



FIBROMIALGIA Y EJERCICIO FÍSICO

JOSE MARIA GARCIA JIMENEZ



Este artículo espera ser el primero de una serie sobre el ejercicio físico y la fibromialgia. En éste podemos encontrar una aproximación a la fibromialgia, su definición, síntomas, posibles causas, etc. Además aparecen unas recomendaciones generales para los pacientes que empiezan en la práctica deportiva, para prevenir lesiones que empeoren el cuadro de la enfermedad.

Las opiniones aquí aparecidas son personales, muchas de ellas basadas en mi propia experiencia profesional, y en otras ocasiones viene respaldada por otros trabajos de investigación dentro del campo de la reumatología. Si por algún motivo, algunos de mis comentarios entra en conflicto con su opinión, le agradecería que me remitiera un email al respecto.

Y para las asociaciones de pacientes con fibromialgia que quieran recibir más información, consultar la posibilidad de recibir clases de Fibrogym por mi parte, igualmente pueden ponerse en contacto conmigo a través de mi correo electrónico, que aparece a pie de página.



I. INTRODUCCIÓN



José Mª García Jiménez
Diplomado en E.F.
Tec. Esp. Laboratorio

Este artículo se ha elaborado con la intención de ayudar a los profesionales que se enfrentan por primera vez ante un caso de fibromialgia, hacerles entender la realidad que existe en el día a día de una enferma, y acercar una serie de propuestas de ejercicio físico que son las que mejores resultados han dado en el trabajo diario con pacientes con fibromialgia.

Tanto para un afectado como para un profesional, es necesario entender que la fibromialgia a día de hoy no tiene cura, pero por ello no deben de perder la esperanza de que en un futuro a corto plazo, se encuentren soluciones que permitan mejorar la convivencia con esta enfermedad y aumente la calidad de vida de las enfermas.

Escribo ésto como resultado de mi experiencia profesional en el trabajo con enfermas de fibromialgia, donde he vivido de primera mano la evolución y mejoría de los síntomas gracias al trabajo diario con ejercicio físico adaptado a cada caso específico. Ésto no significa que el ejercicio físico sea la panacea y la cura para todas las enfermas de FM, cada paciente es un caso distinto, pero si se ha detectado que es junto con el tratamiento con antidepresivos, infiltraciones y terapias psicológicas, la mejor forma de aliviar los síntomas que acompañan a la FM.

Antes de entrar en mayor profundidad, quiero aclarar que la FM es todavía de difícil diagnóstico, muchas veces es confundida con otros trastornos reumáticos, por lo que durante mucho tiempo fue considerada como una enfermedad psicósomática, con lo que las enfermas tenían que sumar a su calvario de dolor, el abandono por parte de la comunidad médica, que no les consideraba como una comunidad a tener en cuenta en el campo de la investigación.

Gracias a las diferentes asociaciones de enfermos que han ido apareciendo por todo el mundo, los gobiernos están empezando a tomar cartas en el asunto, como ocurrió en España, el ejecutivo ya ha empezado a preparar un protocolo que facilite el diagnóstico de esta enfermedad. Sólo es el primer paso, pero entre todos podemos conseguir que la comunidad de enfermos y enfermas de fibromialgia reciba el trato y las atenciones que les corresponden.

Sería de gran ayuda que este artículo no sólo fuera leído por enfermos y profesionales, deberían conocerlo los familiares y compañeros de los pacientes que sufren los estragos de la FM.

Su colaboración es fundamental para mejorar la calidad de vida de una enferma, muchas veces son parte del problema, al no prestarles la atención que necesitan, empeorando su situación personal con depresiones, crisis de ansiedad, etc.

Y precisamente es deber de todos los que convivimos con enfermos de FM, controlar que no caigan en manos de estafadores, falsos curanderos, supuestos milagros, sanadores instantáneos... A día de hoy no existe una cura total para la FM, por lo que deben cuidarse de depositar todas sus esperanzas en manos de desaprensivos que siempre se aprovechan de estos casos desesperados.

La FM es una enfermedad crónica, pero no significa que no haya terapias que ayuden a sobrellevar perfectamente la carga que supone a diario esta enfermedad. Pero cada paciente es una historia diferente, no siempre lo que funciona para unos es válido o tiene los mismos efectos para otros, por lo que el profesional debe buscar entre todas las propuestas que existen hoy en día y encontrar la que mejores resultados ofrezca para el caso que tenga entre manos.

Desde el principio el paciente y el profesional tienen que ser conscientes que la FM no tiene cura, aunque en algunos casos los síntomas han desaparecido de forma permanente, no es la norma general, por lo que el tratamiento que busquemos estará pensado para reducir el dolor y permitir a los afectados que tengan una vida más llevadera.

Después de estas pinceladas a cerca de lo que rodea a la FM vamos a pasar a dar una definición que sea de fácil comprensión, tanto para profesionales como para los afectados y los familiares. Además explicaremos de forma rápida y sencilla cuál es el diagnóstico actual más utilizado, los síntomas típicos de esta enfermedad, los tratamientos que se usan en estos momentos, etc.

II. FIBROMIALGIA

CONCEPTOS

Definición de Fibromialgia

La fibromialgia es una enfermedad crónica, un desorden común y discapacitante, que afecta aproximadamente a un 5-6% de la población, y aparece en el 90% de las ocasiones en mujeres de cualquier edad, aunque principalmente entre los 20 y los 60 años.

Sus síntomas más característicos son el dolor y el cansancio, pero es de difícil diagnóstico al no existir un indicador objetivo, analítico o radiográfico.

