

C. Lombardía Fernández
J. Merino Agudado
M. E. Garralda

El síndrome de fatiga crónica en
la infancia. Un estudio
retrospectivo

Centro de Atención Primaria de Psiquiatría Infanto-Juvenil (C.A.P.I.P.)
Xarxa de Salut Mental de Girona
Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del hospital de St. Mary's,
London

*The chronic fatigue syndrome in
childhood. A retrospective study*

Correspondencia:

C. Lombardía Fernández
C.A.P.I.P.
Puig d'en Roca, s/n
17080 Girona

RESUMEN

Se describe la enfermedad, *síndrome de fatiga crónica*, en 23 pacientes (13 varones y 10 hembras, edad media de 12 años con un rango de 9 a 17 años) vistos en una unidad terciaria de Pediatría-Psiquiatría. La edad media de comienzo era de 11 años y la duración de la enfermedad era de un año y medio. La mayor parte de los niños tenían síntomas de fatiga profunda (física y mental) con problemas de concentración, alteraciones del sueño y múltiples síntomas físicos (cefaleas, artralgias, náuseas), la letargia y el cansancio se hacían más prominentes con posterioridad. El handicap producido por la enfermedad era muy pronunciado faltando al colegio un 87% de los niños.

Tres de los niños tenían asociados trastornos depresivos y otros tres trastornos ansiosos. La mayoría (86%) se describían como ansiosos y nerviosos y la mitad infelices. Eran sensibles y exigentes consigo mismos y presentaban problemas en la relación con otros niños.

Destacaba el elevado porcentaje de familias estables, con algún miembro con síntomas parecidos a los de los niños siendo frecuentes las enfermedades físicas crónicas. Atribuían los problemas de sus hijos a

causas físicas, aunque sólo en un 10% de las familias manifestaban claro rechazo a la posibilidad de una contribución psicológica.

El Síndrome de Fatiga crónica existe y puede causar gran discapacidad en los niños y adolescentes. Factores psicológicos están presentes en la mayoría y deben considerarse en el asesoramiento y tratamiento.

PALABRAS CLAVE

Somatización; Fatiga crónica; Neurastenia; Infanto-Juvenil.

ABSTRACT

In this paper, it is described the Chronic Fatigue Syndrome (C.F.S.) in 23 patients (13 male and 10 female), with a mean age of 12 years (range between 9 to 17 years). They were attended in a tertiary referral pediatric-psychiatric centre. The mean age at onset was 11 years and the mean length of the illness was about 1.5 years.

Most of the children had severe fatigue (both physical and mental) with difficulty concentrating, sleep

82 *disturbances and numerous physical symptoms (headaches, arthralgias, nausea,...). Lethargic and tiredness were prominent subsequently on the course of the illness. Most of the patients had important disability and 87% missed the school.*

Three children suffered from associated depressive disorders and another three of them had anxiety disorders. Most of the C.F.S. patients (86%) described themselves as anxious, nervous and half of them as unhappy. They were also very sensitive as well as demanding with themselves and sometimes had relationship problems with other children.

It was evident the high percentage of stable families in which some of their members had similar symptomatology and sometimes were diagnosed of suffering chronic physical illness. They related the problems of their children with physical causes, although only a 10% of these families rejected the possibility of a psychological contribution to the symptomatology.

The Chronic Fatigue Syndrome exists and is a cause of disability in children and teens. Psychological factors are presented in most of them and must be taking into account in the guidance interventions and treatment.

KEY WORDS

Somatization; Chronic Fatigue; Neurasthenia; Childhood-adolescence.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de fatiga crónica (SFC), también llamado síndrome postviral crónico y encefalomiелitis miálgica, ha alcanzado un gran interés en los últimos años, recibiendo el nombre de "Malestar de los ochenta"⁽¹⁾ y, aunque es un trastorno que aparece predominantemente en adultos jóvenes, también ha sido reconocido en la infancia⁽²⁻⁶⁾.

