



Carta científica

**Estados psicopatológicos en pacientes con síndrome de fatiga crónica, asociada o no a sensibilidad química múltiple**

*Psychopathologic states in patients with chronic fatigue syndrome, associated or not with multiple chemical sensitivity*

Sr. Editor:

El síndrome de fatiga crónica (SFC) es una entidad clínica bien definida. Se caracteriza por la existencia de una fatiga prolongada durante más de 6 meses, asociada a un conjunto de síntomas. Para su diagnóstico debe cumplir los criterios específicos que han sido descritos por Fukuda et al. en 1994<sup>1</sup>. La sensibilidad química múltiple (SQM) es un síndrome caracterizado por la aparición de síntomas en diversos aparatos y sistemas del organismo al exponerse a diferentes productos químicos presentes en el medio ambiente a concentraciones consideradas como no perjudiciales para la población. Con frecuencia se acompaña de otras morbilidades, siendo la más frecuente el SFC. La SQM no tiene una etiología conocida, pero hasta en un 40% de los casos se ha llegado a relacionar con una exposición previa a productos tóxicos. Para su diagnóstico debe cumplir los criterios específicos que han sido descritos por Bartha et al. en 1999<sup>2</sup>. Bailer et al. demostraron que existe una gran superposición de trastornos somatomorfos en los pacientes con SQM, llegando a la conclusión de que dicho síndrome no existe, sino que es una variante de una enfermedad psiquiátrica caracterizada por síntomas físicos para los que no se encuentra una base anatómica ni un mecanismo fisiopatológico demostrable<sup>3</sup>.

El presente estudio tiene como objetivo discriminar síntomas psicopatológicos entre un grupo de pacientes con SQM y sin SQM, diagnosticados de SFC. Se ha realizado un estudio trasversal y descriptivo en 70 pacientes diagnosticados de SFC; el protocolo del

estudio fue aprobado por el Comité Ético y de Investigación Clínica del hospital. Para evaluar la SQM en pacientes con SFC se utilizó el cuestionario autoadministrado *Quick Environmental Exposure and Sensitivity Inventory*<sup>4</sup>. Para medir los estados psicopatológicos se utilizó el cuestionario de síntomas SCL-90 de Derogatis y Cleary<sup>5</sup>. El cuestionario, autoaplicado, mide 9 dimensiones (Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensitividad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo). Para el análisis estadístico se tomaron los datos obtenidos mediante la prueba t de Student para variables independientes, calculándose el intervalo de confianza del 95% de las diferencias. Se han incluido 70 pacientes, 58 mujeres y 12 hombres, de entre 18 y 60 años, con diagnóstico de SFC. Cincuenta y un pacientes tenían asociado un síndrome de SQM. Otros 19 pacientes tenían SFC sin SQM. Tras la corrección del cuestionario SCL-90, se compararon los resultados del grupo con SQM que obtuvo puntuaciones significativamente más altas en Somatizaciones, Sensitividad interpersonal, Ansiedad, Ansiedad fóbica e Ideación paranoide, con los del grupo que no tenía SQM (tabla 1). En el cuestionario SCL-90, una puntuación superior a 80 con una DT ± 10 indica psicopatología grave. Los pacientes con SQM obtuvieron una puntuación media de 116 en síntomas fóbicos, lo que sugiere una afección fóbica grave en estos pacientes. De acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio, consideramos que los pacientes con SQM presentaban estados psicopatológicos de somatización que definiríamos como la presencia de múltiples síntomas físicos que obligan a la búsqueda de atención médica, que provocan un deterioro significativo en la actividad del paciente, pero que ninguno de los síntomas se pueden explicar por la presencia de enfermedad médica. Otro síntoma psicopatológico a valorar en estos pacientes es la fobia, lo que indica respuestas persistentes de miedo a personas, lugares, objetos, situaciones que son en sí mismas irracionales y desproporcionadas en relación con el estímulo que