Fue reconocida por la Organización Mundial de la Salud en el año 1992 como una enfermedad específica dentro de los reumatismos.



Los pacientes de fibromialgia sufren dolor continuo, tienen un sueño de mala calidad, dolor musculoesquelético difuso, crónico y benigno de origen no articular de más de 3 meses de duración y sobre todo se quejan de un cansancio generalizado durante todo el día.

Causas de la Fibromialgia

Existen varios agentes que predisponen a sufrir esta enfermedad:

- Infecciones múltiples recurrentes (por virus, bacterias, hongos, parásitos...).
- Sistema inmune funciona de forma deficiente.
- Toxicidad (mercurio, plomo, cadmio, aluminio, tolueno ...).
- Carencias enzimáticas.
- Alergias.
- Nutrición deficiente (deficiencias ortomoleculares).
- Elementos relacionados con el estilo de vida (estrés psicológico, factores emocionales...).
- Diversas disfunciones tiroideas y hormonales.
- Insuficiencia adrenal severa causada por el exceso de estimulantes (café, tabaco, alcohol, fármacos...).
- Anemias ferropénicas y bajos niveles de B₁₂.
- Problemas cardiovasculares.
- Enfermedades mentales no diagnosticadas.
- Diabetes.
- Dolor crónico de cabeza.
- Hipoglucemia.
- Infecciones recurrentes.
- Obesidad.
- Síndrome premenstrual.
- Sueño y descanso de baja calidad o inadecuado, provoca trastornos en la hormona del crecimiento.
- Suele aparecer en varios miembros de una misma familia, por lo que se tiende a pensar que exista un componente genético.

La fibromialgia casi nunca tiene un único factor desencadenante, sería más como una combinación de factores, deficiencias nutricionales, toxicidad adquirida, falta de habilidad para saber llevar situaciones de estrés, etc.

Los últimos estudios apuestan sobre todo por la alteración que sufre la síntesis de la hormona del crecimiento, al existir un sueño de mala calidad, siendo el sueño profundo el momento donde se esta hormona es sintetizada por el organismo en mayor medida.

Basándonos en esta hipótesis desarrollaremos nuestro programa de ejercicios, que favorecerá la síntesis de la hormona de crecimiento, intentando compensar ese déficit.

Además contamos con el efecto beneficioso a nivel mental que incluye el ejercicio físico, libera tensiones, relaja la actitud mental, entretiene, todo esto estará encaminado a ayudar a soportar la enfermedad de la mejor forma posible.

Diagnóstico de la fibromialgia

El diagnóstico de esta enfermedad es uno de sus principales problemas, ya que no aparecen lesiones concretas, las pruebas analíticas y radiológicas son normales.

Por tanto, y según la tradición médica, se realizará un diagnóstico clínico, observando los síntomas y descartando otras posibles enfermedades con pruebas complementarias.

Actualmente en España se está trabajando en un protocolo para esta enfermedad, mientras podemos seguir el protocolo diseñado por la American College of Rheumatology (1990):

- Dolor difuso presente como mínimo durante 3 meses.
- Palpación dolorosa en 11 puntos de los 18 posibles (conocidos como Puntos Gatillos).
- Ausencia de alteraciones analíticas y radiológicas.

Descripción de los puntos gatillo:

Occipucio: bilateral: a la inserción del músculo suboccipital

Trapezio: bilateral al punto medio del borde superior

Supraespinoso: bilateral

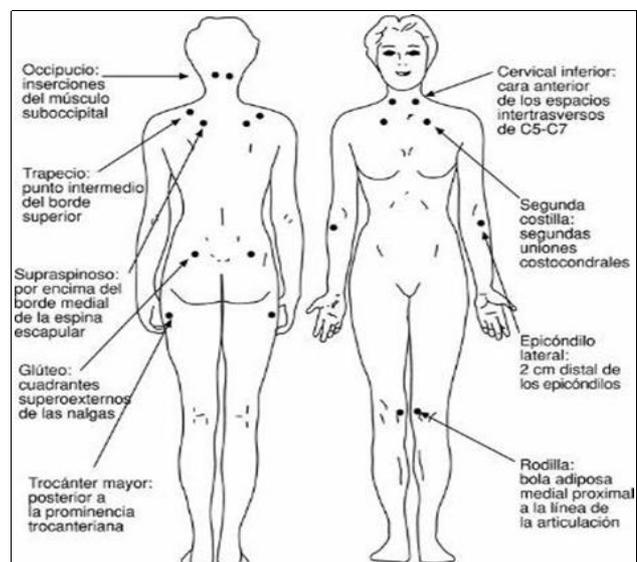
Segunda costilla: bilateral, en el borde superior lateral a la unión costocondral

Epicóndilo lateral: bilateral

Glúteos: bilateral, cuadrante superior externo

Trocánter mayor: bilateral, posterior a la prominencia trocantérica

Rodillas: bilateral, línea articular medial (tendones pata de ganso)





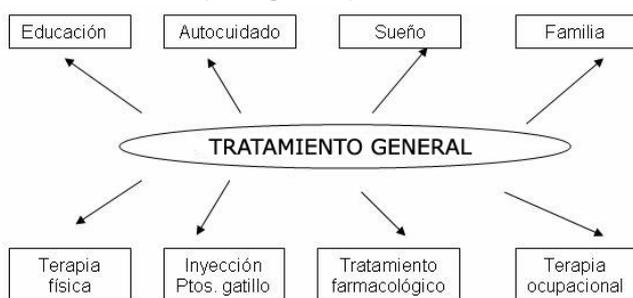
Otras pruebas complementarias que se deben hacer para descartar la afección de otros trastornos son:

Pruebas analíticas: Hemograma, VSG, glucemia, creatinina, transaminasas (GOT, GPT), fosfatasa alcalina, CPK, PCR, G-GT y TSH.

