

# INFO *avafi*

Nº 1 - OCTUBRE 2019

*TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR  
DE LA FIBROMIALGIA Y EL SÍNDROME  
DE FATIGA CRÓNICA*

---

ASPECTO MÉDICO-FÍSICO

---

ASPECTO PSICOLÓGICO

---

ASPECTO SOCIAL

---



Asociación Valenciana de  
Afectados de Fibromialgia  
DECLARADA DE UTILIDAD PÚBLICA

Avda. Regne de València, 66-3ª • 46005 VALÈNCIA

Telèfons: 96 395 97 94 - 676 059 829

[www.avafi.es](http://www.avafi.es)

[avafi.valencia@hotmail.com](mailto:avafi.valencia@hotmail.com)

Xarxes Socials:

Facebook: AvafiValencia

Twitter: Avafi (@avafi1)

Youtube: AVAFIVALENCIA

Edita: AVAFI (Asociación Valenciana de Afectados de Fibromialgia)

Coordinación: M<sup>a</sup> Carmen Megía

Maquetación e impresión: TRESINTER, S.L.

Depósito legal: V-2710-2019



*Dña. Minerva Morales Rodríguez*  
*Presidenta*

**A**preciados/as lectores/as.

En esta nueva revista que lleva por título INFOAVAFI, vamos a hablar del tratamiento multidisciplinar en relación a la Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica.

Es muy importante manejar estas enfermedades desde distintas especialidades, por ello es tan necesario tener un buen tratamiento multidisciplinar, con el se consiguen mejoras significativas en la intensidad de los síntomas, la capacidad funcional y la calidad de vida.

En esta revista os mostramos algunos artículos de médicos y especialistas que han colaborado y lo siguen haciendo con nuestra asociación y que nos explican muy bien, cada uno en su área, como hay que llevar y tratar estas enfermedades.

Hemos escogido las especialidades que están más relacionadas con la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica, como la reumatología, la psicología, la fisioterapia, el trabajo social, la nutrición, las terapias complementarias, la farmacología, y por qué no, otras alternativas como el mindfulness, la balneoterapia... aunque seguro y sin ninguna duda hay muchas más.

\*Quiero dar las gracias al compañero Andoni, Presidente de la Asociación de Divulgación de Fibromialgia, de Vitoria Gasteiz, que nos sugirió el nombre para esta revista.

Deseo que todo el contenido sirva para entender un poco más estas enfermedades.

# Índice

<b>Editorial</b> .....3	<b>Terapias Complementarias</b> ..... 20
<i>Dña. Minerva Morales Rodriguez</i>	<i>Doctores Bixquert, Calvo, Láinez, Martínez Lavín</i>
	<i>Psic. Alejandra, T.S. M<sup>a</sup> José Cervantes, Fisiot. María</i>
<b>La Fibromialgia</b> .....5	<b>El dolor crónico</b> ..... 22
<i>Dr. Javier Calvo Catalá.</i>	<i>Dña. Alejandra Martín Fernández</i>
<b>Síndrome de Fatiga Crónica</b> .....7	<b>Fibromialgia: 28 pasos para estar mejor</b> ..... 24
<i>Dr. Rafael Belenquer Prieto</i>	<i>Dña. Alejandra Martín Fernández</i>
<b>Fibromialgia, optimizar el tratamiento farmacológico</b> ..... 9	<b>¿Qué es el mindfulness? Beneficios en pacientes afectados de fibromialgia</b> ..... 26
<i>Dra. Lucrecia Moreno Royo</i>	<i>Dr. David Martínez-Rubio</i>
<b>Empoderándonos de nuestra salud, a través de saber comer. Factores a tener en cuenta en la alimentación y fibromialgia</b> .....12	<i>Dra. Raquel Costa Ferrer</i>
<i>Dra. Pilar Luna Calatayud</i>	<b>Papel del trabajador social en el abordaje de la fibromialgia</b> ..... 30
<b>Los estiramientos y el ejercicio aeróbico</b> ..... 15	<i>Dña. M<sup>a</sup> José Cervantes Muñoz</i>
<i>Dña. María Martí Puertes</i>	<b>La Asociación, AVAFI</b> .....33
<b>Fibromialgia, fatiga crónica y tratamiento hidrotermal</b> .....18	
<i>D. Nestor Alejandro Santacruz Carmona</i>	