Este síndrome, que se caracteriza principalmente por profunda fatiga mental y física, junto a una variedad de síntomas, especialmente neuromusculares, cardiovasculares y digestivos, es muy similar a la "Neurastenia", clasificada en la I.C.D.-9, y definida por fatiga, irritabilidad, cefaleas, depresión, dificultad de concentración y

anhedonia que acompaña o es posterior a una infección vírica, ejercicio físico exhaustivo o estrés emocional continuado. El curso de la enfermedad varía desde una total recuperación, en pocas semanas o meses, hasta llegar a una incapacidad durante años.

El SFC está usualmente reconocido como asociado a una infección vírica, pero el papel que ésta juega en la patogénesis del mismo no está aclarado. Algunos trabajos han puesto en evidencia que infecciones víricas precedían y quizás también mantenían este síndrome⁽⁷⁾; otros autores han señalado la relación de infecciones con virus Cosackie B y B-An Arbor y la disforia o estrés mental, sin poder extraer conclusiones definitivas⁽⁹⁻¹¹⁾ y otros han fallado en el intento⁽¹¹⁾.

La mayor parte de los trabajos realizados sobre SFC se han desarrollado en adultos afectados severamente, referidos a servicios terciarios; sin embargo, es reconocido que la fatiga crónica es una queja médica frecuente, hasta el punto que el 24% de los pacientes atendidos en servicios de atención primaria se quejan de fatiga como problema más importante⁽¹²⁾, presentando ésta durante un tiempo mayor de un año en las tres cuartas partes de enfermos. Entre los síntomas psicológicos acompañantes más frecuentes destacan, particularmente, depresión y ansiedad somática^(8,11,12), existiendo la duda de si la depresión es primaria o bien una reacción secundaria a la enfermedad.

Estos cuadros vistos en los adultos, ya habían sido observados en la infancia, como se demuestra por la descripción de la "Neurasteneia Cerebralis" en Tratados de Psiquiatría del siglo XIX, como un trastorno mental de la infancia. Se ha visto que la fatiga, como síntoma, aparece más raramente en los niños, y que el cansancio es menos común. En el trabajo realizado por Garralda y Bayle⁽¹³⁾ en niños de 7 a 12 años, en clínicas pediátricas, sólo se observó letargia como queja principal en un porcentaje muy pequeño, aunque quejas de disminución en el nivel de energía se describen en algunos estudios en una cuarta parte de niños y adolescentes en la población general⁽¹⁴⁾.

En la pasada década han sido publicados varios trabajos sobre la fatiga crónica en la infancia. Así, Dillon⁽²⁾ describió varios niños que presentaban "Neuromiastenia epidémica", y que presentaban cefaleas, dolor de espalda, artralgias, letargia y fatiga rápida con el ejercicio. No había resultados convincentes en las pruebas bacteriológicas y virológicas que demostraron la contribución de una infección.

May⁽¹⁵⁾ estudió la "Encefalomiелitis Miálgica Benigna", descubriendo síntomas similares, con una duración menor de ocho semanas, y aunque los tests virológicos eran negativos, parecía que la mayoría de los niños afectados sí habían padecido una enfermedad vírica; destacaron también las altas puntuaciones obtenidas en las escalas neuróticas en el test de personalidad de Eysenck.

Wilson⁽¹⁰⁾ describió niños que habían padecido de debilidad y fatiga y donde había evidencia de infección previa por el Virus Cosackie B. Otro autores han descrito las características de la enfermedad en grupos pequeños de niños y adolescentes^(3-5,6).

Garralda⁽¹⁶⁾, publicó un artículo sobre dos casos de fatiga crónica severa en niños, discutiendo los posibles mecanismos psicopatológicos implicados y destacando la importancia de factores infecciosos víricos, síntomas depresivos, características de personalidad y relaciones familiares; comparando estos mecanismos a aquéllos descritos en los trastornos somáticos funcionales. Esta misma autora, en una revisión sobre dicho tema, realizado ese mismo año, señala que estos niños y sus familiares comparten muchas características de personalidad y estilos familiares con aquellos que sufren de síntomas conversivos y somatizaciones.

