

GRUPO ONLINE SFC-SQM

DIFICULTADES COGNITIVAS EN SFC-SQM

FAQ - PREGUNTAS MAS FRECUENTES

Enero – 2019

1-¿Qué son exactamente “síntomas cognitivos”?

Son problemas de funciones cerebrales tales como la memoria, la atención, el cálculo numérico, el lenguaje, el razonamiento abstracto, la resolución de problemas prácticos...

2-¿Los problemas tales como ansiedad, depresión, obsesiones, etc, también son síntomas cognitivos?

No. Son síntomas emocionales.

También son problemas que se generan en el cerebro, al igual que los cognitivos, pero no son del mismo tipo.

3-¿Son comunes los déficits cognitivos en los afectados por SFC-SQM?

Sí, es muy frecuente.

Prácticamente todos afectados a partir de las fases media-avanzadas de la enfermedad, padecen en mayor o menor grado algunos déficits cognitivos.

Podemos citar el artículo “*Síndrome de fatiga crónica: estudio de una serie consecutiva de 824 casos evaluados en dos unidades especializadas*”, publicado en Revista Clínica Española, num 210, año 2010, pp. 284-288, por los doctores E. Ruiz, J. Alegre, A.M. García Quintana, L. Aliste, A. Blázquez, y T. Fernández de Sevilla, en el que aparecen en su Tabla Dos las proporciones en los pacientes de los siguientes síntomas cognitivos:

Alteración en la concentración	96%
Pérdida de la memoria reciente	95%
Dificultad en la lectura	91%
Alteración en el cálculo	89%
Confusión con olvidos frecuentes	89%
Alteración en planificar tareas	86%
Episodios de afasia nominal	86%
Desorientación témporo-espacial	71%
Agnosia auditiva y/o visual	43%

SFC-SQM MADRID

Asociación de Afectados por Síndrome de Fatiga Crónica y Síndrome de Sensibilidad Química Múltiple de la Comunidad de Madrid
www.sfcsgm.com

4-¿Desde cuando se conocen los problemas cognitivos en este tipo de afectados?

Desde hace tiempo, no es una novedad, ya aparecen en los criterios diagnósticos internacionales para EM/SFC. Por ejemplo:

- En los de Fukuda y colaboradores del año 1994 y su revisión del año 2001: criterio C
- En los del CDC de Atlanta del año 1998: criterio B.10
- En los del Grupo Canadiense del año 2003: criterio E
- En los del Documento de Consenso del año 2008 (recomendación 5.3.2)

5-¿Y qué ocurre si un afectado de EM-SFC no muestra ninguno de estos síntomas cognitivos?

Excepto si se trata del inicio de la enfermedad (Grado I de IV), debe ser reconsiderado cuidadosamente si realmente es un caso de SFC o no, es decir que se pueda tratar de otra enfermedad que curse con fatiga, pero que no sea fatiga crónica en sentido estricto.

6-¿Y cuál es la causa de estos déficits cognitivos?

Es la propia enfermedad EM-SFC, afectando a las diferentes áreas cerebrales que controlan esas funciones mentales a través de disminución de diferentes neurotransmisores y otras moléculas, además de la disminución de la actividad mitocondrial y metabólica general.

Una prueba de ello es que el grado de afectación cognitiva (0-I-II-III-IV), normalmente, empeora paralelamente con el agravamiento de la enfermedad (grado 0-I-II-III-IV).

7-¿Todos los afectados muestran el mismo perfil cognitivo?

No es exactamente igual en todos, y se entiende bien si consideramos que lo más probable es que lo que llamamos EM-SFC realmente engloba procesos patológicos parecidos pero con etiologías posiblemente distintas (causas o co-causas genéticas, infecciosas, tóxicas, metabólicas, etc).

Pero sí suele haber unos déficits más o menos de aparición constante. Otros déficits cognitivos son de menos frecuente aparición.

