

Nuevas enfermedades ¿del alma? Reflexiones psicossomáticas a propósito de algunas analogías estructurales entre síndrome de fatiga crónica, fibromialgia y sensibilidad química múltiple

New maladies - of the soul? Reflections concerning some structural analogies among chronic fatigue syndrome, fibromyalgie and multiple chemical sensitivities

Niklas Bornhauser N., Herbert Csef

Sección de Medicina Psicossomática Policlínico Universitario de la Julius-Maximilians-Universität de Würzburg, Alemania.

Introduction. *Recent years have seen an increase in several illnesses located on the border between body and mind. Chronic fatigue syndrome (CFS), fibromyalgia (FM) and multiple chemical sensitivities (MCS) are particularly prominent members of this group. There is currently no scientific consensus on the etiology, pathogenesis and medical treatment of these maladies, and, consequently, no adequate clinical response has been formulated. Considering the lack of homogeneous criteria, the authors carry out a critical analysis from a comparative point of view. CFS, FM and MCS, seen from an interdisciplinary perspective, seem to be more the result of the simultaneous confluence of multiple psychosocial factors than genuine organic diseases. Using the concepts of somatization and anxiety, the authors propose a complementary psychosomatic approach based on the structural analogies of CFS, FM and MCS.*

Key words: *chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, multiple chemical sensitivities, somatization, anxiety*

Introducción. *En los últimos años se ha observado la expansión de una serie de cuadros clínicos situados en la frontera entre el soma y la psique. Entre ellos cabe destacar el síndrome de fatiga crónica (CFS), la fibromialgia (FM) y la «enfermedad medioambiental» sensibilidad química múltiple (MCS). En la actualidad, no hay un consenso científico a propósito de etiología, patogénesis y tratamiento de las afecciones nombradas, lo que ha impedido que se formule una respuesta clínica adecuada a dichas molestias. Dada la mencionada falta de homogeneización de criterios los autores proponen someter a dichas enfermedades a un análisis crítico desde un punto de vista comparativo. CFS, FM*

y MCS, pensadas desde una perspectiva interdisciplinaria, más que genuinas enfermedades orgánicas parecen ser el resultado sobredeterminado de la confluencia simultánea de múltiples factores psicosociales. Recuperando el concepto de somatización, por un lado, y el de angustia, por el otro, los autores proponen un enfoque psicósomático de CFS, FM y MCS, basado en sus respectivas analogías estructurales.

Palabras clave: *síndrome de fatiga crónica, fi.bromialgia, sensibilidad química múltiple, somatización, angustia.*

Introducción

Durante los últimos años se ha constatado e laumento notorio de una serie de cuadros clínicos novedosos y sumamente resistentes a la sistematización diagnóstica tradicional. Dentro de ellos cabe destacar: el síndrome de fatiga crónica(CFS), la fibromialgia (FM) y la «enfermedad medioambiental» sensibilidad química múltiple (MCS).

Dichas afecciones, además de haberse convertido en el objeto privilegiado del debate contemporáneo en las ciencias médicas, se distinguen por su drástico incremento y la simultánea importancia que han recibido por parte de los medios de comunicación y la prensa no especializada.

Al mismo tiempo, los cuadros clínicos en cuestión justamente por la mencionada dificultad diagnóstica apuntan al centro de la controversia permanente entre medicina académica y medios curativos alternativos, es decir, no reconocidos por la comunidad científica. Semejante relevancia práctica del tema ha sido destacada por nombrados internistas como Buchborn (1), Eisberg y colaboradores(2), Marx (3), Nix (4) y Köbberling (5), quienes han enfatizado la brecha entre las aproximaciones teóricas y los tratamientos prácticos en circulación.

En este momento no existe un consenso encunto a la etiología y patogénesis de los tres síndromes antes destacados. Por otra parte, el proceder diagnóstico está marcado por la incertidumbre, la que se condiciona a la imposibilidad de una objetivación y diferencia diagnóstica confiable, además de la exclusión progresiva (6).

Finalmente, el estado actual de la discusión confirma la sospecha de Shorter (7), quien dice que ensu mayoría se trataría de síndromes de somatización y, con ello, de enfermedades psicósomáticas contemporáneas. Asimismo, investigaciones recientes provenientes de la medicina interna confirman la existencia de una serie de semejanzas esenciales entre CFS, FM y MCS (8, 9). Estas semejanzas y coincidencias serán discutidas a continuación ante el trasfondo del concepto psicósomático desomatización y la consiguiente revaloración de la dimensión psíquica.