*Dr. Javier Calvo Catalá.  
Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo.  
Hospital General Universitario. Valencia*

# La Fibromialgia

## FIBROMIALGIA

1992: LA O.M.S. LA RECONOCE COMO ENFERMEDAD

(Código M79.0 en la Clasificación Internacional de Enfermedades)

SINDROME O ESTADO DOLOROSO, NO ARTICULAR, QUE AFECTA SOBRE TODO A LOS MÚSCULOS Y CON GRAN SENSIBILIDAD EN UNA SERIE DE PUNTOS PERFECTAMENTE DEFINIDOS.

SE ASOCIA TÍPICAMENTE A FATIGA PERSISTENTE, SUEÑO NO REPARADOR Y A MÚLTIPLES SÍNTOMAS” (Consensus Document on Fibromyalgia. 1993)

Aún no ha conseguido el reconocimiento necesario

– **Sanitario:** GRAN MEJORÍA, pero es necesario un mejor conocimiento de estas enfermedades entre los individuos con síntomas de la enfermedad y entre los médicos.

– **Social:** Aun hay que convencer que se trata de enfermedades fisiológicas verdaderas. No son formas de depresión o de hipocondría

– **Laboral:** De difícil conciliación derechos del afectado/deberes del empresario

– **Judicial :** Cada vez hay más sentencias que aceptan el dolor/fatiga como hecho incapacitante

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS (ACR 1990)

- Dolor crónico y difuso de > 3 meses evolución
- Dolor a la presión en al menos 11 de los 18 puntos “sensibles”

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

### Tríada:

- Dolor generalizado
- Fatiga
- Alteración del Sueño

Otros síntomas médicamente “inexplicables”:

- Capacidad de concentración ↓
- Memoria ↓
- Mareos / inestabilidad
- Dolor de cabeza
- Hormigueos, acorchamiento de extremidades
- Alteraciones esfera sexual
- Alteraciones miccionales
- Alteraciones digestivas: dispepsia,
- Colon irritable, dolor abdominal

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

### Tríada:

- Dolor generalizado
- Fatiga
- Alteración del Sueño



**TRATAMIENTO:**

**Objetivos: Tratamiento del dolor y síntomas añadidos**

dolor // cansancio// alteraciones del sueño. no reparador/ sensación hinchazón// parestesias// ansiedad. depresión// enfermedades asociadas: colopatía, raynaud, síntomas genitourinarios, sínt. respiratorios, neurológicos, etc

- Diagnóstico de la enfermedad
- Información al paciente
- Tratamiento no farmacológico
- Tratamiento farmacológico
- Tratamiento multidisciplinar
- Medicina alternativa

El diagnóstico de la FM es eminentemente clínico, no precisando especiales pruebas complementarias

El Médico Asistencia Primaria realizará los controles sucesivos de los pacientes

Ante posibles comorbilidades o dudas de diagnóstico diferencial:

Remitir a especialista oportuno:

- Reumatología
- Otras especialidades

**TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO**

• **EDUCACIÓN DEL PACIENTE:** informar, pautas de vida, evitar estrés, problemas familiares o laborales, mejorar el sueño, dieta....