8-¿Cuáles son esos síntomas cognitivos más comunes?

Son cuatro:

- A- Fatiga cognitiva excesiva.
- B- Problemas de memoria inmediata o a corto plazo.
- C- Problemas de atención-concentración sostenida y múltiple.
- D- Problemas de procesamiento cognitivo: lentificación del pensamiento, niebla mental, bloqueos.

SFC-SQM MADRID

Asociación de Afectados por Síndrome de Fatiga Crónica y Síndrome de Sensibilidad Química Múltiple de la Comunidad de Madrid
www.sfcsgm.com

En este sentido se puede consultar el artículo internacional “*Cognitive Dysfunction in Chronic Fatigue Syndrome: a Review of Recent Evidence*”, publicado en *Curr Rheumatol Rep*, año 2016, pàg 18-24, por los autores E. Cvejic, R.C. Birch, y U. Vollmer-Conna, encontrando en los pacientes con SFC “...problems with attention, memory...slowed in formation processing speed, particularly on complex tasks requiring sustained attention”.

9-¿Y cuáles serían los otros tipos de problemas menos frecuentes que pueden aparecer?

Pueden ser:

- E- Problemas de lenguaje expresivo.
- F- Problemas de cálculo numérico.
- G - Problemas de desorientación temporal o espacial.
- H- Problemas de pensamiento abstracto.
- I- Problemas de planificación de objetivos.
- J - Problemas de autocontrol cognitivo (metacogniciones).
- K - Problemas de memoria de trabajo.
- L – Problemas de pérdida de segundo lenguaje.

10-¿Pueden estos problemas cognitivos ser intensos?

Sì.

Es muy posible que un afectado afirme que le son tanto o más interfirientes para su vida cotidiana los problemas cognitivos, que los problemas físicos.

11-¿Un afectado de EM-SFC o SQM llegará a desarrollar por esto un Alzheimer?

No más que la población general de su misma edad.

Los problemas cognitivos que pueden padecer los afectados no son los propios de la enfermedad de Alzheimer.

El SFC-SQM no es causa del Alzheimer, son enfermedades absolutamente independientes. Los afectados por EM-SFC no llegan a desarrollar una demencia como si lo hacen los enfermos de Alzheimer.

12-¿Y cual es el diagnóstico clínico más frecuente que recibe un afectado de EM-SFC por sus déficits cognitivos?

Dependiendo de las terminologías de los diferentes manuales diagnósticos, el perfil neuropsicológico suele cumplir los criterios de “Trastorno cognitivo asociado a enfermedad neurológica o metabólica”, o “Deterioro Cognitivo en Múltiples Dominios”, o “Trastorno Neurocognitivo Menor”, o “Deterioro Cognitivo Leve” .

SFC-SQM MADRID

Asociación de Afectados por Síndrome de Fatiga Crónica y Síndrome de Sensibilidad Química Múltiple de la Comunidad de Madrid
www.sfcsqm.com

13-¿Hay alguna prueba de neuroimagen que sea definitiva para demostrar que se padece estos déficits?

No de forma absoluta.

Las mejores pruebas son las llamadas “funcionales”: la SPECT o tomografía computarizada de emisión monofotónica (toma sus siglas del inglés *Single Photon Emission Computed Tomography*) y la RM-f o resonancia magnética funcional (en inglés fMRI por *functional Magnetic Resonance Imaging*).

Pero, sin que sepamos muy bien la causa, no funcionan bien en todos los afectados: en algunos pacientes la prueba sale positiva y claramente demuestra una alteración del funcionamiento cerebral en determinados lóbulos, en otros pacientes sale un resultado leve e inespecífico, y en otros pacientes sale una normalidad cerebral.