Pruebas radiológicas: Donde no encontraremos nada anormal.

Debemos buscar con estas pruebas la posible concurrencia con otras situaciones como puedan ser:

- Síndrome de fatiga crónica.
- Enfermedades dolorosas locales (síndrome dolor miofascial, síndrome de la art. temporomandibular...).
- Enfermedades reumáticas (conectivopatías y artropatías inflamatorias, polimialgia reumática...).
- Neuropatías.
- Enfermedades endocrinas (hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, miopatías metabólicas...).
- Enfermedades infecciosas (Epstein-Barr, VIH, enfermedad de Lyme...).
- Enfermedades psiquiátricas (depresión, trastornos primarios del sueño, neurosis, reumatismo psicógeno...).



Lo más interesante para los familiares y profesionales que conozcan a pacientes con fibromialgia, debe ser la anamnesis:

- Dolor y rigidez articular generalizada.
- Dolor y debilidad muscular generalizada.
- Astenia.
- Sueño no reparador.
- Factores moduladores de la sintomatología.
- Sintomatología crónica.

Y ya un poco más específico encontraremos:

- Neurológicas: parestesias, cefalea tensional, migraña, dificultad de concentración y fallos de memoria a corto plazo, mareo, intolerancia al ruido...
- Torácicas: palpitaciones, dolor torácico atípico.
- Digestivas: pirosis, colon irritable.
- Genitourinarias: menstruaciones dolorosas, polaquiuria, urgencia miccional...
- Osteomusculares: dolor plantar, talagia, dolor temporomandibular, fenómeno de Raynaud, sensación subjetiva de tumefacción...

III. TRATAMIENTOS

En esta desconocida enfermedad la medicación tiene poco efecto en los síntomas que la caracterizan, por lo que exige una activa participación por parte del paciente en su cuidado. Debemos ser conscientes de que la FM no tiene cura en la actualidad, pero si existen tratamientos que logran aminorar los síntomas. Dentro de estos tratamientos los encontramos farmacológicos, donde no vamos a incidir demasiado, dado que cada nueva investigación sobre la FM ofrece nuevas terapias, nuevos medicamentos, nuevas dosis, y puede que todo lo que lea ahora mismo sea papel mojado, ya anticuado y felizmente superado.

Actualmente el tratamiento constituye el aspecto más controvertido, puesto que la variedad de formas de tratamiento es algo que caracteriza la enfermedad y que no deja de ser una muestra del fracaso terapéutico.

Como resumen del tratamiento general que se utiliza en la mayoría de los casos, podemos reunir:

Desde el punto de vista de la educación

Suelen ser pacientes con una amplia historia clínica de exploraciones, visitas a diferentes facultativos y tratamientos,. Un aspecto básico en el enfoque consiste en informar claramente sobre la naturaleza, pronóstico y posibilidades terapéuticas del proceso.

En la mayoría de ocasiones el reconocimiento de la enfermedad por si sola, evitando negarla o atribuir los síntomas a los "nervios", ya es una forma de terapia.

Se deberá empezar por advertir al paciente de la elevada probabilidad de no llegar a controlar sus síntomas al cien por cien, pero a la vez ofrecerle una mejoría manifiesta. Ésto suele animar y favorece el clima de confianza entre el profesional y el paciente, que requiere esta enfermedad especialmente.

El paciente interpreta que se entienden sus síntomas y se conoce la enfermedad, lo cual empieza a disminuir su ansiedad.

Desde el punto de vista del ejercicio físico

Será abordado con mayor profundidad más adelante, pero como resumen fundamental, se puede considerar a la terapia con ejercicio físico no fatigante, como la que mejora de forma global a un número mayor de pacientes, sobre todo les ayuda a aumentar la tolerancia al dolor, aunque raramente modifica la calidad del sueño, si bien es fundamental el grado de implicación y cumplimiento por parte del paciente de la realización de estos ejercicios.



Desde el punto de vista farmacológico

Las infiltraciones de anestésicos con o sin corticoides sobre algún punto gatillo, mejoran el dolor local. Debe reservarse para cuando el paciente presente pocos puntos tras la mejora por otros tratamientos.

No se conoce ningún fármaco capaz de controlar la enfermedad totalmente. Es importante identificar y tratar los pacientes con depresiones subyacentes, en cuyo caso hay que tratar la raíz de ese trastorno. La ausencia de productos eficaces en la medicina tradicional está llevando a los pacientes a recurrir a otras sustancias alternativas, sin un control facultativo, muchas veces abusando de productos que sólo son válidos para un determinado perfil de paciente y con ausencia de evaluación patológica.

Alternativas

Dentro de las investigaciones que se están realizando para encontrar nuevas alternativas en esta enfermedad, ha destacado un estudio reciente que se basó en la realización de ejercicio físico.

El porcentaje de pacientes que afirmaron sentirse mejor tras tres meses de ejercicio controlado por profesionales, fue mucho más elevado entre los que habían realizado ejercicio aeróbico de baja intensidad, y además se percibió una disminución considerable de los puntos gatillo.

Hay que proteger al paciente de posibles estafas por parte de pseudocientíficos, que pregonan que han encontrado la solución perfecta para todos los enfermos de fibromialgia, y solamente quieren aprovechar una situación desesperada de un ser humano incomprendido.