• **TRATAMIENTO PSICOLÓGICO:** Muchos pacientes presentan trastornos psíquicos (30 %), que no son la causa de la enfermedad, aunque deben ser diagnosticados y tratados ya que el dolor tiene siempre un componente subjetivo que incide en la severidad de su vivencia. psicoterapia, terapia cognitiva

- EJERCICIO FÍSICO
- TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA
- TRATAMIENTO PROBLEMA MÉDICO LEGAL AÑADIDO

**MATERIAL INFORMATIVO:**

[www.reuma-ostoporosis.com](http://www.reuma-ostoporosis.com)

[www.svreumatología.com](http://www.svreumatología.com)

**UNA REFLEXIÓN**

*Serenidad, para aceptar las cosas que no puedo cambiar*

*Valor, para cambiar aquellas que puedo modificar*

y ...

*Sabiduría, para reconocer la diferencia. J. Bald*

Mientras no dispongamos de un fármaco eficaz, usaremos el arsenal de que disponemos, recordando que el tratamiento de la FM es comparable a un taburete de tres patas:

**TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO**

- **EDUCACIÓN DEL PACIENTE:** informar, pautas de vida, evitar estrés, problemas familiares o laborales, mejorar el sueño, dieta....
- **TRATAMIENTO PSICOLÓGICO:** Muchos pacientes presentan trastornos psíquicos (30 %), que no son la causa de la enfermedad, aunque deben ser diagnosticados y tratados ya que el dolor tiene siempre un componente subjetivo que incide en la severidad de su vivencia. **PSICOTERAPIA, TERAPIA COGNITIVA**
- **EJERCICIO FÍSICO**
- **TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA.**
- **TRATAMIENTO PROBLEMA MÉDICO – LEGAL AÑADIDO.**

# Síndrome de Fatiga Crónica



*Dr. Rafael Belenguer Prieto*  
*Doctor en Medicina.*  
*REUMATÓLOGO. Unidad de*  
*Fibromialgia. Hospital 9 de Octubre*  
*de Valencia.*

## DEFINICIÓN

El SFC es una enfermedad compleja crónica no articular de etiología desconocida, que se caracteriza por: Fatiga intensa (física y mental) No disminuye con el reposo y empeora con el ejercicio y limita la capacidad funcional del paciente, Alteración de la concentración o de la memoria recientes, Odinofagia con Adenopatías Cervicales, Dolor muscular, Artralgias, Cefaleas, Trastornos del sueño y afectivos (Ansiedad y Depresión).

Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) con el código: G 93.3

Desde 2015 se considera el SFC = Enfermedad Sistémica de Intolerancia al Esfuerzo / Ejercicio (ESIE) a estudiar por M.I / Neurología (Medicina Interna/Neurología)

## FATIGA CAUSADA POR ENFERMEDAD

FATIGA CAUSADA POR déficit de Hierro, Magnesio, Vitaminas del grupo B

## SFC / EM / ESIE: CUADRO CLÍNICO

La sintomatología es **muy variable** en cuanto a su **grado de severidad**

- **Anormal fatiga prolongada** con diversos síntomas de apariencia gripal

- Enfermedad crónica muy severa con multitud de síntomas que pueden llegar a una completa incapacidad de realizar actividad alguna durante años.

## OTROS SÍNTOMAS:

- Agotamiento profundo, sensación de debilidad al menor esfuerzo físico o mental.
- Dolores generalizados
- Insomnio, pesadillas, sueño no reparador, despertar con frío, sudoración, tiritonas,
- Intolerancia al frío y al calor, a los cambios de tiempo atmosférico o del grado de humedad, a la sequedad
- Hipersensibilidad a alimentos previamente tolerados, a olores fuertes, a perfumes, a vapores químicos como gasolina y disolventes, a aromas artificiales, a medicamentos
- Migraña, Vértigo, Sensación de Mareo permanente,
- Náuseas, diarreas, Síndrome del intestino irritable,
- Inflamación de vejiga, próstata, infecciones y molestias urinarias, genitales,