Datos epidemiológicos de interés

Existe un gran número de estudios epidemiológicos que confirman la prevalencia de los síndromes de fatiga (agotamiento, cansancio) y de dolor en los últimos años (10, 11). Kroenke y Mangelsdorff(12), en un estudio longitudinal realizado con una muestra de 1000 pacientes de una clínica médica, constataron que los síndromes de dolor eran los más frecuentes, y que entre los ocho síndromes más reportados cuatro poseían un carácter de dolor, así como también que el segundo síndrome más habitual era la fatiga. Asimismo, apuntaron que sólo en un porcentaje mínimo (entre un 1 y un 5%) de los casos se encontró una causa orgánica que explicaba el padecer o la molestia.

También en este sentido, el estudio de la WHO efectuado en 14 países con el propósito de determinar la prevalencia de enfermedades psíquicas en las consultas generales (13) arrojó información adicional de sumo interés para la discusión del tema que nos ocupa. A este respecto, cabe mencionar que en los dos centros alemanes que participaron de la investigación se observó que, sobre una muestra de 400, respectivamente, en Berlín 25,2% y en Mainz 30,6% de los pacientes registrados en las consultas de medicina general, padecían trastornos psíquicos. La cuota de prevalencia de neurastenia era asombrosamente alta –un 7,4% en Berlín y un 7,7% en Mainz–, mientras que las cuotas de prevalencia de distimia, trastornos de pánico o trastornos de somatización bordeaban el 1 a 2 del porcentaje total.

A propósito de las elevadas cuotas de prevalencia de neurastenia, merece la atención señalar que los criterios diagnósticos del ICD-10 propuestos para dicha enfermedad coinciden a grandes rasgos con los criterios clínicos formulados para el síndrome de fatiga crónica.

Estructuras de asistencia médica

Desde la perspectiva del tratamiento y de la asistencia médica cabe destacar que la mayoría de los pacientes anteriormente citados efectuaron una genuina odisea por las consultas de numerosos médicos especialistas. Dado que la medicina tradicional aún no dispone de un modelo etiológico consensual ni de tratamientos específicos concretos, muchos de estos pacientes se dirigen hacia curanderos, homeópatas y naturópatas. Esta lamentable situación, en nuestra opinión, se debe principalmente al hecho de que la investigación psicosomática y la práctica psicoterapéutica no han sido capaces de formular conceptos convincentes para la comprensión y el tratamiento de los llamados trastornos somatoformes.

1. El síndrome de fatiga crónica (CFS)

a) Antecedentes históricos

La reciente historia del CFS comienza en la década del 50 en los EEUU, cuando entre 1957 y 1959 en el New England Journal of Medicine aparecieron publicaciones específicas sobre «neuromiastenia epidémica», la que aparentemente presentaba ciertas semejanzas con las epidemias de parálisis infantil o poliomielitis (14, 15, 16). Luego, en 1964 Michael Epstein y J. M. Barr aislaron por primera vez el agente patógeno de la denominada mononucleosis infecciosa, con lo cual ésta se convirtió en la llamada infección del virus de Epstein-Barr (infección EBV).

Por otro lado, en 1984 se constataría la presencia de una epidemia hasta la fecha irresuelta en el lago Tahoe. Dicha epidemia, que presentaba como síntoma principal fatiga y agotamiento sobresalientes, en su momento fue reconducida a infecciones EBV(17) para posteriormente responsabilizar al virus del herpes tipo 6 (HHV6) de su causación, en lo que se conocería como «virus Lake Tahoe» (18). En los años siguientes, tanto el concepto etiológico como el patogénico de la epidemia del síndrome de fatiga fue objeto de numerosas y acaloradas controversias científicas, de modo que los Centers for Disease del gobierno de los EEUU se vieron obligados a formular una posición oficial al respecto. En este objetivo, el Departamento de Salud Federal formado en torno a Gary Holmes enfatizó que no se había detectado correlación estadísticamente significativa alguna entre las epidemias con fatiga crónica y los hallazgos hematológicos de una infección crónica de EBV (19). En consecuencia, se propuso seguir empleando el término infección viral de Epstein Barr para este cuadro clínico, sino hablar de síndrome de fatiga crónica (CFS). El respectivo grupo de trabajo publicó una primera definición operativa para aquel síndrome, la que fue actualizada en 1994 por el International Chronic Fatigue Syndrom Study Group (20), adaptándola al estado actual de la investigación y proponiendo criterios diagnósticos específicos ([Tabla 1](#)).