En el presente artículo realizamos un trabajo de investigación, basado en un estudio retrospectivo, en un grupo de 23 niños que presentaban fatiga crónica y que habían sido referidos al servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Sant Mary's, Londres, con el propósito de hacer una descripción de factores socio-demográficos, psicológicos, somáticos y familiares, que pueden aportar alguna luz en el conocimiento de esta enfermedad.

MATERIAL

Para este estudio se ha utilizado una muestra constituida por 23 individuos que había sido referidos por médicos pediatras a la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital St Mary's en Londres, con el fin de descartar patología psiquiátrica, y cuya principal queja era el cansancio crónico, en el período comprendido entre el 1 de mayo de 1990 y el 1 de octubre de 1994. Los médicos pediatras eran, en su mayoría, especialistas en enfermedades infecciosas infantiles; y la Unidad era una unidad especializada terciaria con lo que la mayoría

de los niños habían sido enviados por su pediatra general para investigar la posible etiología infecciosa de sus síntomas.

MÉTODO

Todos los datos con los que se ha trabajado en este estudio fueron obtenidos de forma retrospectiva, teniendo como fuente única sus historias clínicas psiquiátricas, donde también se recogía información aportada por los pediatras y utilizando un protocolo, constituido por 70 ítems, el cual había sido elaborado en dicho departamento, con el fin de explorar las siguientes funciones:

- Características demográficas,
- Sintomatología clínica (incluyendo síntomas físicos y psicológicos).
- Discapacidad o dificultad en el funcionamiento físico y educacional debido a la enfermedad.
- Adaptación emocional y conducta (incluyendo psicopatología, personalidad).
- Curso de la enfermedad y tratamientos recibidos.

También se recogió información sobre los antecedentes físicos y psiquiátricos de los niños y sus familiares, la interpretación que los padres hacían sobre la naturaleza de la enfermedad, estrés familiares y comunicación en cuanto a aspectos psicológicos.

Para el procesamiento de los resultados se utilizó el paquete estadístico de ciencias sociales SPSS/PC+.

RESULTADOS

Características demográficas

El grupo estaba constituido por 23 sujetos, de los cuales 13 eran varones (56,5%) y 10 hembras (43,5%), con un rango de edades comprendidas entre 9 y 17 años ($x=12,60$ años y DE 2,271). La edad media de aparición de los primeros síntomas era de 11 años (DE de 2,954 y unos rangos entre 15 y 2 años y una mediana = 12,00 años).

El 91,3% de niños habían sido referidos por pediatras del mismo Hospital (St Mary's) y aunque 11 (47,8%) residían en Londres, el resto procedían de distintas ciudades de Gran Bretaña debido a que la Unidad Pediátrica era muy especializada y terciaria.

Tabla 1 Criterios clínicos diagnósticos del S.F.C.

- a) Fatiga como principal síntoma
- b) Inicio claro
- c) Fatiga severa, invalidante que afecta al funcionamiento físico y mental.
- d) Fatiga de una duración de al menos 6 meses, con afectación de más del 50% del tiempo.
- e) No enfermedad mental. No condición física.

Tabla 3 Sintomatología presente en la evolución posterior

Síntomas	Frecuencia (%)
Cansancio	82,6
Mialgias	82,6
Problemas con el sueño	50
Múltiples quejas	47
Cefaleas	21,7
Artralgias	4,5
Abdominalgias	4,3

Los meses que habían transcurrido entre la aparición de los primeros síntomas hasta ser vistos en el Servicio de Psiquiatría eran de una media de 17,39, con una DE de 12,58 y un rango comprendido entre 2 y 42 meses.