- Infecciones respiratorias, de senos, rinitis crónicas,
- Alteraciones hepáticas frecuentes
- Dispepsia, problemas de digestión de las grasas y los hidratos de carbono,
- Taquicardias, síntomas y signos de Fatiga Cardíaca,
- Empeoramiento severo al hacer ejercicio intenso
- Incapacidad de permanecer de pie, o de caminar durante periodos cada vez más cortos, (intolerancia ortostática) con sensación de síncope, asfixia o taquicardia,
- Normalmente a causa del fallo en el sistema nervioso autónomo que estos pacientes suelen presentar (disautonomía), normalmente confirmado en pruebas de mesa basculante
- Los síntomas cognitivos, mentales y emocionales pueden ser muy variados también:
- Pueden presentar importantes déficits en la capacidad de concentración, la atención, el aprendizaje, las habilidades matemáticas.
- Pueden perder sus capacidades en Pruebas Psicotécnicas y mostrar un cociente de inteligencia muy inferior al que tenían antes de enfermar.
- Síntomas Emocionales:
- Deprimidos, angustiados, experimentando gran ansiedad y a veces crisis de angustia al sentirse incomprendidos.

## DIAGNÓSTICO Y CO-MORBILIDAD

**NO HAY NINGUNA PRUEBA DIAGNÓSTICA CONCLUYENTE !!!**

- **DESCARTAR CO-MORBILIDADES mas frecuentes:**

Fibromialgia, Síndrome de Ehlers-Danlos Síndrome del intestino irritable, Síndrome de Sjögren, Sensibilidad química múltiple

Depresión (50% de pacientes con SFC).

### **Criterios Clínicos:**

- anormal Fatiga prolongada con multitud de síntomas

Síntomas Cognitivos y Síntomas Emocionales (Depresión, Ansiedad)

## **PRUEBAS A REALIZAR:**

- Historia Clínica y Examen Clínico detallado
- Analítica de Orina y de Sangre amplia que incluya: Hierro, Magnesio, CPK, LDH, TSH, PCR, FR, ANA, Anticuerpos Antiendomiso y Anti-Transglutaminasa tipo IgA etc
- En intolerancia ortostática con sensación de síncope, revisión Cardiológica

En Deprimidos, angustiados, Revisión Psicológica/Psiquiátrica.

## **TRATAMIENTO**

El tratamiento del Síndrome de Fatiga Crónica se centra inicialmente en la identificación y Tratamiento de las enfermedades asociadas o subyacentes y el alivio de los síntomas, entre los cuales los más comunes son: Trastornos del sueño, Depresión y Dolor.

### **CO-MORBILIDADES más frecuentes:**

Fibromialgia, Síndrome de Ehlers-Danlos Síndrome del intestino irritable, Síndrome de Sjögren, Sensibilidad química múltiple. Depresión (50% de pacientes con SFC).

### **Tratamiento:**

1.- **Terapia Cognitivo-Conductual (Psicólogo):** Reducción de síntomas, mejora de la Función y de la Calidad de Vida

2.- **Ejercicio Físico gradual:** sobreesfuerzo puede empeorar la evolución del SFC!!

3.- **Tratamiento Farmacológico sintomático:** Sueño, Depresión y Dolor

4.- **Alimentación:** Eliminar Gluten (Celiacía),

Valorar Intolerancias Alimentarias (Lácteos, Trigo)

5.- **Antioxidantes:** estrés oxidativo en SFC? (Glutati6n, Acido Lipoico, Ginkgo biloba y Vaccinium myrtillus (Arándano))?...**Faltan Ensayos Clínicos!!!**



# Fibromialgia, optimizar el tratamiento farmacológico



*Dra. Lucrecia Moreno Royo-  
Catedrática de Farmacología  
Universidad CEU Cardenal  
Herrera- Valencia*

## FIBROMIALGIA

Síndrome crónico.

Dolor prolongado en todo el cuerpo y sensibilidad anormal a la presión en distintas partes, que condicionan una alteración persistente del sistema de autorregulación y control del **dolor** y del **estrés** en el Sistema Nervioso Central.