Tabla 1
Criterios diagnósticos del síndrome de fatiga crónica
(según 13)

1. **Criterios principales:**
 - Cansancio persistente o fatigabilidad leve
 - Duración de por lo menos seis meses
 - No es explicable por otra enfermedad
 - No es consecuencia de una situación de estrés crónico
 - No mejora con reposo
 - Reducción sensible de la capacidad de rendimiento
2. **Criterios secundarios (han de estar presentes por lo menos cuatro criterios secundarios):**
 - dolor de garganta
 - dolor en nodos linfáticos cervicales o axilares
 - artralgias
 - dolores de cabeza
 - trastornos de concentración y de la memoria
 - cansancio prolongado, que dure más de 24 horas después de esfuerzos anteriormente tolerados sin consecuencias

b) Síndrome de fatiga crónica y neurastenia

Mientras que en los primeros decenios el síndrome de fatiga epidémica fue del dominio casi exclusivo de internistas y virólogos, en los últimos años tanto psicólogos, como psiquiatras y especialistas provenientes de la medicina psicosomática participan en un grado creciente en el debate. Como consecuencia de este desplazamiento del centro de discusión y ante la dificultad de pesquisar con precisión la fatiga como síntoma, Donna Greenberg(21) llegó a la conclusión

que el síndrome de fatiga representa la neurastenia del siglo XX tardío. Mientras que el origen de la neurastenia se atribuía a una eventual debilidad «nerviosa», en el caso del CFS se constató que afecta principalmente a pacientes con trastornos depresivos, angustiosos y de personalidad, acompañados de los difundidos síntomas inespecíficos tales como alergias múltiples, infecciones de las vías respiratorias, etc. En efecto resulta impresionante la extraordinaria coincidencia a nivel fenomenológico-descriptivo entre los criterios propuestos por el ICD-10 para la neurastenia y la definición operativa del CFS ([Tabla 2](#)). Cabe destacar que subyace a ambos cuadros clínicos la dificultad de conceptualizar de forma inequívoca el cansancio físico y la ausencia de un tratamiento lo suficientemente validado.

Tabla 2
Comparación de los criterios de diagnóstico
para neurastenia (criterios ICD-10) y
síndrome de fatiga crónica (criterios CDC)

Neurastenia F48.0	Chronic Fatigue Syndrom
Criterios de diagnóstico ICD-10	Criterios CDC (19)
Cansancio	+
Debilidad física	+
Trastornos de concentración	+
Dolores musculares	+
Dolores de cabeza	+
Vértigo, vahído	-
Irritabilidad	+
Dispepsia	-
Trastornos del sueño	+
Depresiones	+
angustia	+
	Fiebre
	Dolores de garganta
	Dolores de nodos linfáticos
	Artralgias

ICD-10 = International Classification of Diseases (WHO), CDC = Centers for Disease Control (U. S. Government), + = también nombrados como criterios diagnósticos en CDC, - = no nombrado

c) Prevalencia de trastornos psíquicos

Los primeros estudios acerca de la prevalencia de trastornos psíquicos en el CFS señalaron una estrecha relación entre CFS, neurastenia y los llamados trastornos somatoformes (4). Por otra parte, existiría una elevada aversión hacia los profesionales del campo de la salud mental, actitud detrás de la cual se

escondería el temor de que los síntomas que se padecen sean tildados de «imaginarios» o «ficticios». En oposición al desconcierto y la turbación provocadas en los profesionales de la salud, los pacientes que sufren de CFS parecen poseer una certeza casi inamovible con respecto al origen orgánico de su padecimiento. Lo anterior explicaría por qué dichos pacientes suelen mostrarse ofendidos si son derivados a un especialista en salud mental, mientras quedan genuinas muestras de alivio y aliento cuando se confirma su sospecha de una noxa orgánica y con ello acceden a la dignidad reservada a los «enfermos somáticos».

La historia controversial del CFS, así como el escaso fundamento científico del concepto mismo, se reflejan de manera particular en la dificultad para encontrar una denominación única y precisa, coexistiendo numerosos sinónimos empleados en su descripción. En la lengua alemana, por ejemplo, el síndrome de fatiga crónica ha sido denominado síndrome de cansancio crónico, síndrome de agotamiento postviral, neuromiastenia o síndrome crónico de Epstein-Barr, mientras que en los países de habla inglesa se ha llamado royal free disease, myalgic encephalomyelitis o Lake Tahoe Disease.

Como respuesta a la confusión anteriormente esbozada, por parte de la psicología y la medicina psicosomática ha surgido la pregunta si acaso el CFS debería ser clasificado como neurastenia o trastorno de somatización. En este sentido, cabe añadir que la categoría diagnóstica «F48.0 neurastenia», que si se encuentra en el ICD-10, falta por completo en el DSM-IV, donde el CFS cabría en el vasto grupo de los «trastornos somato formes». Sin lugar a dudas, el hecho de que en la clasificación ICD-10 de la WHO el síndrome de fatiga finalmente haya sido clasificado como neurastenia en la categoría F4 (capítulo V) de los trastornos psíquicos posee un claro carácter indicativo al respecto.