Sintomatología somática

Síntomas principales

En la tabla 1 se recogen los criterios clínicos diagnósticos del Síndrome de Fatiga Crónica. Atendiendo a ellos, la mayoría cumplían criterios completos; en 20 niños (87%) se había demostrado la existencia de una infección vírica, clínicamente, en un período de tiempo de seis meses anteriores a la aparición de los síntomas aunque no se había podido tener la confirmación serológica.

De los datos de ambas historias, pediátricas y psiquiátricas, llama la atención que aunque 19 niños (82,6%) habían presentado cansancio (definido como la necesidad de descanso, sensación de adormecimiento, problemas para iniciar actividades, pérdida de energía, menor fuerza en la musculatura y debilidad) sólo había sido motivo de consulta, según la tabla 2, en 21% de los casos. En una minoría, su duración había sido aguda (de 1 a 3 meses) pero en los dos tercios de la muestra había durado más de seis meses.

Tabla 2 Sintomatología principal por la que acuden al pediatra

Síntomas	Frecuencia (%)
Cefaleas	60,9
Náuseas	47,8
Artralgias	30,4
Letargia	26,1
Cansancio	21,7
Mialgia	21,7
Fiebre	17,4
Poco apetito	17,4

Además el cansancio era muy pronunciado: un 68% de los niños decían estar cansados durante todo el día sin respiro. Atribuían su causa a una infección vírica en el 82% de los casos. Durante la evolución de la enfermedad, 19 niños (82,6%) se quejaban de dolores musculares tanto en reposo como después del ejercicio y un 65,2% tenían dificultades de concentración.

Un 56,5% de los pediatras opinaban que los niños se encontraban en el peor momento de la enfermedad cuando iban a ser referidos a la Unidad Psiquiátrica, no ocurriendo lo mismo con los psiquiatras que tan sólo un 18,2% opinaban lo mismo en su primera exploración.

Salud general

De los datos obtenidos en la historia pediátrica, el síntoma más frecuente es la cefalea, mientras que el cansancio y la letargia juntos son inferiores a la mitad de los casos, como se puede apreciar en la tabla 2. Cuando meses más tarde eran vistos en unidades psiquiátricas estos porcentajes varían destacando el cansancio y las mialgias como síntomas principales junto con los problemas del sueño y las quejas múltiples como queda reflejado en la tabla 3.

Discapacidad

Actividad física

Todos los pacientes tenían limitaciones en el nivel de actividad, de grado moderado o extremo en 78%. En la mitad de los casos aproximadamente las limitaciones físicas habían durado más de seis meses. En la tabla 4, se describen los criterios para valorar esta limitación, así como el número de casos y su frecuencia, mientras que su duración en tiempo viene expresada en la tabla 5.

Tabla 4 Escala y frecuencias sobre la limitación de la actividad física

Grados	Tipo de actividad limitada	Nº de casos y frecuencias
1	- Ninguna actividad limitada	0 (0%)
2	- Limitación de actividades vigorosas (escalando montañas, levantando objetos pesados, corriendo, participando en deportes muy enérgicos).	5 (21,7%)
3	- Limitación de actividades moderadas (yendo a la escuela, paseos largos, inclinarse).	14 (60,9%)
4	- Limitación de actividades mínimas (lavarse, comer, ir al aseo, vestirse)	4 (17,4%)

Tabla 5 Tiempo duración de limitación de la actividad física y de la ausencia escolar

Tiempo	Limitación actividad Frecuencia (%)	Ausencia escolar Frecuencia
No limitación, no ausencia	0 (0%)	3 (13,0%)
Menos de 3 meses	0 (0%)	4 (17,4%)
De 3 a 6 meses	10 (43,5%)	4 (17,4%)
De 6 meses a 1 año	8 (34,8%)	7 (30,4%)
Más de 1 año	5 (21,7%)	5 (21,7%)

Tabla 7 Modalidades terapéuticas

Modalidad de tratamiento	Frecuencia (%)
Reposo en cama	78,3
Farmacoterapia:	
Antiinflamatorios o analgésicos	34,7
Psicotropos	19,0
Ingreso en Unidades Hospitalarias (pediátricas o psiquiátricas)	43,5
Medicinas alternativas	26,1

Escolarización

Destaca que el 91,31% de los niños acudían a colegios de alto nivel académico. A pesar de que la mayoría de los niños habían tenido ausencias escolares durante más de tres meses, el deterioro de la escolarización se calculaba sólo en una quinta parte (21%). Las ausencias reflejadas en la tabla 5 eran en su mayoría parciales pero eran de tiempo completo en muchos niños (30%).