Se relaciona con fatiga, problemas de sueño, dolores de cabeza, depresión y ansiedad.

### Objetivo terapéutico

- **Disminuir** la intensidad de los **síntomas dolor, fatiga, depresión, insomnio** y
- Mejorar la capacidad funcional y la **calidad de vida** de los pacientes.

Este abordaje es complejo y obliga a utilizar estrategias múltiples en las que se combinan el **tratamiento farmacológico** y **no farmacológico**

Para hacer un buen uso de la medicación y aumentar la adherencia terapéutica es muy importante la información y la formación

## ¿QUÉ FÁRMACOS UTILIZAMOS PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR?

Si hay dolor... lo más lógico sería empezar por un **analgésico**

Sin embargo, no hay evidencia de que los AINE sean eficaces en el control del dolor de la fibromialgia

## TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA

Los AINE han resultado ineficaces, sin embargo, son los medicamentos más empleados para tratar el dolor en medicina general, particularmente el *naproxeno* y el *ibuprofeno*.

### AINES

*Ibuprofeno, naproxeno, aspirina, indometacina, diclofenaco, ketorolaco*

Los AINE no deberían emplearse de forma generalizada en el tratamiento de esta enfermedad, debido a su peor perfil de seguridad

### ANÁLGESICOS

**Paracetamol** como analgésico inicial, aceptable balance beneficio/riesgo y porque es el primer escalón analgésico recomendado en la mayoría de síndromes dolorosos

**Tramadol**, efecto analgésico moderado tanto en monoterapia como asociado a paracetamol

**Reacciones adversas** : Mareos, cefaleas, confusión, somnolencia, náuseas, vómitos, estreñimiento, sequedad bucal, sudoración, fatiga

**Sobredosificación:** depresión respiratoria

## ¿QUÉ FÁRMACOS HAN DEMOSTRADO EFICACIA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA?

- No existe ningún medicamento aprobado por la Agencia Española del Medicamento con indicación específica para la fibromialgia
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

<http://www.msps.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/Fibromialgia.htm>

## FARMACOS COADYUVANTES EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

Diversos grupos de medicamentos desarrollados para el tratamiento de diferentes enfermedades no relacionadas con el dolor son empleados en ocasiones, y con buenos resultados, en ciertos síndromes de dolor crónico.

*antidepresivos, anticonvulsivantes, neurolépticos, ansiolíticos, corticoides, bifosfonatos, capsaicina y otros*

### Fármacos actualmente prescritos

- *Amitriptilina*
- *Pregabalina* 30% de efectividad reduciendo el dolor
- *Duloxetina*

### Antidepresivos

*Amitriptilina, Fluoxetina, Duloxetina Triptizol®, Depelío®, Nobritol®, Prozac®, Adofen®, Prozac®, Reneuron®, Cimbalta®, Ariclam®, Yentreve*

- Pueden precisar entre 2 y 4 semanas para alcanzar una respuesta clínica significativa.
- No dejar de tomarla súbitamente por síntomas de abstinencia
- Evitar el consumo de alcohol
- Puede alterar la capacidad de conducción

### Inhibidores duales de la recaptación serotonin-noradrenalina (IRSN)

- *Venlafaxina*, que actúa como un Inhibidor Selectivo de la Serotonina a dosis inferior a 150 mg/día y, actuando como un fármaco dual sobre Serotonina y Noradrenalina cuando se utiliza en dosis superiores a 225 mg/día.

- *Duloxetina*. El grado de tolerabilidad del fármaco es aceptable, siendo su principal efecto adverso las náuseas y, en algunos casos, el insomnio. Se recomienda iniciar a dosis bajas e ir progresando, suministrándolo por la mañana durante el desayuno.

### Antiepilépticos para el dolor neuropático

Los pacientes que no respondan a analgésicos, relajantes musculares o antidepresivos pueden ser tratados, como alternativa, con *Gabapentina* o *Pregabalina*

- **Reacciones adversas:** Mareo, somnolencia, alteración en la concentración, deterioro de memoria, aumento del apetito; euforia, confusión, visión borrosa, disminución de la libido, aumento de peso....