Por tanto, lo primero es explicar perfectamente en qué consiste la enfermedad, cómo puede cambiar su vida para poder convivir con la FM, que a pesar de ser crónica se puede conseguir disminuir los síntomas y mejorar la calidad de vida, siguiendo unas pautas que exigen un compromiso por parte del paciente.

IV. EJERCICIO FÍSICO: FUNDAMENTACIÓN

En este punto queremos ofrecer una esperanza a los pacientes de FM que llegados a estas líneas se sientan indefensos frente a esa enfermedad que les martiriza física y mentalmente.

Actualmente existen cientos de proyectos de investigación en el campo de la FM y de la reumatología en general. Algunos se centran en diseñar un protocolo fiable para el diagnóstico de la enfermedad, otros en conseguir encontrar las posibles causas que desencadenan este trastorno, otros se dedican a encontrar tratamientos eficaces, y el resto se especializa en encontrar terapias que ayuden a convivir con la enfermedad.

Cualquiera podría pensar que nuestra propuesta está mal diseñada y que sin tener todavía un diagnóstico fiable de lo que conocemos como fibromialgia, no podemos trabajar con los pacientes.

En parte es cierto, no siempre tendremos delante un caso de FM, pero el trabajo diario nos ayudará a completar el diagnóstico que no supimos hacer al comienzo del estudio del paciente.

En la práctica diaria reconoceremos todas las patologías propias de un paciente de FM, descubriremos quien ha sido incorrectamente diagnosticado, quien oculta otro trastorno psicológico bajo una enfermedad psicósomática, etc.

Y por ser actualmente los únicos profesionales que ofrecemos algo de mejoría manifiesta a los enfermos, tenemos que aunar esfuerzos y difundir nuestros programas de ejercicios, que una vez puestos en práctica, corregidos, mejorados, ampliados, tras muchas horas de trabajo con pacientes, se han descubierto como las mejores herramientas para combatir gran parte de los síntomas que acompañan a la FM.

Existe una corriente contra esta terapia, que achaca todas las mejoras a un efecto placebo. Pero ante la ausencia de otras opciones por parte de la comunidad médica, nos basaremos en los resultados obtenidos en los trabajos de investigación llevados a cabo con el ejercicio físico.

En un reciente estudio la Universidad de Zaragoza ha demostrado que el ejercicio físico mejora la sintomatología, la condición física y la calidad de vida, así que fundamentación no nos falta.

La mejoría de la condición física, el efecto social, emocional, la influencia que tiene sobre la liberación de endorfinas, y la regulación del metabolismo de la serotonina (neurotransmisor que regula el dolor) puede ser la explicación de estas mejoras. A continuación vamos a recoger un programa de ejercicios recomendables para los pacientes de FM. Es una recopilación, clasificada en grandes grupos de trabajo, y además sugerimos una temporalización para llevarla a cabo.

Antes de empezar queremos advertir que para llevar a cabo estos ejercicios es necesaria la supervisión de profesionales cualificados, al igual que ocurre con la automedicación. La práctica de ejercicio físico sin un control podría empeorar la sintomatología característica de la fibromialgia. Así que ante todo y como primer paso, la prudencia debe ser nuestra compañera durante la práctica del ejercicio.



V. PROGRAMA DE EJERCICIOS

Objetivos del programa:

- Aumentar la movilidad articular.
- Disminuir la tensión muscular.
- Educar el control postural.
- Disminuir la astenia y fatiga crónica.
- Mejorar el nivel físico, elevando el tono muscular, la resistencia aeróbica y la amplitud de movimiento.
- Corregir malos hábitos relacionados con la práctica de ejercicio físico.
- Fomentar el autoaprendizaje, crear rutinas de trabajo personal.
- Potenciar el trabajo en grupo, facilitando el contacto entre todos los participantes.
- Crear hábitos para la práctica de ejercicio, estructurados, organizados, progresivos...

Contenidos del programa:

En este apartado vamos a recoger una lista de disciplinas deportivas, que reúnen en una sola práctica el mayor número de objetivos a trabajar:

- Si queremos trabajar la flexibilidad, aumentar la movilidad articular y disminuir la tensión muscular podemos recurrir al **Stretching**.
- Si buscamos disminuir la fatiga, la ansiedad generada por la enfermedad, podemos utilizar clases de **Yoga** de baja intensidad, clases **Taichi**, técnicas de respiración...
- Para aumentar la tonificación podemos aprovechar las ventajas del **Aquafitness**, que nos permite trabajar mejor en pacientes con problemas articulares asociados a la enfermedad, por lo que el trabajo en el agua reduce el esfuerzo en las articulaciones dañadas, reduce el peso que necesita movilizar, y permite trabajar con implementos que mejoran de forma localizada la musculatura más debilitada.

Por supuesto, antes de poner en práctica cualquiera de estas técnicas de trabajo, debemos asegurarnos que el paciente tiene la autorización de su médico para realizar la práctica de ejercicio físico.

No todos los pacientes están preparados para el trabajo continuado y es preferible diseñarles un currículo específico, comenzando con un ejercicio de muy baja intensidad (paseo) y poca duración (5-10 min), y aumentar progresivamente la duración y la intensidad hasta poder incorporarlos en la rutina del gran grupo.

Organización del trabajo:

Vendrá determinada en gran parte por el nivel inicial de los participantes. No podemos trabajar siempre al nivel de los más capacitados, ni podemos bajar el nivel a los que menos movilidad tengan.

Lo ideal en las primeras semanas de la práctica sería crear diferentes grupos de nivel, desarrollando en cada grupo un trabajo específico, que nos permita en el plazo de 4 a 6 semanas, alcanzar un nivel medio muy similar, y podamos pasar a trabajar con un gran grupo.