2. Fibromialgia (FM)

La fibromialgia en el discurso científico de los últimos 50 años ha estado relacionada estrechamente con el CFS. Ya en las primeras publicaciones acerca del CFS se empleó el término «encephalo myelitis benigna myalgica», una expresión que posteriormente se transformó en la designación, de carácter más popular, «encephalomyelitis myalgica» (ME) y desde entonces yerra como un fantasma por los medios de comunicación. Desde un punto de vista histórico nos parece interesante advertir que si bien CFS y fibromialgia describen a grandes rasgos los mismos síntomas clínicos, en Gran Bretaña y los EEUU, no obstante se han impuesto énfasis y denominaciones dispares. Mientras que en la descripción clásica del CFS se privilegiaron los síntomas cansancio y agotamiento, en el caso de la fibromialgia se enfatizaron sobre todo los dolores musculares. Empero, al considerar las descripciones sintomáticas ambos «síndromes» presenta numerosas coincidencias, de manera que cabe preguntarse, tal como ha sugerido Lynn Payer (22), si no se trata simplemente de otras concepciones y descripciones determinadas por la cultura.

En el caso de la fibromialgia, al igual que en el CFS, los numerosos sinónimos reflejan el carácter controversial e inconcluso de la discusión científica contemporánea. Es así como en el ámbito de habla alemana la fibromialgia es llamada fibrositis, fibromiositis, reumatismo de órganos blandos o mialgia. En cambio, en los países anglo-americanos, encontramos los siguientes sinónimos:

royal free epidemic, myalgic encephalomyelitis, encephalitis benigna myalgica o arthritic neurosis.

Finalmente, en el transcurso de los últimos años la fibromialgia ha ingresado a los textos clásicos de la medicina psicosomática, encontrándose, como ejemplo, la siguiente definición: "El síndrome de fibromialgia es un síndrome de dolor crónico, caracterizado por dolores músculo-esqueléticos, rigidez matutina, cansancio, trastornos del sueño y trastornos afectivos" (23). El dolor suele ser fluctuante, esquivo, difícil de localizar. Además, junto a los trastornos del sueño y los trastornos afectivos, los pacientes presentaron una abundancia de «típicos» síntomas psicosomáticos, tales como problemas gastro-intestinales o molestias cardíacas (24).

a) Fibromialgia y artritis reumatoidea

El síndrome de fibromialgia en la actualidad ha alcanzado un grado tal de difusión que en las clínicas reumatológicas especializadas entre un 10 y un 20% de los pacientes ingresados reciben este diagnóstico. Al mismo tiempo, llama la atención el elevado número de estudios que comparan la prevalencia de trastornos psíquicos en artritis reumatoidea y fibromialgia. Rüger y Schüßler (25) en un 62,2% de los pacientes con diagnóstico de fibromialgia encontraron trastornos psíquicos relevantes que requerían tratamiento profesional. Los pacientes con el diagnóstico de artritis reumatoidea, en cambio, con un 28,6% tenían una cuota de prevalencia de trastornos psíquicos significativamente menor.

En este sentido, los trastornos depresivos y de angustia fueron los trastornos psíquicos con mayor frecuencia diagnosticados en pacientes con FM. La artritis reumatoidea, considerada antiguamente como una de las enfermedades psicosomáticas «clásicas», hoy en día es estudiada en gran medida bajo el aspecto de su evolución crónica y los procesos de coping, mientras que en el caso de la FM, predomina el énfasis en las condiciones psíquicas de causación (26).

3. Sensitividad química múltiple (MCS)

a) Enfermedades medioambientales y angustia medioambiental

Las llamadas angustias medio ambientales, «enfermedades medio ambientales» y angustias de intoxicación, tal como sugieren estas denominaciones, frecuentemente son la expresión de trastornos psíquicos no diagnosticados (27). La vía contraria en cuanto a la formación sintomática no es menos frecuente: determinadas sustancias tóxicas medioambientales actúan sobre el psiquismo y el sistema nervioso central causando daños cerebrales irreversibles que a su vez se traducen en síntomas psicopatológicos. Se han reportado numerosos casos de polineuropatías causadas por sustancias medioambientales tales como disolventes, pesticidas, algunos metales pesados, PCB y dioxinas.

Dado que, en principio, ambas vías de la formación sintomática son posibles, se debe tener el mayor cuidado al establecer el diagnóstico y sopesar con cuidado los eventuales diagnósticos diferenciales, ya que el obviar la acción de efectos

neurotóxicos en un paciente y atribuirle apresuradamente el rótulo «psíquicamente enfermo» sería un error fatal. De la misma manera, el caso contrario de un diagnóstico erróneo no es menos grave: numerosos pacientes con trastornos psíquicos efectivos y reales acuden a ambulancias medio ambientales, institutos de higiene, institutos toxicológicos o clínicas de medicina interna, donde su convicción de que determinadas sustancias tóxicas son la causa de sus molestias se traduce en el diagnóstico «intoxicación insidiosa».