Adaptación emocional y conducta

Psicopatología (referida al último mes)

Al ser preguntados de forma general sobre su estado, el 52,2% decían encontrarse sólo algo bien,

Tabla 6 Rasgos de personalidad más frecuentes

Rasgos de personalidad	Frecuencia (%)
Sensibles	47,8
Exigentes, "top" de sus clases	43,5
Tendencia a la preocupación	30,4
Activos	26,1
Tendencia a cargarse con responsabilidades	21,7
Perfeccionistas	21,7
Quisquillosos	17,45
Sociables, populares	17,4

afirmando estar muy ansiosos y nerviosos el 86,4% y sentirse moderadamente infelices el 47,8% de ellos. En seis niños (26,7%) se había hecho un diagnóstico psiquiátrico: dos padecían de trastorno de ansiedad, uno de fobia escolar, dos de trastorno depresivo de los cuales uno presentaba también fobia escolar y otro de los niños padecía un trastorno ciclotímico.

Personalidad

Los principales rasgos de personalidad que aparecen representados en la tabla 6, eran obtenidos de las respuestas que los padres daban al ser preguntados por la personalidad de su hijo/a en las historias psiquiátricas. Como se ve en la tabla, casi la mitad de los niños se describían como sensibles y exigentes consigo mismos en cuanto a su trabajo en el colegio. Además de los rasgos descritos en la tabla 6, un 90% de los padres tenían la impresión de que los niños sentían falta de confianza para expresar sus emociones y sentimientos y más de la mitad (56%) decían que los niños presentaban problemas de relación con sus compañeros. Llamaba la atención que sólo un 17% de los niños eran descritos por sus padres como sociables y populares con otros niños.

86 Curso, evolución y métodos de tratamiento

El 97,5% de los niños habían padecido empeoramientos en la evolución de su cuadro clínico, destacando como factores importantes en ello la vuelta al colegio (56,5%) y problemas familiares (17,4%). El número de médicos especialistas (incluyendo pediatras) no psiquiatras a los que habían acudido era de 2 en un 43,5%. A pesar de que la mayoría de los niños habían presentado síntomas psicológicos, sólo una cuarta parte (26%) de ellos habían utilizado recursos en la esfera psicopatológica (psiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas). En la tabla 7 se recogen los métodos de tratamiento utilizados antes de ser vistos en la unidad psiquiátrica de St Mary's.

Ámbito familiar

Características sociodemográficas

Desde el punto de vista sociolaboral, la mayoría de los niños procedían de familias profesionales, trabajaba sólo el padre en algo menos de la mitad de los casos (47,8%) y ambos cónyuges en el 43,5%. El 78,3% tenían menos de cuatro hijos (con tres hijos el 30,4% y con dos hijos 47,8%). Excepto un caso (4,3%), las familias eran estables, sin separación o divorcio de los padres. No se había registrado la muerte de ninguno de los miembros de la familia nuclear. Detacaba que el paciente en un 56,5% ocupaba el 2º puesto en la lista de los hermanos y el 1º en un 30,4%. Sólo en un 8,7% de las familias existía algún miembro que perteneciese a grupos o asociaciones de enfermos (tanto de ésta como de otras enfermedades).

Antecedentes físicos y psiquiátricos

En un 72% de las familias existía una preocupación muy alta por la salud, existiendo en un 65,2% de ellas, algún miembro con enfermedades crónicas. Aunque en un 39,9% de los casos había algún familiar con una sintomatología parecida, sólo en un caso (4,3%) estaba diagnosticado de encefalomiелitis miálgica.