Si encontramos casos muy especiales, seguiremos trabajando durante todo el curso con grupos de nivel, ésto nos facilitará la inclusión de nuevos participantes una vez ya empezado el curso, los cuales podrán ir pasando por los diferentes niveles hasta llegar al más evolucionado.

Con ésto nos aseguramos que los que no han realizado ejercicio con asiduidad, no se vean superados por las expectativas, ni pierdan la ilusión al compararse con otros participantes que tengan una condición física mucho mejor.

Lo más importante es que sigan disfrutando del ejercicio físico, sin que se den cuenta de que están trabajando duro, sin que pierdan la paciencia por obtener resultados visibles a corto plazo, y que esperen cada día con ansia, el momento de empezar su clase de gimnasia favorita.

Con el trabajo organizado en Grupos de Nivel, se obtienen muchas ventajas respecto a otros métodos de trabajo, y teniendo en cuenta que no hay dos pacientes de FM iguales, no podemos trabajar de igual forma con todos los pacientes.

El monitor debe intentar atender las necesidades diferenciales de sus pacientes en una situación de enseñanza en grupo. El primer recurso metodológico es transferir determinadas decisiones a los participantes, con ésto fomentamos la enseñanza emancipatoria.

Por tanto, el alumno es el que decidirá la intensidad a la que necesita trabajar, el tiempo que necesita descansar, el ritmo de progresión individual... (todo ello supervisado por el profesional).

De forma general, podemos partir de unos contenidos que pueden ser asumidos de forma individual, como son:

- Esquema corporal.
- Coordinación dinámica global.
- Equilibrio.
- Relajación.
- Disociación de movimientos segmentarios.
- Adaptación al tiempo.
- Estructuración del espacio.

Y siguiendo este esquema, podremos evaluar la progresión del trabajo, de forma individual:

1. Evaluación inicial: conocimiento previo de la condición física del paciente, aptitud física, motivación...
2. Determinar los objetivos: establecer los objetivos de ejecución por tiempo de práctica, diseñar progresiones de trabajo...



3. Seleccionar los medios a emplear: instalaciones, materiales, organización, control de la utilización...
4. Evaluación continua y final: evaluación continuada de la progresión de cada paciente, evaluar si se cumplen los objetivos establecidos, evaluar la adecuada realización de los ejercicios, intensidad, duración, velocidad, evaluación final de los resultados del grupo, del alumno, evaluar la eficiencia del sistema empleado...

Una vez hemos entendido la importancia de plantear de forma clara los objetivos que queremos conseguir, los contenidos que incluiremos, los medios utilizados, pasaremos a la temporalización de los contenidos, los ejercicios complementarios recomendados y los materiales más adaptados.

PROGRAMACIÓN		
1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Contenidos	Contenidos	Contenidos
Stretching Tai-Chi Yoga Relajación	Stretching Tonificación Trabajo aeróbico (baja intensidad) Juegos en parejas, grupos... Relajación	Stretching Aquafitness Aeróbic o Step (baja intensidad) Tonificación Relajación
Materiales	Materiales	Materiales
Colchonetas Suelo adaptado	Colchonetas, bicicletas, cintas, balones, picas, cuerdas, globos, cojines, raquetas...	Material de flotación (tablas, pelotas, pull-boys, burbujas, cinturones, manoplas, aletas...).
Ejercicios complementarios	Ejercicios complementarios	Ejercicios complementarios
Masajes	Masajes	Masajes, natación, senderismo ...

Esta división en tres ciclos nos permitirá dividir la clase en grupos de nivel, o bien dividir el curso en tres módulos de progresión, todo depende de las características del grupo de trabajo.

Si partimos de una duración equivalente al curso lectivo (septiembre-junio), podemos dividir incluso estos ciclos en tres meses de duración cada uno, aunque esta duración puede variar, en función de cómo se vayan alcanzando los objetivos.

No olvidar nunca que perder grasa no es uno de los objetivos de la gimnasia para pacientes con fibromialgia, para ello deberán acudir a un médico que les regule la dieta, con una ingesta hipocalórica, pero siempre controlada con análisis periódicos, para controlar anemias, hipercolesterolemia, déficit de minerales, etc.

A veces podemos encontrarnos con pacientes que quieren aumentar el nivel de intensidad de los ejercicios, y hay que educarles para que conozcan sus límites, y antes de aumentar la intensidad, empezaremos con aumentar la duración del ejercicio.

Si el grupo de trabajo tiene una condición física alta, podemos partir desde el segundo ciclo, y dejaremos el primer ciclo para los que se vayan incorporando a lo largo del curso.

En pacientes con FM no se recomienda llegar más allá del tercer ciclo, si encontramos algún caso en el que se noten sobrados para realizar esa práctica, podemos estar satisfechos del trabajo realizado, ya que habrán alcanzado todos los objetivos que nos planteamos.

Normalmente el porcentaje de pacientes que alcanzan el tercer ciclo con un nivel de aptitud física notable es minoritario, nunca superarán el 10% del total.

Esto no debe frustrarnos, ya que es muy difícil alcanzar un nivel tan elevado en un sólo curso de duración. Lo que debe focalizar todas nuestras fuerzas es reducir el porcentaje de pacientes que permanezcan en el primer ciclo, el más básico, que trabaja a un nivel más bajo, tanto de intensidad, duración, volumen, velocidad, aunque siempre hay que contar con un porcentaje fijo de pacientes que no evolucionarán como esperamos.