La creciente difusión de la angustia medioambientales reflejada con particular nitidez en los estudios demoscópicos (28). En 1984, la Infratest-Gesundheitsforschung efectuó un cuestionamiento representativo de 260 médicos generales e internistas. Los resultados indicaban que un 46% de los médicos decía haber sido consultado frecuentemente por el tema de la contaminación y destrucción ambiental. Con ello, dicha temática ocupaba el número 6 en el ranking de los ámbitos problemáticos más frecuentes, mientras que el número 1 y 2 se referían al desempleo (29). En los años siguientes, algunas catástrofes medioambientales como el accidente nuclear de Tschernobyl del 25.04.1986 llevarían aun incremento notorio de las angustias medioambientales. En un estudio efectuado en Suiza en el año 1988 (38) un 79% de los ciudadanos consultados (n = 482) indicaron que sentían angustia ante una posible destrucción del medio ambiente, con lo cual dicha angustia incluso se encontraba antes de la angustia ante los conflictos bélicos (64%) o la angustia ante las enfermedades (75%).

b) Angustia medioambiental y trastornos psíquicos

Se sabe que el síndrome directriz, la angustia ante sustancias tóxicas medioambientales, puede indicar la presencia de un trastorno de angustia aún no diagnosticado (30). No obstante, existe una serie de trastornos psíquicos que pueden coexistir con angustias medioambientales, tales como los trastornos de angustia, los somatoformes, la hipocondría, los trastornos delirantes, afectivos y los trastornos de personalidad.

De acuerdo a la clasificación del ICD-10, en los trastornos somatoformes se constata la presencia de síntomas corporales que no pueden ser reconducidos a una causa orgánica (31). A este respecto cabría señalar que ciertos estudios clínicos aportan las primeras evidencias empíricas, basadas en evaluaciones contextuales psicológicas, acerca de pacientes que padecen de «enfermedades medioambientales» sin intoxicación comprobable y que poseen una tendencia a la somatización significativamente elevada, con lo que parecen predestinados para la manifestación del cuadro clínico de trastorno somatoforme.

c) Descripción del cuadro clínico

El síndrome de sensibilidad química múltiple (MCS), descrito por primera vez hace aproximadamente 40 años en EEUU, es una "novedosa constelación sintomática inscrita en el ámbito de la medicina medioambiental" (32). Sin embargo, la medicina clásica hasta la fecha y como bien reflejan las posiciones controversiales adoptadas en el debate contemporáneo (33, 34) y a pesar de los numerosos manuales (35, 36) publicados al respecto, no la ha reconocido como enfermedad autónoma.

No obstante, la MCS por lo general incluye una serie de síntomas determinados, adscritos a diversos sistemas de órganos, y entre los cuales se encuentran:

1. Síntomas del sistema nervioso central tales como dolores de cabeza, cansancio, debilidad generalizada, trastornos de la memoria y concentración, trastornos del sueño, mareo, desmayos.
2. Síntomas de irritación, p.e. irritación de las mucosas oculares, tos irritativa.
3. Trastornos digestivos como sensación de plenitud, flatulencias, diarrea, dolores estomacales convulsivos.

En el caso de los síndromes medioambientales el desafío diagnóstico anteriormente perfilado es aún mayor, pues existen cuantiosas enfermedades que pueden ser reconducidas a agentes exógenos nocivos. Sin embargo, entre los numerosos pacientes, en cuyas teorías subjetivas de enfermedad la acción de determinados agentes medioambientales juega un rol fundamental, se encuentra una parte considerable de casos en los cuales los exámenes clínico-químicos, el biomonitoring o las mediciones de sustancias nocivas en hogar y lugar de trabajo no entregan resultados concluyentes que permitan confirmar esta hipótesis. En estos casos, pensamos, debería ser ponderada en su justa medida la participación e incidencia de los factores psicosociales.

En este sentido, las designaciones en alemán para la enfermedad medioambiental MCS tales como fobia medioambiental, toxicofobia, fobia a los químicos o enfermedades de angustia relativas al medio ambiente sugieren una proximidad particularmente estrecha entre trastornos de angustia y las llamadas «enfermedades medioambientales sin prueba positiva de sustancias nocivas». Al mismo tiempo, la expresión 20th century disease, procedente de la lengua inglesa, resulta particularmente reveladora, dado que destaca que se trata de una enfermedad contemporánea, característica del siglo pasado – y quizá del siglo recién iniciado.

