dimensión de “*acciones*” es conseguir que el sujeto tenga mayor control de su vida implantando en estas actividades placenteras que le aporten bienestar y satisfacción. Además de aprender a disponer de otras alternativas en situaciones que lo requieran. En los “sentimientos” se trabaja con las relaciones interpersonales. La meta es conocer el apoyo social que recibe la persona y fortalecerlo, ya que este influye en el estado anímico. Esta terapia se suele organizar en programas, que incluyen psicoeducación, reducción del estrés y ansiedad, programación de actividades y atención a los pensamientos, creencias y lenguaje. También son importantes algunas técnicas psicológicas centradas en la prevención de recaídas. En este trabajo se ofrecerá una descripción y evaluación de estas intervenciones psicológicas más indicadas en el SFC (Roselló et al., 2007).

2.1. TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

Aunque no exista una cura, es conveniente acudir a profesionales para tratar los síntomas y que puedan sugerir cambios en la vida diaria del sujeto. Si no se tratan los síntomas, estos pueden influir negativamente en el día a día del enfermo y en su recuperación. No hay un tratamiento único para todos los afectados por igual. Dependiendo de los síntomas presentados, de la gravedad de estos y de las características de la persona afectada, se utilizará un tratamiento u otro.

Como dije anteriormente, no hay un tratamiento curativo, el objetivo de este es paliar los síntomas y la adaptación del paciente al entorno considerando sus limitaciones (Nuevo, 2018). Esto es algo que se le debe dejar claro a los pacientes. Deben ser conscientes y saber cuál es el objetivo de los fármacos, cuáles de estos son los más eficaces y los efectos secundarios que pueden aparecer.

La aparición de efectos secundarios puede variar dependiendo del fármaco, de la dosis a tomar y de las propias características de la persona afectada. Teniendo en cuenta esto,

en muchas ocasiones son los pacientes los que deben elegir un fármaco u otro considerando los efectos beneficiosos y los efectos secundarios de estos.

A. Antidepresivos

Los antidepresivos no se recetan únicamente a personas con depresión. Algunos, además, son eficaces para tratar el dolor, ya que tienen una acción analgésica. Este es uno de los motivos por el que los especialistas recetan antidepresivos a sus pacientes con SFC. Aunque hay que señalar que muchos de estos pacientes, a causa de esta patología, sufren de depresión, ya que en muchas ocasiones se sienten incomprendidos y se les puede tachar de “personas vagas”. Por lo que los antidepresivos pueden tener en estos pacientes un doble objetivo.

Los antidepresivos de primera línea en SFC son parte de lo que algunos llaman “antidepresivos de segunda generación” (ASG), en concreto los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) y los Inhibidores de la Recaptación de Serotonina Noradrenalina (IRSN), siendo estos los más recetados en psiquiatría actualmente. Otros antidepresivos más antiguos como los Antidepresivos Tricíclicos (ATC) o los Inhibidores de la Monoamino - Oxidasa (IMAOS) han pasado a tener un uso mucho más limitado. Los Antidepresivos Tricíclicos son considerados de segunda línea y los Antidepresivos Inhibidores de Monoaminooxidasa de tercera línea (Lam, Kennedy y Ravindran, 2009; Thaler et al., 2011).

Hay diferentes fármacos que se encuentran dentro de este grupo de antidepresivos, tales como la Fluoxetina, el Citalopram y el Escitalopram (en el grupo de los Inhibidores Selectivo de la Recaptación de Serotonina - ISRS) y la Duloxetina y la Venlafaxina (en el grupo de Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRSN). Según Thaler et al. (2011), pese a ser los más recetados actualmente, provocan algunos efectos secundarios que pueden causar que los pacientes abandonen la medicación antes de lo previsto.

Aunque disponemos de ensayos pequeños, y las pruebas de efectividad están limitadas, se considera que los antidepresivos no son efectivos para mejorar la fatiga (ni física, ni

mental), pero sí son útiles para tratar los síntomas del SFC, tales como la depresión, el insomnio o el dolor muscular, también llamado mialgias.

Como comenté anteriormente, los antidepresivos en el SFC se recetan con dos fines. Uno es para paliar los síntomas, entre ellos calmar el dolor, ya que tienen una acción analgésica, y otro es para tratar la posible depresión que pueda padecer el afectado por SFC.

Hace años, se necesitaba bastante tiempo para poder diagnosticar a una persona con SFC. En este periodo, muchas personas pensaban que la persona afectada era vaga y que si no hacía tareas o no se movía, no era por una patología, sino por simple pereza. Hoy en día, se puede acceder al diagnóstico de forma más rápida a través de los criterios diagnósticos del documento de Consenso Internacional (Carruthers et al., 2011), pero este síndrome sigue siendo complejo, por lo que la persona se puede seguir sintiendo incomprendida e irritable. Esto puede desembocar en una depresión. Además, los afectados de SFC llevan consigo problemas de memoria y concentración, la cual influye notablemente en el ámbito laboral y en actividades cotidianas; pérdida de independencia; pérdida de sus medios para trabajar, llevando consigo el riesgo a una inseguridad económica; alteración en las relaciones familiares y amistosas, preocupación por la sexualidad, ya que esta se ve disminuida... entre otras. Esto lleva a tener sentimientos de ira, culpa, ansiedad, aislamiento, abandono y depresión, las cuales pueden influir de forma negativa en los síntomas (Cubillo, 2013).