En relación a los antecedentes psiquiátricos, en un 43,5% no había ninguno reconocido, y entre la patología psiquiátrica más frecuente se encontraban los trastornos neuróticos (30,4%).

Funcionamiento familiar

La mayor parte de las familias parecían estar muy unidas con relaciones cerradas (65,2%). Los clínicos

tenían la impresión de que estas familias tenían dificultad para comunicar sus emociones y sentimientos y unas expectativas académicas altas para sus hijos (82,6%).

En cuanto a las opiniones que los padres tenían como posibles causas de la enfermedad de sus hijos, un 82,6%, creían que eran físicas. Destacaban como factores más importantes las infecciones víricas en un 59,1% de las familias y factores emocionales en sólo un 18,2%.

Sobre una posible explicación psicológica de los síntomas un 13,0%, manifestaban claramente su rechazo, mientras que otro 43,5% adoptaban una actitud menos crítica.

DISCUSIÓN

En nuestro trabajo la mayoría de los niños cumplían criterios de SFC⁽¹⁷⁾, siendo importante el papel que las infecciones víricas jugaron en su precipitación, como ya habían apuntado otros autores. Cuando estos pacientes llegaban a los servicios psiquiátricos ya habían pasado muchos meses de evolución, por lo cual, el cuadro clínico que presentaban era de mayor severidad. Los resultados en cuanto a sintomatología asociada (tanto física como psicológica), handicap y estabilidad familiar son muy semejantes a los de diversos autores^(3,5,6), confirmando la validez del cuadro clínico.

Aunque la infección podía explicar la aparición de los síntomas, no era suficiente para explicar el mantenimiento de la enfermedad, lo que llevó a sospechar posibles causas psicológicas, y barajar distintos diagnósticos psiquiátricos. Parte de los niños decían sentirse moderadamente infelices, pero esto no justificaba un diagnóstico de depresión, aunque los síntomas de depresión podían contribuir al mantenimiento del síndrome de fatiga. En este sentido, existen estudios psicoimmunológicos⁽¹⁸⁾ que señalan que estímulos psicosociales y emocionales junto a mecanismos de regulación automática determinados genéticamente, responden y modifican el sistema inmune, lo cual lleva a pensar que un estrés importante o la existencia de síntomas depresivos puede disminuir la resistencia a una infección y mantenerla. Por otra parte, la influencia debilitante del virus tiene un efecto patológico en la adaptación psicológica del adolescente⁽⁹⁾.

Otro de los posibles diagnósticos era la fobia escolar. En nuestra serie muchos de los niños se ausentaban por largos períodos de tiempo de sus colegios, debido a la

enfermedad, y cuando volvían de nuevo experimentaban un empeoramiento de sus síntomas físicos. Sin embargo, y a diferencia de ese trastorno psiquiátrico, los pacientes presentaban una ansiedad más generalizada y no sólo en aquellas circunstancias relacionadas con el colegio, pudiendo contribuir en ello los problemas de concentración.

La última posibilidad barajada era un trastorno histérico conversivo; tampoco este diagnóstico convenía pues en estos pacientes la incapacidad para moverse dependía más de la fatiga y del cansancio que de la pérdida de alguna función articular o neurológica.

Parecían existir otros factores psicológicos que contribuirían a mantener el SFC, destacando como más importantes las personalidades previas de los niños, sus aptitudes para el trabajo y los estilos de interacción familiar.

Un porcentaje de los niños tenían problemas psiquiátricos asociados, y una minoría escondían problemas psiquiátricos graves: por ejemplo uno de los niños que había sido diagnosticado de SFC y en realidad cuando lo vimos padecía una enfermedad ciclotímica, precisando un tratamiento psiquiátrico que incluían carbamazepina lo que le permitió normalizar su vida después de haber estado con gran handicap durante uno o dos años⁽¹⁹⁾.