Si controlamos adecuadamente las progresiones entre los tres ciclos, fomentamos que sean los propios pacientes los que se exijan más cada día, los que digan "hasta aquí puedo llegar" y no forzarles más, que sean ellos mismos los que vean cómo mejoran, cómo obtienen unos resultados sorprendentes a corto plazo, y de mucha mayor calidad a largo plazo.

Por desgracia, todo este trabajo tiene una duración demasiado corta, debido a la sintomatología propia de la FM, que en poco tiempo provocará de nuevo las tensiones musculares, la fatiga crónica, características de esta enfermedad, pero al haberles enseñado la práctica del ejercicio de forma emancipatoria, podrán continuar con esta práctica, de forma autónoma en los meses en los que no se trabaje en grupo.

Como ya decíamos al principio, el ejercicio físico no es la panacea de la FM, pero están demostrados sus resultados, los cuales desaparecen en el momento en el que se abandona la práctica del trabajo físico.

Hay que habituar al paciente a una ejercitación constante, inculcarles que es mejor una hora de gimnasia que una pastilla cada ocho horas, y que los beneficios que acompañan a la práctica de ejercicio en grupos, no los aportan ningún otro tratamiento.

Sobre todo si nos fijamos en el perfil del paciente que suele frecuentar estos grupos de gimnasia, el trabajo en grupo, además de ayudarles a comunicar sus sensaciones con otros pacientes que tienen sus mismos síntomas, le ayudará a reducir la ansiedad, comprenderá que hay más gente en su situación, les ayudaremos a extender sus redes sociales, a crear buenas dinámicas de grupo, esto les permitirá esparcir el ánimo, y olvidarse por unos minutos de su calvario diario.



VI. CONCLUSIONES

Nos encontramos en la actualidad con una comunidad de enfermos, incomprendidos por gran parte de la comunidad médica, por sus propias familias, amistades, compañeros de trabajo... que no terminan de entender qué es la fibromialgia, y mucho menos creer que es una enfermedad reumatológica más.

Si a esa situación le sumamos una sintomatología de las más duras dentro de la clasificación de enfermas reumatológicas, nos encontramos con pacientes con problemas psicológicos, con ansiedad, estrés, falta de sueño y en algunos casos, abandono emocional por parte de su entorno social.

En la actualidad se está buscando una solución a sus dolencias desde diversos frentes, pero el que mejor resultado ha ofrecido en un mayor número de pacientes está siendo el trabajo con programas de ejercicio físico adaptado.

En este artículo hemos querido hacer llegar a un número mayor de la población todo lo que rodea a un paciente de FM, y proponemos un programa de ejercicios adaptados a sus necesidades, y que nos permitirán cumplir una serie de objetivos fundamentales, que podremos ampliar a medida que cumplamos algunos muy básicos, sustituyéndolos por otros más complejos.

Todo esto será modificado por el trabajo diario, por los resultados obtenidos en nuestra evaluación continua del progreso alcanzado de forma individual y colectiva, y por las características propias de cada paciente.

Antes de llevar a cabo este programa, hay que consultar con profesionales facultativos los casos más especiales, todo nuestro trabajo deberá estar supervisado siempre por un médico, a poder ser un reumatólogo o en su caso, el médico de cabecera de cada paciente, con el cual podamos intercambiar pareceres sobre la evolución de la enfermedad en el paciente.

Y si a esto le sumamos una formación completa por parte del monitor, a poder ser con conocimientos y experiencia en el campo de la práctica controlada de ejercicio físico, conocimientos extensos sobre la fibromialgia, que conozca el mayor número de disciplinas deportivas de las recomendadas para que practiquen los pacientes, y un ansia constante por completar su formación, de forma reglada o autodidacta, conseguiremos un método de trabajo que nos proporcionará grandes resultados.

Otra cosa que no debe agobiar ni a los pacientes ni al monitor es la consecución rápida de los objetivos planeados. Cada paciente es diferente, y lo que para algunos será sencillo, para otros costará muchas más horas de trabajo.

Lo importante es que todos evolucionen, que todos vayan alcanzando metas personales, que sean conscientes de los progresos que están logrando con su propio trabajo, y sobre todo, que el ser constantes en la práctica les asegurará una calidad de vida mucho mayor de la que disfrutaban en la actualidad.

Para finalizar queremos recordar que todo método de trabajo es susceptible de mejorar, que quizás dentro de unos años los conocimientos médicos sobre la enfermedad hayan evolucionado y nos permitan localizar de forma más exacta el trabajo físico en cada paciente.

Pero hasta que llegue ese día en el que se encuentre una solución para la fibromialgia, no nos quedemos con los brazos cruzados, tenemos la oportunidad de aliviar muchos corazones afligidos por esta enfermedad crónica, y está en nuestras manos, como profesionales responsables que somos, de hacer todo lo posible por mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Que haya mejoría...

En Sevilla, agosto del 2004.