Por otro lado, los antidepresivos con acción analgésica, que como su propio nombre indica, sirven para aliviar el dolor. Es un tratamiento coanalgésico o coadyuvante analgésico. Los medicamentos, se recetan en base al grado de afectación que presente el paciente. Como comenté anteriormente, primero se diagnostica el SFC a través de los criterios diagnósticos del documento de Consenso Internacional (Carruthers et al., 2011), y posteriormente se procede a determinar el grado de afectación que tiene el dolor y los síntomas sobre la persona y su calidad de vida. Para así determinar qué medicamento se receta y la dosis de este. No obstante, los antidepresivos coanalgésicos más utilizados son la Amitriptilina, Nortriptilina y Desipramina en el grupo de los ATC.

En el grupo de los antidepresivos de segunda generación los más destacados son la Venlafaxina, el Bupropión, la Duloxetina y la Mirtazapina.

B. Ansiolíticos

Los ansiolíticos son principalmente las benzodiazepinas que se prescriben para tratar trastornos de ansiedad o problemas de insomnio y se utilizan también como relajantes musculares y como anticonvulsivantes. Las personas que sufren de SFC no solo tienen un nivel de tolerancia al estrés bastante bajo, sino que además tienen un umbral eléctrico en las conexiones neuronales del Sistema Nervioso Central por encima de los niveles normales. Esto recibe el nombre de excitotoxicidad (Prins, Meer y Bleijenberg, 2006; Vega, 2016). Cuando estas neuronas están en reposo presentan una carga eléctrica diferente a la que presentarían si estuvieran en acción. Las personas en coma tendrían una puntuación de cero en carga eléctrica. En cambio, si la persona se sitúa en una puntuación de cien estaría con un ataque epiléptico. Si nosotros nos solemos situar entorno a una puntuación de cincuenta, las personas con SFC tenderán a acercarse más a la puntuación cien (Prins et al., 2006). Es por ello que, siempre que se considere necesario (dependiendo de cada paciente), se recete ansiolíticos, para controlar esta respuesta neuronal tan excesiva. Ya que en condiciones patológicas puede provocar desde hiperexcitación hasta alteraciones de la energía y daños en las células. Además, estos también se mandan para tratar el insomnio y hacer que el afectado tenga un sueño más reparador, y como relajantes musculares para tratar los dolores.

Como se dijo, dentro de este grupo de ansiolíticos, las Benzodiazepinas son las principales. Pertenecientes a este grupo se utilizan con frecuencia en el SFC el Loracepam, el Alprazolam y el Bromacepam para personas de mediana edad. Para personas edad más avanzada tendríamos el Diazepam, el Clorazepato y el Clonazepam.

Estos medicamentos actúan como ansiolíticos, sedantes, hipnóticos, miorelajantes y anticonvulsivantes. Pueden provocar la dependencia si se consumen de forma continuada. Es por ello que se receta para periodos cortos de tiempo y la retirada de estos se llevará a cabo de forma progresiva.

C. Eutimizantes

Los eutimizantes, también llamados anticíclicos, son unos medicamentos psiquiátricos utilizados no solo para tratar la epilepsia, sino, además, para tratar el dolor agudo y crónico y los trastornos del estado de ánimo. Como, por ejemplo, el Trastorno Depresivo, el Trastorno Esquizoafectivo, el Trastorno Bipolar y el Trastorno Límite de la Personalidad. Por lo tanto, una de las funciones que tienen los eutimizantes en el SFC es la de tratar estos estados de ánimo, concretamente la posible depresión que puedan padecer los pacientes. Es común que las personas que sufren de SFC puedan sufrir a su vez depresión. Este medicamento es un estabilizador del estado de ánimo, por lo que en estos casos su objetivo será estabilizar y tratar estos estados anímicos.

Son varios los medicamentos pertenecientes a este grupo. Aunque, por una parte, los más conocidos son el Valproato, la Lamotrigina y el Carbonato de Litio. Será este último el que se centre más en el Trastorno Depresivo, antes que en los demás trastornos previamente mencionados. El Carbonato de Litio, fue el primer Eutomizante y a día de hoy sigue siendo el más utilizado. Es de los pocos medicamentos, de este grupo, que ha sido aceptado por la FDA (Food and Drug Administration), agencia de Estados Unidos encargada de legalizar los medicamentos, entre otros productos. Por último, por otra parte, destaca también la Carbamazepina y la Pregabalina, las cuales tienen como objetivo principal, en el caso del SFC, tratar el intenso dolor que este provoca. De la Carbamazepina se espera que dos tercios de los pacientes señalen alivio del dolor tras tomar este medicamento (Wiffen, Derry, Moore y McQuay, 2005). En cambio, la Pregabalina no existen pruebas que muestren que es efectiva (Moore, Straube, Wiffen, Derry y McQuay, 2009).

2.2.TERAPIA BASADA EN LA ACTIVIDAD

Esta terapia se centra en un incremento gradual y progresivo de la actividad. Se diseñan diferentes programas dependiendo de las características de cada afectado y de los objetivos que tenga cada uno de ellos. Estas deben estar desarrolladas y controladas por fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales que conozcan bien el SFC.

Por “actividad” no entendemos que englobe únicamente al conjunto de tareas físicas, sino que además también tenga en cuenta las tareas mentales. Como, por ejemplo, hablar con amigos, leer, ver la televisión, escuchar música, las emociones, las preocupaciones, etc. Siendo estos dos últimos ejemplos los que más energía desgastan en la persona. Por lo que no se refiere al deporte que pueda realizar una persona sin SFC, sino actividades cotidianas para que puedan valerse por sí solos y poco a poco puedan adquirir más fuerza y flexibilidad.