Es de destacar que aunque este síndrome tiene como síntoma principal la fatiga, a la hora de acudir al pediatra, en la mayoría de los niños, la enfermedad se presentaba con otros síntomas físicos y en la evolución existía una importante sintomatología física asociada. Puede ser, por tanto, una señal de cronicidad o parte del desarrollo de los trastornos con síntomas somáticos no explicados físicamente en los niños. Es importante buscar otros síntomas y tratarlos al mismo tiempo. La mayoría de los niños tenían síntomas de ansiedad y depresión, quizás secundarios a las quejas físicas, y es posible que estos problemas psicológicos contribuyeran de forma importante a la presencia de fatiga.

El inicio de la enfermedad tenía una media de 11 años, que coincide con la edad de comienzo en la escuela secundaria en el Reino Unido, quizás la tensión asociada contribuyó al síndrome en estos niños que eran vulnerables, un poco como los descritos por Lask⁽²⁾, pero también como los que aparecen en la revisión de Garralda⁽¹⁶⁾ niños con todo tipo de problemas psicossomáticos, con expectativas altas y para los cuales la educación era importante. Pero además muchos tenían

problemas en sus relaciones sociales y en la forma de manejar sus emociones y esto podía hacer que el ajuste y la adaptación a la escuela secundaria (un ambiente mucho menos protector de los niños que la primaria) fuera más difícil. El hecho de que los problemas de concentración eran comunes y que los deterioros en la enfermedad se asociaban con la vuelta al colegio sugieren que el manejo del ajuste escolar, educacional y social de estos niños puede ser crucial para su rehabilitación.

En cuanto al ámbito familiar, llama la atención el porcentaje tan elevado de familias unidas que había, la falta de trastornos sociales y el número tan alto de enfermedades familiares crónicas y de síntomas parecidos a los que presentaban los niños. Esto también se ha descrito en las familias de niños con problemas psicossomáticos⁽⁴⁾ por lo que quizás pueda influir en el hecho de que los padres den más importancia a factores físicos que a psicológicos y a su tendencia a ver los problemas como originados por causas físicas, aunque hay que decir que la mayoría de las familias de la muestra estaban dispuestas a aceptar que factores psicológicos podían contribuir a la falta de resolución del problema.

Una forma de explicar la manera en que los factores psicológicos contribuían al mantenimiento de la fatiga en estos niños vulnerables era que el padecimiento de una enfermedad física les apartaba de sus actividades, relevándolos de sus responsabilidades y permitiendo un reposo en sus ritmos de vida y expectativas. El problema se planteaba cuando tenían que enfrentarse de nuevo a su anterior estilo de vida, una vez se habían recuperado, pudiendo explicar así la larga evolución de la fatiga. A esto hay que añadir que los padres daban más importancia a los factores físicos que a los psicológicos como causantes de la enfermedad, contribuyendo así a limitar aún más la capacidad de expresión de las preocupaciones del niño.

Por todo ello, sería aconsejable a la hora del tratamiento, realizar un estudio amplio tanto del niño, explorando principalmente sus aptitudes hacia el colegio y sus características de personalidad, como de la familia. Incluso, en ciertos momentos se debería pensar en la posibilidad de separar a estos pacientes de sus familiares, intentando ganar la confianza de los padres, ayudándoles a entender la contribución que los mecanismos psicológicos pueden ejercer sobre el mantenimiento de esta enfermedad, y obtener así su colaboración. También sería útil discutir con el niño acerca de las ideas que

88 sus familias tienen sobre su futuro, de sus expectativas, de sus preocupaciones, fomentando una actitud positiva hacia la rehabilitación.