Bibliografía

• Direcciones consultadas:

1. <http://www.fibromialgia-fm.com>
2. <http://www.fmaware.org>
3. http://www.homestead.com/fibromialgia_informacion
4. <http://www.ser.es>
6. <http://www.arbitrio.com.ar/>
7. <http://www.fibromialgia-cat.org>
8. <http://www.afsafund.org/>
9. <http://cfidsfms.tripod.com>
10. <http://www.fibrofriendswithfibro.org/>
11. <http://www.fmpartnership.org>
12. http://www.fibromialgia.net/que_es_f_n_.htm
13. <http://www.fmnetnews.com/pages/updates.html>
14. <http://www.aacfs.org>
15. <http://www.cfs-news.org/action.htm>
16. <http://www.anadem.com>
17. <http://www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp?art=568>
18. <http://www.deporteyciencia.com/article.pl?sid=03/04/03/1914241&mode=nested>
19. <http://www.fibromialgia-fm.com/Archivos/Principal/Articulos/Ejercicio%20Fisico%20es%20lo%20m%C3%A1s%20eficaz%20en%20FM.htm>
20. <http://www.cica.es/aliens/umfus/CursoTutor04.htm>
21. http://www.saludalia.com/docs/Salud/web_saludalia/temas_de_salud/doc/reumatologia/doc/doc_fibromialgia1.htm
22. <http://www.diariomedico.com/reumatologia/n271200bis.html>
23. <http://www.correofarmaceutico.com/edicion/noticia/0,2458,120429,00.html>
24. <http://www.lire.es/lire04/fibromialgia.html>
25. <http://www.ucm.es/info/fmed/medicina.edu/Temasinteres/fibro.htm>
26. <http://www.indalia.es/sociedad/salud/21097/>
27. http://www.dsalud.com/numero35_6.htm
28. <http://www.medicadetarragona.es/aula/mujer/fibromialgia.htm>
29. http://www.dsalud.com/numero61_4.htm
30. <http://groups.msn.com/Fibrofamilia/ejercicios.msnw>
31. <http://www.fibromialgia.com/>
32. <http://www.saludhoy.com/htm/mujer/articulo/fibromi1.html>
33. <http://pinksunrise.com/hb/fmexercise.htm>
34. <http://chronicfatigue.about.com/?once=true&>
35. <http://boards1.melodysoft.com/app?ID=Fibroforo>
36. <http://www.fmaware.org/>
37. http://www.homestead.com/fibromialgia_informacion/
38. <http://www.arbitrio.com.ar/>
39. <http://www.fibromialgia-cat.org/>
40. <http://www.afsafund.org/>
41. <http://www.fmpartnership.org/>
42. <http://www.aacfs.org/>
43. <http://www.cfs-news.org/action.htm>
44. <http://www.fibromialgia-cat.org/links.htm>
45. <http://www.encolombia.com/reumatologia6399estudio2.htm>
46. <http://www.afibrom.org/Gu%EDaAspectosPsicol%F3gicos.html>
47. <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/90510769/ABSTRACT>
48. http://www.sectorfitness.com/0magazine/articulo_168.shtml
49. http://www.tubotica.net/seccionconsejos_det.php?IdConsejo=333
50. <http://www.agafi.org/informacion.htm>
51. <http://www.esquizo.com/modules.php?name=News&file=article&sid=45>
52. <http://www.webpacientes.org/epacientes/index.php?num=1&art=3>
53. http://www.drmartorell.com/home_es.htm
54. http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pubmed_full?inctrl=05ZI0105&rev=27&vol=26&num=6&pag=415