Antes de comenzar con el programa de actividad, se le debe dejar claro al afectado cual es el objetivo de dicho programa. El objetivo no es curar la enfermedad, y esta parte hay que dejársela clara. Lo que se pretende conseguir con este programa es aliviar los síntomas de la patología y que el sujeto se adapte lo mejor posible a sus nuevas limitaciones (Cubillo, 2013). Por el contrario, si desconoce la finalidad del programa es muy probable que se esfuerce de forma excesiva con el fin de conseguir el estilo de vida del que disponía antes de padecer el SFC, llevándolo de esta manera al fracaso o incluso a empeorar la sintomatología de esta patología. Además, no solo se considera que sea importante para aliviar síntomas y que el afectado se adapte a sus circunstancias, sino también para mejorar su estado anímico. Es decir, el hecho de sentirse que es capaz de controlar su vida y de poder hacer algo eficaz por los demás, les hace sentir bien consigo mismo, se sienten dueños de su propia vida y esto les genera bienestar y satisfacción (Vallejo, 2005).

Según la Fundación para la Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica, el programa de ejercicio física genera efectos positivos en los pacientes. Aunque si no se lleva a cabo de la forma adecuada, puede provocar daños.

Algunos de estos desconocimientos los podemos encontrar por ejemplo en que el paciente realice las actividades sin el apoyo de un profesional, es necesaria la ayuda de un terapeuta o de un fisioterapeuta. Por el contrario, en ocasiones se dispone de este apoyo, pero el terapeuta no tiene el conocimiento suficiente que se espera él acerca del SFC. Les puede mandar un programa de ejercicios acorde a personas con otro tipo de

enfermedades y no específico al SFC, o puede diseñar un programa con el que se pretenda por error llegar a los objetivos de forma demasiado rápida para una persona sin apenas entrenamiento.

No obstante, para que el programa se realice correctamente, primero es necesario conocer el umbral de actividad del paciente. Es decir, la cantidad y el peso de la actividad o actividades a realizar en un día sin que estas causen daño en la persona o que se agraven los síntomas de esta. El umbral es diferente en cada persona, no importa si antes de ser diagnosticado de SFC tenía un umbral alto o más bajo, al tener esta patología el umbral cambia por la gravedad de los síntomas. Por lo que es necesario hacer un registro de este en cada persona a tratar para así poder diseñar un programa específico acorde a sus necesidades y limitaciones (Coffin et al., 2014).

Lo segundo que se debe hacer es no caer en la tentación de marcar unos objetivos demasiado altos. Una vez se sepa el umbral de actividad del paciente, se deberá marcar unos objetivos realistas y alcanzables para todos los días. Es decir, unos objetivos que pueda cumplir incluso en días en los que se sienta más fatigado de lo normal.

La actividad a realizar, debe ir acompañada de descansos y relajación. Es esencial tener momentos de descanso tanto para el cuerpo como para la mente. También, es necesario no volver a realizar un ejercicio físico del programa sin estar totalmente descansado. En personas con SFC puede ser difícil llegar a este punto de relajación, para ello, les puede ser de ayuda escuchar música suave y relajante o ver cintas de relajación (Clark et al., 2017).

Una vez que el cuerpo ya se ha adaptado al nuevo programa de actividades, es cuando se va aumentando de forma gradual los ejercicios a realizar. La duración e intensidad de estos deberá ir aumentando muy poco a poco para evitar que haya recaídas y un empeoramiento de la patología. Si el paciente notara que aún es demasiado esfuerzo, se volverá al programa anterior.

Por último, se debe evitar el fenómeno push-crash. Según la Asociación Catalana de Afectados por el Síndrome de Fatiga Crónica (2003), se llama push-crash al momento en el que se aprovecha de encontrarse en un estado de mejoría para realizar una actividad de mayor esfuerzo. Es recomendable mantenerse activos, pero este fenómeno se debe evitar porque la persona puede que logre llevarlo a cabo, pero, es frecuente que

se presente a su vez una recaída mayor de la que normalmente se presentaría. Es aconsejable que el paciente consiga un equilibrio entre el ejercicio y el descanso, para que así sienta confianza en él mismo y en que controla a la patología, y no la patología a él.

Para ello, para conseguir ese equilibrio y no caer en el fenómeno push-crash, existe el pulsómetro. El pulsómetro ha sido inventado por la Doctora Quintana e intenta ser una medida precoz. Es decir, toda persona en general, con y sin patologías, llevan a cabo un esfuerzo, hay una respuesta cardíaca de adaptación al esfuerzo (lo que conocemos como taquicardia). Pero las personas con SFC presentan una respuesta cardíaca desproporcionada con el mínimo esfuerzo que, como dije anteriormente, daría lugar a una recaída mayor. La función de este monitor es, por tanto, avisar al paciente cuando esté llegando a su límite y así parar e intercalarlo con un descanso.

Hay tres fases a seguir en la terapia basada en la actividad (Coffin, Montiel, González y Borja, 2014):

1. Compromiso con el terapeuta y educación del paciente

El objetivo de esta primera fase es que el paciente comprenda y acepte el programa de actividades a realizar. Para ello se deberá explicar en qué consiste cada uno de ellos y sobre todo, qué se pretende lograr con ellos. Ya que, por el contrario, si tiene una idea inadecuada acerca de los objetivos, es esperable que el paciente sufra una recaída por querer conseguir algo inalcanzable en su situación actual.