4. Semejanzas sindromáticas entre síndrome de fatiga crónica, fibromialgia y sensibilidad química múltiple

Los antecedentes históricos comentados con anterioridad revelan que CFS y FM presentan un desarrollo conjunto al interior del discurso científico. Gran número de investigadores incluso sostienen que CFS y FM no son sino una misma enfermedad (7). Sin lugar a dudas, existen numerosas coincidencias a nivel sintomático y en cuanto al comportamiento interaccional. Si bien han sido efectuadas distinciones plausibles para CFS (20) y FM (24), abundan las semejanzas entre ambas entidades clínicas (37). Buchwald y Garrity (8) investigaron sistemáticamente las semejanzas entre CFS, FM y MCS a nivel sintomático, llegando a los siguientes resultados ([Tabla 3](#)). La evaluación estadística aportó que un 70% de los pacientes enfermos de FM y un 30% de los pacientes de MCS cumplían los criterios diagnósticos de CFS. El análisis correspondiente mostró que la sobreposición de los síndromes CFS y FM es particularmente significativa y que bajo el aspecto de la asistencia médica parece muy sensato atender a las semejanzas sintomáticas y psicodinámicas de CFS, FM y MCS, conceptualizados como síndromes de somatización.

Tabla 3
Prevalencia de síntomas corporales y psíquicos
de CFS, FM y MCS

	CFS%	FM%	MCS%
Cansancio	100	93	90
Comienzo agudo	70	57	40
Fiebre	33	33	10
Dolores de garganta	37	50	37
Dolores de cabeza	83	67	63
Nodos linfáticos dolorosos	27	67	27
Artralgias	70	93	73
Mialgias	77	97	63
Debilitamiento muscular	67	80	67
Ronquera	17	27	40
Ardor boca/nariz	3	10	22
Disnea o sofocación	23	37	47
Trastornos del sueño	53	77	60
Trastornos mnémicos	63	77	90
Confusión	64	73	90
Irritabilidad	50	57	67
Depresiones	50	33	67

5. Discusión

Pensamos que, a pesar de la constatación de que en los últimos decenios, en particular en los centros y las consultas médicas, se hace escuchar con creciente énfasis la queja centrada esencialmente en la fatiga, la medicina clásica hasta la fecha no ha desarrollado una respuesta terapéutica correspondiente. En particular, con respecto al estado actual de la investigación, cabe retener lo siguiente:

1. Los cuadros clínicos en cuestión (CFS, FM y MCS) no han sido objetivamente demostrados.
2. No se cuenta con tests diagnósticos o marcadores biológicos específicos.
3. No existe un consenso científico acerca de etiología, patogénesis y patofisiología.
4. Las respectivas concepciones de medicina tradicional y medicina alternativa son discrepantes y, en ocasiones, hasta contradictorias.
5. No existe una terapia específica, probada en estudios controlados randomizados.
6. El diagnóstico goza de gran popularidad entre pacientes.
7. Hay una animada discusión en la prensa de difusión y los medios de masas.

8. Se observa una alta recurrencia a curanderos y métodos marginales.
9. La medicina académica sigue escéptica frente a terapias sin prueba de eficiencia en estudios controlados.

Sin lugar a dudas, sería una sobresimplificación científicamente dudosa conceptualizar a CFS, FM y MCS simplemente como trastornos de somatización en el sentido de la clasificación del ICD-10. La plasticidad y heterogeneidad de los cuadros clínicos mencionados no es reducible a esquemas explicativos unidimensionales que descuidan tanto la complejidad humana como la sobredeterminación multifactorial de los síndromes en cuestión. No obstante, dada la incertidumbre existente en cuanto a etiología, patogénesis y planteamientos terapéuticos relativos a los cuadros clínicos mencionados, un desplazamiento del enfoque de análisis hacia una mayor consideración de los procesos psíquicos podría esclarecer la oscuridad existente con respecto a su comprensión y tratamiento.

El hecho de que investigaciones empíricas acerca de la prevalencia de trastornos psíquicos en los cuadros clínicos citados arrojen elevadas cuotas de prevalencia de trastornos somatoformes (38), trastornos de angustia (39) y depresiones (40) subraya la relevancia de la consideración oportuna de factores psicosociales en la causación y el mantenimiento de CFS, FM y MCS.

Agregamos que la sintomatología comentada en detalle a lo largo del presente artículo aparentemente se resiste a una clasificación estática y sistemática, desafiando la lógica diagnóstica que gobierna el discurso médico. El diagnóstico, de realizarse, se ejecutaría más bien por descarte, es decir, por exclusión. El síndrome que se identificaría como denominador común de los cuadros clínicos analizados quedaría así ubicado como un residuo, un excedente o un resto no asimilable, que cuestiona e interroga los diagnósticos sintomáticos planos y superficiales.