CONCLUSIÓN

El síndrome de la fatiga crónica existe en los niños y puede producir gran handicap para ellos. Aunque los

síntomas psicológicos son casi universales, no así los trastornos psiquiátricos asociados. Se sugiere que las peculiaridades de personalidad incluyendo el contacto social con otros niños, y familias especialmente unidas con una alta experiencia en enfermedades físicas sean factores que contribuyen al desarrollo del síndrome. Pero son necesarios estudios controlados para confirmar la identidad del síndrome y la importancia de estos factores en la etiología de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Dillon MJ. Epidemic neuromyasthenia at The Hospital for Sick Children, Great Ormond Street, London. *Postgraduate Medical Journal* 1978;**54**:725-730.
- 2 Lask B. The high-achieving child. *Postgraduate Medical Journal* 1986;**62**:143-145.
- 3 Scott D, Smith M, Mitchell J, Corey L, Gold D, McAuley EA, Glover D, Tenover FC. Chronic Fatigue in Adolescents. *Pediatrics* 1991;**88**:195-202.
- 4 Garralda ME. A selective review of child psychiatric syndromes with somatic presentation. *Br J Psychiatry* 1992;**161**:759-773.
- 5 Vereker MI. Chronic Fatigue syndrome: a joint paediatric-psychiatric approach. *Arch Dis Childhood* 1992;**67**:550-555.
- 6 Walford GA, Nelson WMcC, McClusky DR. Fatigue, depression, and social adjustment in chronic fatigue syndrome. *Arch Dis Childhood* 1993;**68**:384-388.
- 7 Yousef GE, Mann GF, Smith DG, Bell EJ, Murugesan V, McCartney, Mowbray JF. Chronic Enterovirus Infection in Patients with Postviral Syndrome. *Lancet* 1988;**i**:146-150.
- 8 White P. Fatigue syndromes: neurasthenia revisited. *Br Med J* 1989;**298**:1199-1120.
- 9 Meijer A, Zakay-Rones Z, Morag A. Post-influenzal psychiatric disorder in adolescent. *Acta Psychiatr Scand* 1988;**78**:176-181.
- 10 Wilson PMY y cols. Features of Coxsackie B Virus (CBV) infection in children with prolonged physical and psychological morbidity. *J Psychosom Res* 1988;**33**:29-36.
- 11 Wessely S, Powell R. Fatigue syndromes: a comparison of chronic "post-viral" fatigue with neuromuscular and affective disorder. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1989;**52**:940-948.
- 12 Kroenke K, Wood DR, Mangeldorff D, Meier NJ, Powell JB. Chronic Fatigue in Primary care: Prevalence, Patient Characteristics and Outcome. *J Am Med Association* 1988;**260**:929-934.
- 13 Garralda ME, Bailey D. Psychiatric disorder in general paediatric referrals. *Archives of Disease in Childhood* 1989;**64**:1727-1733.
- 14 Garber J, Walker LS, Zeman J. Somatization Symptoms in a community sample of children and adolescents; further validation of the Children Somatization Inventory. *Psychological Assessment* 1991;**3**:588-595.
- 15 May PGR, Donnan SPB, Ashton JR, Ogilvie MM, Rolles CJ. Personality and Medical Perception in Benign Myalgic Encephalomyelitis. *Lancet* 1980;**ii**:1122-1124.
- 16 Garralda ME. Severe chronic fatigue syndrome: A discussion of psychological mechanisms. *European Child and Adolescent Psychiatry* 1992b;**1**:111-118.
- 17 Sharp MC y cols. A report. Chronic Fatigue syndrome: guidelines for research. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1991;**84**:118-121.
- 18 Biondi M, Pancheri P. Mind and immunity: A review of methodology in human research. *Adv Psychosom Med* 1987;**17**:234-251.
- 19 Giannopoulou J, Marriot S. Chronic fatigue syndrome or affective disorder? Implications of the diagnosis on management. *European Child and Adolescent Psychiatry* 1994;**3**:97-100.
- 20 Campo JV, Fritsch SL. Somatization in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;**33**:1223-1235.
- 21 Wessely S. Old wine in new bottles: neurasthenia and "MF". *Psychological Medicine* 1990;**20**:35-53.