2. Prescripción de ejercicio y monitoreo

En esta fase, el terapeuta o fisioterapeuta deberá explicar con más exactitud el procedimiento a seguir al paciente. Debe tener en cuenta que las personas con SFC muestran disfunción cognitiva, es decir, pueden mostrar dificultades tanto en el aprendizaje como en el procesamiento de la nueva información. Por lo que será recomendable que el terapeuta disponga de varias estrategias educativas para asegurarse de que el paciente lo entiende correctamente (Coffin et al., 2014). También debe tener en consideración que el paciente no tiene la misma resistencia que una persona carente

de esta patología. Por lo tanto, es esencial que le diseñe el programa acorde a sus limitaciones y características personales, sin olvidarse de sus posibles recaídas ante el esfuerzo excesivo. Las actividades a llevar a cabo se centran en el estiramiento y en el fortalecimiento.

3. Mantenimiento de las ganancias funcionales

El objetivo de esta última fase es comprobar que el paciente es capaz de establecer sus propios objetivos y alcanzarlos por sí mismo sin la ayuda del terapeuta que le ha estado guiando hasta el momento. De esta forma se promueve su independencia. Para ello, es esencial que se realice un seguimiento para asegurarse de su capacidad.

Se demuestra que la Terapia de Ejercicio Gradual es eficaz en los casos de SFC. Se han elaborado ensayos en los que se obtienen resultados positivos que afirman la eficacia de la Terapia de Ejercicio Gradual en esta patología. No solo se obtienen resultados positivos, sino que, además, al cabo de doce semanas, los participantes dicen haber tenido un cambio positivo en la salud de forma general y concretamente en el SFC. Destacando también, que las mejoras más destacables tuvieron lugar en los pacientes quienes sufrían mayor discapacidad física (Clark et al., 2017). Al igual que el Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Cuidado (2007) el cual también considera, mediante sus propios ensayos, que la Terapia de Ejercicio Gradual genera beneficios en estas personas afectas por el SFC.

2.3.TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

En psicoterapia se establece una relación entre el psicólogo y el paciente con el fin de que este último potencie sus habilidades para superar una determinada situación. Este tratamiento lo reciben las personas quienes no han conseguido por sí solas hacer frente o controlar un problema y ha llegado un punto en el que la situación les ha controlado a ellos mismos. Es en ese momento en el que la persona precisa ayuda para controlar dicha situación (Vallejo, 2005). Puede que la persona no disponga de las habilidades o

recursos necesarios para hacer frente o que sí que tenga las habilidades, pero no sepa cómo llevarlas a cabo. En el caso de las personas afectadas por el SFC suele ser necesaria la intervención psicológica.

El SFC afecta a la vida diaria de estas personas y los síntomas toman el control de su vida. Además, también les influye negativamente en su estado anímico (ansiedad, depresión...), relaciones interpersonales, sueño, dolor, fatiga... (Vallejo, 2005). Por lo que la psicoterapia es muy aconsejable para que estas personas dispongan de las habilidades y destrezas necesarias para afrontar esta patología reduciendo así el efecto negativo de esta en la vida diaria de los pacientes.

Dentro del tratamiento psicológico podemos encontrar varias modalidades dependiendo de las necesidades y objetivos de cada paciente. Las más conocidas son la Terapia Psicoanalítica o Psicodinámica, la Terapia Humanista, la Terapia Sistémica y la Terapia Cognitivo - Conductual. Pero es esta última la que se considera más efectiva, y, por tanto, la que se utiliza en casos de SFC. Según el documento de consenso (Avellaneda et al., 2008), hasta el momento, entre todos estos enfoques nombrados anteriormente, ha sido la Terapia Cognitivo - Conductual la que ha demostrado evidencias sobre su eficacia para el tratamiento del SFC. Como comenté anteriormente, no existe un tratamiento curativo para el SFC, pero se considera que la Terapia Cognitivo – Conductual, aunque no mejora la evolución de la patología, mejora notablemente la calidad de vida del afectado. También, estudios más recientes, (McPhee, 2017), y recomendaciones con carácter más oficial (NICE) aconsejan la Terapia Cognitivo – Conductual en estas personas afectadas por el SFC.

A continuación, se explicará de una manera más detallada esta terapia, así como su proceso y funcionamiento y su utilidad en el SFC.

Según (Clark et al., 2017), la Terapia Cognitivo - Conductual es un tipo de tratamiento psicoterapéutico que se centra en ayudar a las personas que están viviendo un problema específico teniendo en cuenta los pensamientos, las acciones y los sentimientos de cada una de estas personas. El objetivo de esta orientación es hacer que la persona

comprenda que los pensamientos y sentimientos influyen en el comportamiento. Por lo que el psicólogo en este ámbito enseñará a identificar, comprender y cambiar estos patrones de pensamiento que influyen negativamente en la patología (reestructuración cognitiva) y, además, le enseñará también una serie de habilidades para el afrontamiento del estrés que provoca esta patología. Por lo tanto, la Terapia Cognitivo – Conductual, aunque no únicamente se centra en esta intervención, ayuda a las personas con enfermedades crónicas a que estas se habitúen a los síntomas y efectos de su patología. Para ello, se considera que es esencial la participación activa del paciente, de esta forma, el psicólogo se encargará de proponerle actividades para que el paciente realice (Vallejo, 2005).

