



Dr. ALFREDO R. DEL ALAMO
Neuropsicólogo miembro de la SPFN
Coaching sanitario
Móvil 678286530

ASOCIACIÓN SFC-SQM
C/ Bailèn, 7, 2º Dcha - 28013 - Madrid
Tfno 91169790
info@sfcmadrid.com

DIFICULTADES COGNITIVAS EN SFC-SQM

FAQ - PREGUNTAS MAS FRECUENTES

Abril – 2015

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?

Sì, es muy frecuente. Prácticamente todos afectados a partir de las fases medias de la enfermedad, padecen en mayor o menor grado algunos déficits cognitivos.

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. Por ejemplo en los de Fukuda y colaboradores del año 1994 y su revisión del año 2001 (criterio C), del CDC de Atlanta del año 1998 (criterio B.10), del Grupo Canadiense del año 2003 (criterio E), del Documento de Consenso del año 2008 (recomendación 5.3.2), etc.

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

Debe ser reconsiderado cuidadosamente si realmente es un caso de SFC o no, es decir que se trate de otra enfermedad que curse con fatiga, pero no fatiga crónica en sentido estricto.



6-¿Y cual 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.

9-¿Y cuáles serían los otros tipos de problemas 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 memoria a largo plazo.

10-¿Pueden estos problemas cognitivos ser intensos?

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



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

No. 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 absolutamente independientes. Los afectados por EM-SFC no llegan a desarrollar una demencia como sí lo hacen los enfermos de Alzheimer.

12-¿Y cual es el diagnòstico clínico màs frecuente que recibe un afectado de EM-SFC por sus dèficits cognitivos?

El perfil neuropsicològico suele cumplir los criterios diagnòsticos de “Trastorno cognitivo” asociado a enfermedad neurològica o metabòlica, o “Deterioro Cognitivo en Múltiples Dominios”, còdigo F06.9 del manual diagnòstico CIE-10 de la Organizaciòn Mundial de la Salud.

Si no llega a cumplir este diagnòstico, entonces cumple otro menos estricto, que es el de “Deterioro cognitivo leve”, còdigo F06.7 del CIE-10 de la OMS.

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

No de forma absoluta. Las mejores pruebas son las llamadas “funcionales”: la SPECT o tomografía computerizada de emisiòn monofotònica (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 alteraciòn del funcionamiento cerebral en determinados lòbulos, en otros pacientes sale un resultado leve e inespecífico, y en otros pacientes sale una normalidad cerebral.

Hacemos anotar que otras pruebas de neuroimagen 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.

14- ¿Se ha podido encontrar a nivel neurològico algùn patròn sistemático de afectaciòn cerebral en la EM-SFC?

No en todos los casos.

Pero diferentes investigaciones apuntan a tres perfiles:

- A. Afectaciòn frontotemporal o tèmporofrontal.
- B. Afectaciòn frontosubcortical con marcado síndrome disejecutivo.
- C. Disfunciòn multinivel màs global y difusa.



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

Si, pero siempre 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.

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

No. 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 cómo se encuentre el paciente el día de la evaluación.

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.

16- “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 no es un problema de origen psicossomático. 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.

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

No.

Lo que el afectado mejor puede hacer son tres cosas:

- A- Cuidarse en todos los sentidos, ya que cuanto mas 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 mas 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 uno.