**Tabla 1**  
Diferencias significativas entre pacientes con SFC sin SQM y pacientes con SFC con SQM

		Prueba de Levene para la igualdad de variancias F	Prueba t para la igualdad de medias							
			Sig.	t	gl	p	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia	Intervalo de confianza del 95% para la diferencia	
Somatizaciones	Variancias iguales	0,000	0,994	2,148	68	<b>0,03</b>	10,561	4,917	Superior	20,374
Obsesiones y compulsiones	Variancias iguales	0,141	0,709	1,039	68	0,30	4,81321	4,63206	-4,42992	14,05633
Sensitividad interpersonal	Variancias iguales	0,017	0,897	2,717	68	<b>0,00</b>	17,92776	6,59809	4,76148	31,09405
Depresión	Variancias iguales	1,642	0,204	1,722	68	0,09	7,34572	4,26671	-1,16836	15,85980
Ansiedad	Variancias iguales	0,290	0,592	2,665	68	<b>0,01</b>	14,12384	5,29968	3,54849	24,69919
Hostilidad	Variancias iguales	0,358	0,551	1,087	68	0,28	6,59546	6,06772	-5,51248	18,70340
Fobias	Variancias iguales	1,907	0,172	2,521	68	<b>0,01</b>	36,28689	14,39170	7,56871	65,00508
Ideación paranoide	Variancias iguales	2,037	0,158	2,224	68	<b>0,02</b>	12,21259	5,49159	1,25430	23,17088
Psicoticismo	Variancias iguales	0,756	0,388	1,157	68	0,25	8,33127	7,19882	-6,03375	22,69629

Negrita: Las diferencias significativas donde p es menor de 0,05 de los pacientes con SFC y con SQM, en comparación al grupo solo con SFC (sin SQM).

las provoca. El análisis de nuestros resultados evidencia puntuaciones que indican psicopatología en todos los sujetos del estudio, pero con puntuaciones significativamente más elevadas en el grupo de pacientes con SFC y SQM, lo que indica psicopatología grave, que puede tener implicación tanto en la posible etiología de la enfermedad como en el mantenimiento de la misma. Así mismo, se podría plantear una interrelación entre presentar síntomas fóbicos y padecer SQM. Los estados psicopatológicos son mediadores en la forma de interpretar el entorno, y en el caso de síntomas fóbicos y ansiosos, se interpretarían los acontecimientos del entorno con mayor emoción, miedo y ansiedad. En muchos pacientes con SQM el desencadenante de la enfermedad ha sido padecer una intoxicación ambiental, lo que relacionaría los estímulos olfativos con estar en una situación de riesgo para su vida, activando el sistema vegetativo, segregando adrenalina y cortisol, que desencadenarían los síntomas físicos asociados a la SQM. Los estados psicopatológicos alterados, encontrados en este estudio, deben ser tenidos en cuenta en el tratamiento psicológico de la SQM, primordialmente los síntomas fóbicos, que implican la realización de conductas de evitación en estos pacientes, aumentando su aislamiento e inadecuación social.

### Bibliografía

1. Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A, et al. The chronic fatigue syndrome: A comprehensive approach to its definition and study. *Ann Intern Med.* 1994;121:953-9.
2. Bartha L, Baumzwiger W, Buscher DS, Callender T, Dahal KA, Davidoff A. Multiple chemical sensitivity: A 1999 consensus. *Arch Environ Health.* 1999;54:147.
3. Bailer J, Witthöft M, Paul C, Bayerl C, Rist F. Evidence for overlap between idiopathic environmental intolerance and somatoform disorders. *Psychosom Med.* 2005;67:921-9.
4. Miller CS, Prihoda TJ. The environmental exposure and sensitivity inventory (QEESI): A standardized approach for measuring chemical intolerances for research and clinical applications. *Toxicol Ind Health.* 1999;15:370-85.
5. Derogatis LR, Cleary PA. Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study of construct validation. *J Clin Psychol.* 1977;33:981-9.

Teresa Godás Sieso<sup>a,\*</sup>, Santiago Nogué Xarau<sup>b</sup>,  
Manel Salameo Baró<sup>c</sup> y Joaquim Fernandez Solá<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Fatiga Crónica, Servicio de Psicología, Hospital Clínic, Instituto de Neurociencias, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

<sup>b</sup>Sección de Toxicología, Servicio de Urgencias, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

<sup>c</sup>Servicio de Psicología, Hospital Clínic, Instituto de Neurociencias, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

<sup>d</sup>Unidad de Fatiga Crónica, Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [tgodas@clinic.ub.es](mailto:tgodas@clinic.ub.es) (T. Godás Sieso).