Antes de llevar a cabo cada una de las fases de la Terapia Cognitivo – Conductual en el SFC, es conveniente tener en cuenta una serie de aspectos (Coffin et al., 2014). Son los siguientes:

A. Quejas:

Con el objetivo de conocer las actividades que lleva a cabo el sujeto, tanto físicas como sociales y mentales, así como las dificultades que presenta al realizarlas, el terapeuta deberá hacerle una serie de preguntas para saber en qué consiste su rutina diaria. Es conveniente que en esta parte el terapeuta también tenga constancia de las expectativas que trae el sujeto a consulta.

B. Patrón de actividad:

Es importante saber si el paciente es activo o pasivo. Esta información se puede obtener de dos maneras. Una de ellas es a través de un actómetro o un acelerómetro, su funcionamiento es diferente, pero el objetivo es el mismo, registrar los niveles de movimientos realizados por el sujeto. La otra forma de obtener este dato es mediante la anamnesis, es decir, que la información te la del propio paciente.

C. Posibles trastornos psiquiátricos:

Conviene conocer los antecedentes del paciente, saber si ha recibido ayuda psicológica o psiquiátrica y qué es lo que le ha llevado a necesitar dicha ayuda. El motivo de esto es que hay patologías que pueden tener síntomas iguales o parecidos a los de SFC.

Entonces, para saber la severidad del SFC habría que saber también de qué patología pueden venir estos síntomas. Dependiendo de esto, no solo la Terapia Cognitivo – Conductual puede verse modificada, sino que además, se debería considerar tratar ese posible trastorno a parte del SFC

Una vez se disponga de esta información previamente dicha, se comenzará con las fases del tratamiento enumeradas por Sandín (2005):

A. Fase 1: *Evaluación y formulación.*

En esta fase se intenta que el concepto sobre el SFC sea modificado de forma positiva por parte del paciente. Este proceso recibe el nombre de psicoeducación. Para ello, hay que explicarle al sujeto en qué consiste esta patología y el motivo por el que se considera que el mantenimiento del SFC tiene una base psicológica y, por tanto, aunque no se pueda curar, puede verse modificada. Según Vallejo (2005), el presentar estrés y/o ansiedad y tener un estado de ánimo bajo está relacionado con el dolor y la fatiga, ya que este se incrementa. Al igual que tener una vida sedentaria y centrar toda tu atención a la patología, también aumenta el nivel de dolor y la fatiga.

En esta primera toma de contacto, es conveniente saber si el paciente es una persona activa o, por el contrario, pasiva, ya que dependiendo de cómo sea este, se llevará a cabo la intervención de una manera u otra. Los pacientes activos suelen realizar más actividades diarias y se relacionan más con los demás. Estas personas no aceptan sus limitaciones llevando su esfuerzo a niveles altos. Por lo que la intervención con ellos consistirá en que sean conscientes de su patología para que así disminuya su nivel de actividad. En cambio, con los pacientes pasivos, como son personas sedentarias por miedo a empeorar su situación, habrá realizar con ellos un programa de actividad acorde a sus necesidades (Coffin et al., 2014).

B. Fase 2: Intervención Cognitivo – Conductual.

La intervención se divide en tres partes:

-Control de actividades: Como comentaba anteriormente, dependiendo de si la persona es activa o pasiva se acordará con el paciente una tabla con más nivel de actividad o con menos. Hay que señalar que el aumento de actividad ha de ser gradual y que esta actividad es diferente a los ejercicios realizados en la terapia basada en ejercicio físico, ya que estas actividades están más enfocadas a actividades placenteras para el sujeto, como por ejemplo hobbies. Esto beneficiará a su estado anímico.

-Revisión y reestructuración de pensamientos: Hay personas, las cuales se encuentran en esta situación, que tienen pensamientos negativos, es decir, piensan constantemente que no pueden realizar ninguna actividad porque les perjudicaría y optan únicamente por descansar. Esto no es cierto y hay que cambiarlo. Es verdad que tienen limitaciones, pero pueden y deben hacer más cosas aparte de quedarse en casa a descansar. En este apartado se les enseñará a enfrentarse a esta patología teniendo en cuenta sus limitaciones, pero, sobre todo potenciando sus fortalezas. También hay que hacerle ver y que comprenda que estos pensamientos negativos acompañados de emociones, también negativas, llevan a un empeoramiento de los síntomas (Vallejo, 2005). Al igual que si la persona centra toda su atención a esta patología, los síntomas incrementarán ya que los está reforzando.

-Afrontamiento del estrés: Es necesario que el sujeto aprenda a saber cuándo va a sentirse estresado o con ansiedad para que lo pueda controlar cuánto antes. No solo es recomendable que controle el estrés cotidiano, sino también el asociado a la patología. Para ello se le enseñarán técnicas de relajación. Dentro de estas técnicas se encuentra la relajación progresiva, la imaginativa y la contemplativa. Estas siguen un procedimiento diferente, pero lo que comparten es que persiguen un mismo fin, reducir la tensión en el sujeto para que así la patología no se vea afectada.

C. Fase 3: Revisión y modificación de actitudes desadaptativas.

En esta fase es donde se trabaja lo que comentaba anteriormente en la Fase 1. Los pacientes activos al querer seguir haciendo todo tipo de actividades, se marcan objetivos

inalcanzables. Es aquí donde hay que hacerles ver que se tienen que poner objetivos más realistas para poderlos alcanzar y que así no se sientan frustrados por no conseguir las metas puestas. Por el contrario, con los pacientes pasivos también hay que trabajar estas actitudes. Hay que motivarles a que realicen actividades para que sus síntomas no empeoren y su estado anímico mejore llevándole así al objetivo final, que tengan de nuevo el control de su vida. En ambos casos, las actividades a realizar se acordarán entre el paciente y el profesional.