- **Algunas referencias tomadas de:**

- Sanchez Bañuelos, Fernando. Didáctica de la educación física y el deporte. Pag: 6, 25, 33-50, 67,81, 124, 250-272.
- Chaitow Leon, N.D., D. O., MRO, Fibromyalgia: The Muscle Pain Epidemic, Senior Lecturer, University of Westminster, 1995 (Internet)
- Devin Starlanyl, MD., Mary Ellen Copeland, M.S, M.A; Fibromyalgia & Chronic Myofascial Syndrome, New Habinger Publications, Inc., U.S.A, 1996
- Dunkin, Mary Ann, Fibromyalgia: Syndrome of the 90's, The Arthritis Foundation, Atlanta GA. 1997
- Explicación sobre el síndrome de Fibromialgia, Fibromyalgia Association of Greater Washington, Inc., <http://www.fmagw.org/fact-sp.htm> 1995
- Fibromialgia, Una guía para el paciente, Unidad de Reumatología, Hospital General de Castellón 12004, Castellón, España
- Fibromyalgia, National Institutes of Health, BW 10/95, Ar-91QA, 1997
- Millot, Michael K., M.D., Berlin, Richard M., M.D., Treating sleep disorders in patients with fibromyalgia, The Journal of Musculoskeletal Medicine, June 1997
- Monograph of Fibromyalgia Syndrome, FMAGM Fibromyalgia Association of Greater Washington, Inc., Virginia U.S.A., 1995
- Rachlin, Edward S., M.D., F.A.C.S., Myofascial Pain and Fibromyalgia, Trigger Point Management, Mosby 1993
- Reiffenberger, Daniel H. M.D, Amundson, Loren H., Fibromyalgia Syndrome: A Review, American Family Physician, April 1996
- Simms, Robert W.M.D., Fibromyalgia Syndrome: Current Concepts in Pathophysiology, Clinical Features, and Management, American College of Rheumatology, 1996
- Slotkoff, Andrea T. M.D., Clauw, Daniel J. M.D., Fibromyalgia: When thinking is impaired, The Journal of Musculoskeletal Medicine, September 1996
- The Neuroscience and Endocrinology of Fibromyalgia, Arthritis & Rheumatism; Lippincott-Raven Publishers, Vol. 40, No. 11, November, 97, American College of Rheumatology, USA 1997
- Yunus, Muhammad B. M.D. Fibromyalgia Syndrome: Is There Any Effective Therapy?, University of Illinois at Peoria, Consultant, June 1996.
- Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IL, Hebert L The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. Arthritis Rheum 1995; 38: 19-28.
- Robles Gómez E Fibromialgia. Introducción, conceptos y fisiopatología. Encuentros médicos. Mayo, 1995:
- Wolfe F Fibromyalgia: the clinical syndrom. Rheum Dis Clin NA 1989; 15: 1-12.
- Shafraan SD The chronic fatigue syndrom. Am J Med 1991; 90: 730-739.
- Bradley LA, Young LD, Anderson KO, Turner RA, Agudelo CA, McDaniel LK et al Effects of psychological therapy on pain behavior of rheumatoid arthritis patients. Treatment outcome and six-month followup. Arthritis Rheum 1987; 30: 1105-1114.
- Vlaeyen JWS, Teeken-Gruben NJG, Goossens MEJB, Rutten-van Mólken MPMH, Pelt RAGB, Van Eek H et al Cognitive-educational treatment of fibromyalgia: a randomized clinical trial: I. Clinical effects. J Rheumatol 1996; 23: 1237-1245.
- Buckelew SP, Conway R, Parker J, Deuser WE, Jennings J, Witty TE Biofeedback/relaxation training and exercise interventions for fibromyalgia: a prospective trial. Arthritis Care Res 1998; 11: 196-209.
- McCain GA, Bell DA, Mai FM, Halliday PD A controlled study of the effects of a supervised cardiovascular fitness training program on the manifestations of primary fibromyalgia. Arthritis Rheum 1988; 31: 1135-1141.
- Martin L, Edwothy SM, Macintosh B Is exercise hepful in treatment of fibromyalgia? Arthritis Rheum 1993; 36 (Supl): 292.
- Jaeger B, Skootsky SA Double-blind controlled study of diferente myofascial trigger point injection techniques. Pain 1987; 31 (Supl): 292.
- Wike WS, Treatment o f reisitant fibromyalgia Rheum Clin Dis North Am 1995; 21: 247-260.
- Rothenberg MD New pain killwer may have special benefits for the treatment of fibromyalgia. Fibromyalgia Frontiers 1995; 3: 5-6.
- Rusell IJ, Ftlicher EM, Michalek JE, Mc Broom PC, Hester GG Treatment of primary fibrositis/fibromyalgia syndrome with ibuprofen and alprazolam: double-blind, pacebo-controlled study. Arthritis Rheum 1991; 34: 552-560.
- Yunus MB, Masi AT, Aldag JC Short term effects of ibuprofen in primary fibromyalgia syndrome: a double-blind, placebo controlled trial. J Rheumatol 1989; 16: 527-532.
- Clark S, Tindall E, Bennett RM A double-blind cross-over trial of prednisone versus placebo in the treatment of fibrositis. J Rheumatol 1985; 12: 980-983.
- Scudds RA, McCain GA, Rollman Gb y Harth M Improvement in pain responsiveness in patients with fibrositis after succesfull treatmente with amitriptyline. J Rheumatol 1989; 16 (Supl): 98-103.
- Moldofsky H Sllep and fibrositis syndrome. Rheum Dis Clien NA 1989; 15: 90-103.



- Carette S, Bell MJ, Reynolds WJ, Haraoui B, McCain GA, Bykerk VP et al Comparison of amitriptyline, cyclobenzaprine, and placebo in the treatment of fibromyalgia: a randomized, double-blind clinical trial. *Arthritis Rheum* 1994; 37: 32-40.
- Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett RM, Caro XJ, Goldenberg DL et al A prospective, longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia (see comments). *Arthritis Rheum* 1997; 40: 1560-1570.
- Fossaluza V, De Vita S Combined therapy with cyclobenzaprine and ibuprofen in primary fibromyalgia syndrome. *Int J Clin Pharmacol Res* 1992; 12: 99-102.
- Bennett RM, Gatter RA, Campbell SM, Andrews RP, Clark SR, Scarola JA A comparison of cyclobenzaprine and placebo in the management of fibrositis. A double-blind controlled study. *Arthritis Rheum* 1988; 31: 1535-1542.
- Wolfe F, Cathey MA, Hawley DJ A double-blind placebo controlled trial of fluoxetine in fibromyalgia. *Scand J Rheumatol* 1994; 23: 255-259.
- Cantini F, Bellandi F, Niccoli L, Di Munno O Fluoxetin combined with cyclobenzaprine in the treatment of fibromyalgia (in Italian). *Minerva Medica* 1994; 85: 97-100.
- Goldenberg DL, Mavssky M, Mossey C The independent and combined efficacy of fluoxetine and amitriptyline in the
- Wysenbeek AJ, Mor F, Lurie Y, Weinberger A A imipramine for the treatment of fibrositis. A therapeutic trial. *Am Rheum Dis* 1985; 44: 752-753.
- Carrera JQ, Castano AV, Gómez JP, Rodríguez AF, Medano WH, Rubeio AG et al Comparison of tenoxicam and bromazepam in the treatment of fibromyalgia: a randomized, double-blind, placebo controlled trial. *Pain* 1996; 65: 221-225.
- Felson DT, Goldenberg DL The natural history of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1986; 29: 1522-1526.
- Wolfe F, Hawley DJ, Cathey MA, Caro X, Russell IJ Fibrositis: symptom frequency and criteria for diagnosis. An evaluation of 291 rheumatic disease patients and 58 normal individuals. *J Rheumatol* 1985; 12: 1159-1163.
- Andreu Sánchez JL, Barceló García P, Figueras Pedrosa M Fibromialgia. Otros reumatismos asociados a trastornos psicógenos. *Manual de enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología*. Barcelona: Doyma, 1996; 757-764.
- Graciela S, Braley LA Advances in the treatment of fibromyalgia: current status and future directions. *Am J Med Scien* 1998; 315 (6): 397-404