Hacemos anotar que las otras pruebas de neuroimagen, las llamadas “estructurales”, tales como la TAC o la RM (normal), dan resultados negativos en los afectados de EM-SFC o SQM, ya que no hay daños en la propia estructura del cerebro. Solamente se deberían pasar al afectados para descartar otros problemas neurológicos (ictus, derrames, vacuolizaciones, desmielinización, neurodegeneración, etc)

14- ¿Se ha podido encontrar a nivel neurológico algún patrón sistemático de afectación cerebral en la EM-SFC?

No en todos los casos.

Pero diferentes investigaciones apuntan a tres perfiles:

- A. Afectación de lóbulos frontotemporales o temporofrontales.
- B. Afectación frontosubcortical con marcado síndrome disejecutivo.
- C. Disfunción multinivel más global y difusa en múltiples áreas cerebrales.

15-¿Las tests de neuropsicología pueden ser útiles para detectar estos déficits?

Si, pero tampoco de forma absoluta.

Se necesita que se pasen los tests neuropsicológicos específicos y con la metodología adecuada para la EM-SFC o SQM.

No se deben pasar pruebas diseñadas para detectar déficits cognitivos propios del deterioro asociado a la edad en personas mayores, o de enfermedades tipo Alzheimer, porque no son útiles en los SSC.

16- ¿Estas pruebas neuropsicológicas siempre demuestran todos los problemas cognitivos que padece un afectado de EM-SFC?

No. Ni siempre, ni todos los déficits.

SFC-SQM MADRID

Asociación de Afectados por Síndrome de Fatiga Crónica y Síndrome de Sensibilidad Química Múltiple de la Comunidad de Madrid
www.sfcsqm.com

Por desgracia, sabemos muy bien que la sintomatología (tanto la física como la cognitiva) de un afectado de EM-SFC es muy fluctuante en el tiempo. Es decir, que un afectado puede estar más o menos bien unos días y casi sin poder hacer nada los días siguientes; o que incluso puede estar bien por la mañana y mal por la tarde. Por ello dependen a veces los resultados de los tests, de cómo se encuentre el paciente el día de la evaluación.

Por eso siempre es necesario anotar los síntomas cognitivos que el afectado dice padecer con alguna frecuencia, explicados con sus propias palabras, aunque no los muestre exactamente el día de la consulta. Nunca hay que desconfiar a priori del paciente como si fuese un simulador o un exagerado.

17- “Yo tengo depresión y angustia, y mi psiquiatra me dice que eso es lo que me produce la disminución de concentración y lapsus de memoria” - ¿Qué decir sobre estos frecuentes comentarios?

Radicalmente es inexacto.

La EM-SFC es un problema de origen orgánico, no psicosomático.

Los síntomas físicos y cognitivos no los produce la depresión como efectos secundarios de ésta. Con ansiedad o sin ella, con depresión o sin ella, el afectado de SFC-SQM sufrirá de síntomas físicos y cognitivos.

Ahora bien, si el afectado de SFC tiene afectación ansiosa o depresiva, ello puede fácilmente empeorar el estado cognitivo subyacente.

18- ¿Hay algún medicamento o entrenamiento mental que cure los déficits cognitivos de la EM-SFC o SQM?

No hay curación, pero sí se puede intentar evitar un más rápido deterioro.

Lo que el afectado mejor puede hacer son tres cosas:

- A- Cuidarse en todos los sentidos, ya que cuanto más estabilizado esté con su alimentación, ejercicio físico leve, medicación adecuada, ausencia de excesos físicos, ausencia de estrés emocional y familiar o laboral, etc... también se encontrará más estabilizado cognitivamente.
- B- Adaptarse a sus déficits, encontrando “trucos” cotidianos que suplan sus deficiencias a través de otros recursos que el afectado pueda disponer.
- C- Realizar de vez en cuando alguna actividad cognitiva muy suave. Como en cualquier otra función corporal, “lo que no se ejercita, se atrofia”. Hay que mantener en forma la mente, dentro de lo buenamente posible según las limitaciones de cada: autodefinidos, encontrar las 7 diferencias, etc.