D. Fase 4: *Solución de problemas relacionados con dificultades prácticas.*

Según Sandín (2005), cuando se avanza en la terapia, es probable que al sujeto le surjan problemas prácticos, los cuales deben ser resueltos con la ayuda del profesional. Por ejemplo, si el sujeto tiene miedo a retomar el trabajo, se le ayudará a decidir qué hacer (cambiar de trabajo, afrontar sus miedos y seguir, buscar alternativas...).

E. Fase 5: *Consolidación y planificación futura.*

Por último, es normal que una vez terminada la intervención pueda haber recaídas. El objetivo de esta última fase es que el sujeto sea consciente de que estas recaídas pueden darse y que son totalmente normales, y que en el caso en el que se den, que no le invadan las emociones negativas, sino que ponga en marcha lo aprendido en la terapia.

El Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE) recomienda que se elabore un programa de Terapia Cognitivo – Conductual específico para cada persona. Apoya que todas las personas con SFC deberían recibir este tipo de programa (McPhee, 2017).

La Terapia Cognitivo – Conductual puede llevarse a cabo de forma individual o en grupo. La terapia grupal está más enfocada a guiar a personas con un SFC moderado. Estos grupos los suelen formar tanto personas activas como pasivas, aunque es preferible que haya mayor número de personas activas. Este programa se realiza semanalmente y suele darse entre 8 y 10 sesiones (Vallejo, 2005). En ocasiones, aparte de la terapia grupal se requiere terapia individual con algunos pacientes. Ya sea porque

necesitan más atención a parte de la terapia grupal y esta se queda corta, o bien porque no solo tienen SFC, sino que además sufren de otras patologías, tales como depresión, ansiedad, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastornos alimenticios... etc. Cabe señalar, que la Terapia Cognitivo – Conductual puede integrar el tratamiento basado en actividad física, detallado anteriormente, con el propósito de hacer de esta, una terapia más amplia y completa.

3. CONCLUSIONES

El Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) es una patología caracterizada principalmente por fatiga muy intensa, la cual perdura en el tiempo, no mejora con el descanso y empeora al llevar a cabo actividades que requieran esfuerzo. Pese a que es reconocida por la OMS (Organización Mundial de la Salud), se sigue considerando un problema complejo del cual se desconoce su causa.

El síntoma principal es la fatiga crónica, pero el SFC puede presentar más síntomas: dolores por todo el cuerpo; problemas cognitivos, como la memoria, atención y concentración, las cuales se ven afectadas; trastornos del sueño, el patrón del sueño se ve notablemente alterado y el descanso no es reparador; problemas del Sistema Nervioso y Digestivo, mareos, náuseas, pérdida de equilibrio y de apetito...; problemas emocionales, destaca la depresión y/o la ansiedad, e intolerancias o hipersensibilidad, lo cual puede causar una Sensibilidad Química Múltiple.

Esta patología se diagnostica por el cumplimiento de una serie de criterios diagnósticos basados en los criterios canadienses de consenso, los cuales han sido modificados en varias ocasiones. El SFC debe presentarse durante al menos 6 meses para poder ser diagnosticado. Una vez diagnosticado, se procederá a evaluar el grado de severidad de este. Se establecen cuatro grados, siendo el “Grado 1” el que menos afectación de los síntomas muestra en la vida cotidiana del paciente, y siendo el “Grado 4” el que más afectación presenta.

Actualmente, no se dispone de un tratamiento curativo, por lo que el objetivo principal del tratamiento será mejorar la calidad de vida y paliar los síntomas. Se dispone de tres

modalidades terapéuticas: el tratamiento farmacológico, la terapia basada en actividad física y el tratamiento psicológico.

Dentro del tratamiento psicofarmacológico para tratar el SFC se encuentran los antidepresivos, los ansiolíticos y los eutimizantes. Se considera que los *antidepresivos* tienen un doble objetivo, ya que se utilizan tanto para tratar la depresión, como para tratar el dolor por su acción analgésica. Se dispone de distintos fármacos, aunque los más recetados actualmente son: la Fluoxetina, el Citalopram y el Escitalopram, pertenecientes al grupo de los Inhibidores Selectivo de la Recaptación de Serotonina; y la Duloxetina y la Venlafaxina, grupo de Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina. En cuanto a los *ansiolíticos* son recetados con el fin de tratar trastornos de ansiedad y problemas de insomnio. También, se utilizan como relajantes musculares y como anticonvulsivantes. En el grupo de los ansiolíticos destacan las benzodiazepinas. Dentro de estas, las más empleadas para el SFC son el Loracepam, el Alprazolam, el Bromacepam, el Diazepam, el Clorazepato y el Clonazepam. Por último, los *eutimizantes*, considerados estabilizadores del estado de ánimo. Su función principal será tratar el dolor y el posible cuadro depresivo del sujeto. Los medicamentos más destacados dentro de este grupo serán: Carbonato de Litio, Carbamazepina y Pregabalina.