Por otra parte, cabe señalar que si bien en ocasiones se ha insinuado que los trastornos en cuestión pudieran tratarse de una depresión encubierta o de una manifestación somatomorfa, su relación con la angustia no ha sido mayormente explorada. Nos parece que ello se debería a un descuido de la mirada histórico-crítica y una desatención a la historia efectiva del concepto. De esta manera, que pensamos que la recuperación del concepto de neurastenia al igual que la noción de neurosis de angustia abrirían una vía de abordaje aún no explorada que permitiría una mayor comprensión de los fenómenos comentados.

Por último, desde un punto de vista psicosomático, el principal problema de estas enfermedades por un lado, yacería en el peligro de cronificación y, por el otro, en el riesgo de que, en la medida en que no exista ni un modelo explicativo probado ni un enfoque terapéutico validado por parte de las ciencias de la salud, justamente aquellos pacientes que padecen de trastornos psíquicos severos, corren el riesgo de sufrir una cronificación difícil de revertir, y por lo tanto podrían convertirse en víctimas fáciles de curanderos, embaucadores y charlatanes, los cuales abundan en los márgenes de la psicoterapia y de la medicina psicosomática.

Referencias

1. Buchborn E. Ärztliche und wissenschaftliche Erfahrung als komplementäre Richtmaße der Therapie. Internist 1988; 29: 459-462 [[Links](#)]
2. Eisberg DM, Kessler RC, Forster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Unconventional Medicine in the United States. New Engl J Med 1993; 328: 246-282 [[Links](#)]
3. Marx HH. Wissenschaftliche Medizin oder alternative Methoden – eine Grundsatzfrage. Med Klin 1995; 90: 107-111 [[Links](#)]
4. Nix WA. Das Chronic-Fatigue-Syndrome - Ein neues Krankheitsbild? Nervenarzt 1990; 61:390-396 [[Links](#)]
5. Köbberling J. Der Wissenschaft verpflichtet. Med Klin 1997; 92: 181-189 [[Links](#)]
6. Csef H. Differential diagnosen der chronischen Müdigkeit. Z. Allgemeinmed. 1998; 74: 674-678 [[Links](#)]
7. Shorter E. Moderne Leiden. Zur Geschichte der psychosomatischen Krankheiten. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 1994 [[Links](#)]
8. Buchwald D, Garrity D. Comparison of patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and multiple chemical sensitivities. Arch intern Med 1994; 154: 2049-2053 [[Links](#)]
9. Heyll U, Wachauf P, Senger V, Diewitz M. De-finitionen des chronic fatigue syndrome (CFS). Med Klin 1997; 92: 221-227 [[Links](#)]
10. Pankow W, Feddersen CO, von Wichert P. Differential therapy of chronic fatigue syndrome. Internist 1995; 36: 1156-1161 [[Links](#)]
11. Schmitz S, Tesch H, Bohlen H, Engert A, Diehl V. Das chronische Müdigkeitssyndrom (Chronic Fatigue Syndrome, CFS). Med Klin 1994;89: 154-159 [[Links](#)]
12. Kroenke K, Mangelsdorff D. Common nsymptoms in ambulatory care: incidence evaluation,therapy and outcome. Am J Med 1989;86: 262-265 [[Links](#)]
13. Üstin TB, Sartorius N. Mental illness in genera lhealth care. An international study. Chichester: John Wiley & Sons, 1995 [[Links](#)]
14. Henderson DA, Shelokov A. Epidemic neuromyasthenia-clinical syndrome. New Engl J Med 1959; 260: 757-764 [[Links](#)]
15. Poskanzer DC, Henderson DA, Kunkle EC, Kalter SS, Clement WB, Bond JO. Epidemic neuromyasthenia; an outbreak in Punta Gorda, Florida. N Engl J Med

1957; 257: 356-364 [[Links](#)]

16. Shelekov A, Habel K, Verder E, Welsh W. Epidemic neuromyastenia; an outbreak of poliomyelitislike illness in student nurses. N Engl J Med 1957; 257: 345-355 [[Links](#)]

17. Jones F. Evidence for active epstein-barr-virusin patients with persistent, unexplained illness. Elevated anti-early-antigen antibodies. Ann Intern Med 1985; 102: 1-7 [[Links](#)]

18. Hofmann A, Lindner R, Kröger B, Schnabel A, Krüger GR. Fibromyalgie-syndrom und chronicfatigue-syndrom. Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Dtsch med Wschr 1996; 121: 1165-1168 [[Links](#)]

19. Holmes G, Caplan J, Gantz N, Komaroff A, Schonberger L, Strauß S, *et al.* Chronic fatigue syndrome. A working case definition. Ann Intern Med 1988; 108: 387 [[Links](#)]

20. Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. And the international chronic fatigue syndrome study group. The chronic fatigue syndrome. A comprehensive approach to its definition and study. Ann Intern Med 1994; 121: 953-959 [[Links](#)]

21. Greenberg DB. Neurasthenia in the 1980: chronic mononucleosis, chronic fatigue syndrome, anxiety and depressive disorders. Psychosomatics 1990; 31: 129-137 [[Links](#)]

22. Payer L. Andere Länder, andere Leiden, Ärzte und Patienten in England, Frankreich, den USA und hierzulande. Frankfurt: Campus, 1989 [[Links](#)]

23. Herrmann JM, Geigges W, Schonecke OW. Fibromyalgie. In: Uexküll Th. v., editor. Psychosomatische Medizin. München: Urban & Schwarzenberg, 1996. p. 731-736 [[Links](#)]

24. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, *et al.* The American College of Rheumatology 1990: Criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the multicenter criteria committee. Arthr Rheum 1990; 33: 160-172 [[Links](#)]

25. Rüter U, Schüßler G. Psychosomatische Aspekte und Ergebnisse zur Rheumatoiden Arthritis und Fibromyalgie. Zsch Psychosom Med 1994; 40: 288-304 [[Links](#)]

26. Keel P. Fibromyalgie. Integratives Krankheits- und Behandlungskonzept bei chronischen Rückenschmerzen. Stuttgart: Gustav Fischer, 1995 [[Links](#)]

27. Apfel B, Csef H. Angst vor Umweltgiften - berechnigte Realangst oder psychische Störung? Psychother Psychosom Med Psychol 1995; 45: 90-96 [[Links](#)]

28. Ruff FM. Ökologische Krise und Risikobewußtsein. Zur psychischen

Verarbeitung von Umweltbelastungen. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag, 1990 [[Links](#)]

29. Becker H. Sorgen und Probleme der Bürger und der Ärzte. Dtsch Ärztebl 1984; 13: 1007-1011 [[Links](#)]

30. Csef H. Umweltbezogene Angstkrankheiten. Arbeitsmed akt 1996; 39: 267-279 [[Links](#)]

31. Csef H. Somatoforme Störungen in der Inneren Medizin. Internist 1995; 36: 625-636 [[Links](#)]

32. Altenkirch H. Multiple chemical sensitivity(MCS)-Syndrom. Gesundheitswesen 1995; 57: 661-666 [[Links](#)]

33. Bock KW, Birbaumer N. Multiple Chemical Sensitivity. Schädigung durch Chemikalien oder Nozeboeffekt. Dtsch Ärztebl 1998; 95: 75-78 [[Links](#)]

34. Wolf Ch. Multiple chemical Sensitivity (MCS). Die sogenannte chemische Vielfachempfindlichkeit. Versicherungsmedizin 1996; 48: 175-178 [[Links](#)]

35. Maschewsky W. Handbuch Chemikalien-Unverträglichkeit (MCS). Hamburg: MEDI, 1996 [[Links](#)]

36. Cernaj I. Umweltgifte. Krank ohne Grund? MCS -die Multiple chemische Sensibilität -eine neue Krankheit und ihre Ursachen. München:Südwest, 1995 [[Links](#)]

37. Csef H. Psychoneuroimmunologie des Chronic-Fatigue-Syndroms (CFS) und der Fibromyalgie (FM). T & E Neurol Psychiatr 1997; 11: 649-658 [[Links](#)]

38. Shorter E. From Paralysis to Fatigue: A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era. New York: Free Press, 1992 [[Links](#)]

39. Fischler B, Cluydts R, DeGucht V, Kaufman L, DeMeirleir K: Generalized anxiety disorder in chronic fatigue syndrome. Acta Psychiatr Scand 1997; 95: 405-413 [[Links](#)]

40. Greenberg DB. Neurasthenia in the 1980s: chronic mononucleosis, chronic fatigue syndrome, and anxiety and depressive disorders. Psychosomatics 1990; 31: 129-137 [[Links](#)]

Correspondencia

Niklas Bornhauser N.

Sección de Medicina Psicosomática.

Policlínico Universitario de la Julius-Maximilians-Universität de Würzburg, Alemania.

Klinikstraße 6-8

97070 Würzburg, Alemania.

Fono: 0931 / 201 70010 • Fax: 0931 / 201 70730
E-mail: bornhauser_n@medizin.uni-wuerzburg.de

La Revista Chilena de Neuro Psiquiatría está disponible en www.sonepsyn.cl

Conflicto de intereses: los autores no refieren posibles conflictos de intereses.

Recibido: marzo 2004
Aceptado: enero 2005

© 2010 *Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía*

**Carlos Silva V. 1292, Depto. 22
Plaza Las Lilas, Providencia
Santiago de Chile
Fono 232 9347**

e-Mail

editoriales@123.cl