La terapia basada en la actividad física se centra en un aumento gradual y progresivo de la actividad, tanto física como mental. Para ello se establece un programa con tres fases a seguir. La primera fase sería "*Compromiso con el terapeuta y educación del paciente*" donde el terapeuta le explicará el objetivo de esta terapia. El cual no es curar, sino paliar los síntomas y conseguir que se adapte de la mejor manera posible a sus limitaciones. En la segunda fase "*Prescripción de ejercicios y monitoreo*" se le explica con más precisión el procedimiento de la terapia. Las actividades que se llevarán a cabo principalmente serán de estiramientos y fortalecimiento. Teniendo en cuenta que los descansos tienen un peso importante para evitar recaídas. La última fase es "*Mantenimiento de las ganancias funcionales*", donde se comprueba que el sujeto sabe poner en práctica por sí solo todo lo aprendido.

Por último, dentro del tratamiento psicológico, podemos encontrar varias modalidades, aunque será la Terapia Cognitivo – Conductual la más efectiva en el SFC y por lo tanto la que se lleve a cabo a través de un programa que incluye varias fases a seguir. El objetivo que se persigue es que los sujetos adquieran las habilidades y destrezas necesarias para hacer frente a esta patología afectándoles así lo menos posible a su vida cotidiana. Antes de comenzar con el programa, se deberá tener en cuenta algunos aspectos, como son: las *quejas*, para conocer el caso concreto del sujeto, su rutina y limitaciones; el *patrón de actividad*, saber si la persona es activa o pasiva, ya que dependerá de esto que se intervenga de una manera o de otra; y los *posibles trastornos psiquiátricos*, si la persona ha recibido ayuda psicológica o psiquiátrica anteriormente y los motivos que le han llevado a necesitarla. Una vez se disponga de estos datos, se empezará con el programa. La primera fase “*Evaluación y formulación*” recibe el nombre de “Psicoeducación”. Se le explicará principalmente por qué el mantenimiento del SFC tiene una base psicológica. El objetivo es que sea consciente de que el estrés, ansiedad y un estado anímico bajo provoca un aumento de fatiga y de dolores. La segunda fase “*Intervención Cognitivo – Conductual*” se divide en control de actividades, revisión y reestructuración de pensamientos y afrontamiento del estrés. La tercera fase “*Revisión y modificación de actitudes desadaptativas*” donde se les anima para que realicen actividades siguiendo estas una serie de pautas para establecer objetivos realistas y así evitar la frustración. La cuarta fase “*Solución de problemas relacionados con dificultades prácticas*”, se le ayudará a resolver los problemas que le vayan surgiendo a lo largo de la intervención. Y, por último, la quinta fase “*Consolidación y planificación futura*” donde el sujeto debe saber que es posible que se den recaídas y una vez dadas, poner en marcha las habilidades y destrezas aprendidas.

Actualmente, se considera que no se dispone de un tratamiento farmacológico efectivo para el SFC. La mejor evidencia sobre la eficacia de las modalidades terapéuticas se obtiene con la Terapia Cognitivo – Conductual y con la Terapia basada en ejercicios físicos. Se considera que la Terapia Cognitivo – Conductual es útil para disminuir los síntomas causados por el SFC en general y concretamente el síntoma de la fatiga. Esta posición la apoyan varios autores, los cuales han llevado a cabo una serie de estudios que han demostrado la eficacia únicamente en estas dos Terapias previamente nombradas. No obstante, hay otros autores que entre estas dos terapias, sustentan que es

más efectiva la Terapia Cognitivo – Conductual que la Terapia basada en ejercicio físico.

4. REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

Asociación Catalana de Afectados por el Síndrome de Fatiga Crónica. (2003). *Síndrome de fatiga crónica* (1ª ed.). Barcelona: CatSalut.

Avellaneda, A., Pérez, Á., Izquierdo, M., Arruti, M., Barbado, F., de la Cruz, J., Díaz-Delgado, R., Gutiérrez, E., Palacín, C., Ramón, J., y Rivera, J. (2009). Síndrome de fatiga crónica. Resumen del documento de consenso. *Atención Primaria*, 41(10).

DOI:10.1016/j.aprim.2009.06.016

Avellaneda, A., Pérez, Á., y Izquierdo, M. (2008). Síndrome de fatiga crónica. Documento de consenso.

Barbado, F. J., Gómez, J., López, M., y Vázquez, J. J. (2006). El síndrome de fatiga crónica y su diagnóstico en Medicina Interna. *Anales de Medicina Interna*, 23(5).

Brooks, S. K., Chalder, T., y Rimes, K. A. (2017). Chronic Fatigue Syndrome: Cognitive, Behavioural and Emotional Processing Vulnerability Factors. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 45,156-169. DOI:10.1017/S1352465816000631

Carruthers, B. M., van de Sande, M. I., De Meirleir, K. L., Klimas, N. G., Broderick, G., Mitchell, T., Staines, D., Powles, A. C. P., Speight, N., Vallings, R., Bateman, L., Baumgarten-Austrheim, B., Bell, D. S., Carlo-Stella, N., Chia, J., Darragh, A., Jo, D., Lewis, D., Light, A. R., Marshall-Gradisbik, S., Mena, I., Mikovits, J. A., Miwa, K., Murovska, M., Pall, M. L., y Stevens, S. (2011). Myalgic encephalomyelitis: International Consensus Criteria. *Journal of Internal Medicine*. DOI:10.1111/j.1365-2796.2011.02428.x

Cedillo-Ildefonso, B., Miralrio, C., y Coffin, N. (2015). El síndrome de la fatiga crónica (SFC) y las Benzodiazepinas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(3), 962-976.

Clark, L. V., Pesola, F., Thomas, J. M., Vergara-Williamson, M., Beynon, M., y White, P. D. (2017). Guided graded exercise self-help plus specialist medical care versus specialist medical care alone for chronic fatigue syndrome (GETSET): a pragmatic randomised controlled trial. 390, 363-373.

Coffin, N., Montiel, D., González, A., y Borja, H. O. (2014). Terapia de ejercicio. *Manual para la enseñanza de diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Fatiga Crónica a alumnos de Medicina y Psicología con poblaciones latinas*. 102-120.

Correa, Y., Ortega, J. A., Rosiles, G., Jiménez, I., Almendares, C., Berrón, R., y Huerta, J. G. (2000). Síndrome de fatiga crónica en niños y adolescentes. *Alergia, asma e inmunología pediátricas*. 9(1), 21-31.

Cubillo, B. (2013). Síndrome de fatiga crónica. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXX*, 423-428.

Faro, M., Sàez-Francás, N., Castro-Marrero, J., Aliste, L., Fernández de Sevilla, T., y Alegre, J. (2016). Diferencias de género en pacientes con síndrome de fatiga crónica. *Reumatología Clínica*, 12(2), 72-77. DOI:10.1016/j.reuma.2015.05.007

Fernández, J. (2002). El síndrome de fatiga crónica. *Medicina Interna General*, 40(2), 56-63.

Fernández, J. (2016). Grados de fatiga en el Síndrome de Fatiga Crónica. *Asociación de Fibromialgia, Síndrome de Fatiga Crónica y Sensibilidad Química Múltiple de Melilla*.

García-Quintana, A. M., y Alegre, J. (2003). El síndrome de la fatiga crónica. *Ventana a otras especialidades*, 2(1).

Gimeno, I., Guitard, M. L., Rosselló, L., Torres, J., y Fernández, J. (2016). Situaciones estresantes asociadas a la presentación del síndrome de fatiga crónica. *Revista Española de Salud Pública*, 90.

Kindlon, T. (2017). Do graded activity therapies cause harm in chronic fatigue syndrome? *Journal of Health Psychology*, 22(9), 1146-1154.

DOI:10.1177/1359105317697323

Laws, K. R. (2017). Distress signals: Does cognitive behavioural therapy reduce or increase distress in chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis? *Journal of Health Psychology*, 22(9), 1177-1180. DOI:10.1177/1359105317710246

Linxin, L., Geraghty, O. C., Mehta, Z., y Rothwell, P. M. (2017). Age-specific risks, severity, time course, and outcome of bleeding on long-term antiplatelet treatment after vascular events: a population-based cohort study. 390, 490-499.

McPhee, G. (2017). Cognitive behaviour therapy and objective assessments in chronic fatigue syndrome. *Journal of Health Psychology*, 22(9), 1181-1186.

DOI:10.1177/1359105317707215

Moore, R. A., Straube, S., Wiffen, P. J., Derry, S., y McQuay, H. J. (2009). Pregabalin for acute and chronic pain in adults. (3). 10. DOI: 1002/14651858.CD007076.pub2

Nuevo, J. A. (2018). Síndrome de fatiga crónica. *Revista de salud y bienestar*.

Ortega, A., y Moya, M. J. (2011). Encefalomiелitis Miálgica: Criterios de consenso internacional. *Journal of Internal Medicine*. DOI:10.1111./j.1365-2796.2011.02428.x.

Qanneta, R., Fontova, R., Poveda, M. J., y Castro, S. (2014). Tipología clínica del síndrome de fatiga crónica: hipótesis clasificatoria. *Reumatología Clínica*, 10(2).

DOI:10.1016/j.reuma.2013.04.004

Ramos, V., Rivero, R., Piqueras, J. A., García, L. J., y Oblitas, L. A. (2008).

Psiconeuroinmunología: Conexiones entre sistema nervioso y sistema inmune. *Suma Psicológica*, 15(1), 115-142.

- Rivera, J. (2010). El tratamiento con fármacos de la fibromialgia y del síndrome de fatiga crónica. *Unidad de Reumatología*.
- Rivera, J. (2010). Entendiendo el síndrome de fatiga crónica. *Reumatología Clínica*, 6(4). DOI:10.1016/j.reuma.2010.01.009
- Reverend, H. (2000). Una reflexión sobre el concepto de síndrome. *Revista de la Facultad de Medicina*, 48(4), 241-242.
- Rivera, G., y Kopitowski, K. (2004). Tratamiento del síndrome de fatiga crónica. 7(6), 184-185.
- Rosselló, J., Bernal, G., Muñoz, R. F., Aguilar-Gaxiola, S., y Guzmán, J. (2007). Manual de tratamiento para la Terapia Cognitivo – Conductual. *Manual para terapeutas*.
- Sandín, B. (2005). El síndrome de fatiga crónica: Características psicológicas y Terapia Cognitivo-Conductual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 85-94.
- Thaler, K., Delivuk, M., Chapman, A., Gaynes, B. N., Kaminski, A., y Gartlehner, G. (2011). Second-generation antidepressants for seasonal affective disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI:10.1002/14651858.CD008591.pub2
- Vallejo, M. A. (2005). Tratamiento psicológico de la fibromialgia y del síndrome de fatiga crónica.
- Whiting, P., Bagnall, A. M., Sowden, A. J., Cornell, J. E., Mulrow, C. D., y Ramírez, G. (2001). Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome: a systematic review. *JAMA*, 286(11), 1360-1368.
- Wiffen, P. J., Derry, S., Moore, R. A., y McQuay, H. J. (2005). Carbamazepine for acute and chronic pain in adults. DOI: 10.1002/14651858.CD005451