## TRATAMIENTO DEL SUEÑO

### Ansiolíticos: Benzodiazepinas

*Aneuro, Valium, Vincosedan, Tranxilium, Orfidal, Idalprem*

- Respuesta inmediata.
- Mejoría a corto plazo en la calidad del sueño, pero sin eficacia analgésica.
- **Uso crónico produce Tolerancia**
  - Dependencia física y psicológica
  - Autoconsumo

### Suspensión brusca del tratamiento

- **Síndrome de abstinencia:** *insomnio, ansiedad, irritación, agitación, efecto rebote, hiperexcitabilidad, ansiedad, confusión amnesia, disturbios afectivos y sonambulismo.*
  - Puede aparecer hasta 3 semanas tras la retirada de la BZP
- Si el paciente se autoadministra la BZP suprime totalmente el cuadro de abstinencia y produce

### SÍNDROME DE REFORZAMIENTO

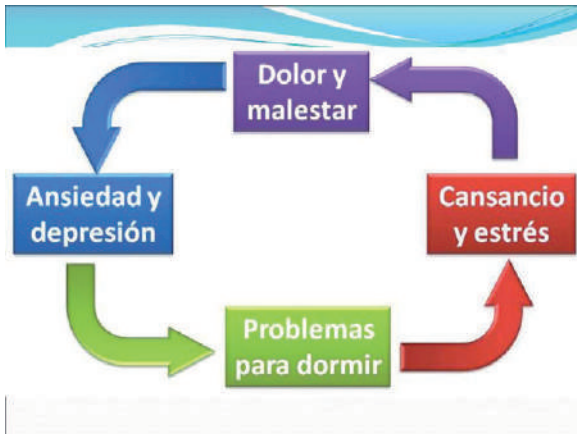
**RECOMENDACIONES**

- Utilizar la mínima dosis eficaz.
- Administrar el tratamiento de forma intermitente.
- Prescribir medicación a corto plazo (no debe superar 3-4 meses contando el tiempo de retirada).
- Interrumpir el tratamiento de forma gradual.
- Vigilar la posible aparición de insomnio rebote tras la suspensión del tratamiento
- El tratamiento del paciente con fibromialgia debe ser individualizado
- Inicialmente paracetamol como analgésico. En caso de no resultar efectivo, amitriptilina a dosis de 25-50 mg al acostarse es el fármaco de elección. Si no es efectiva en unas pocas semanas, no debe insistirse en su uso.

- En pacientes con dolor generalizado como único síntoma, puede ser eficaz el tramadol.
- La falta de respuesta a un medicamento indica la necesidad de probar o añadir otro.
- Dado que la respuesta terapéutica no suele ser duradera, el tratamiento farmacológico de la fibromialgia requiere una revisión periódica y una posible rotación de fármacos.
- Por otra parte, aunque no hay evidencia a favor de las asociaciones, la mayoría de los pacientes presentan numerosos síntomas y precisarán de tratamiento simultáneo con varios medicamentos.

*La fibromialgia es una enfermedad invisible, NO imaginaria*

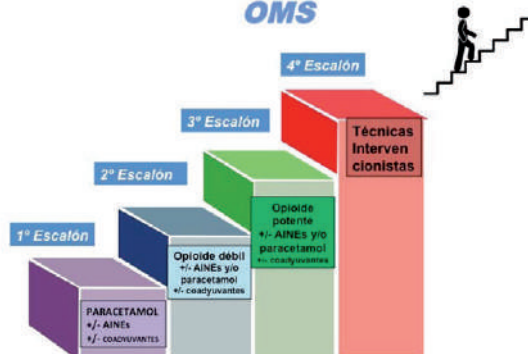
*Una enfermedad que no ves pero es REAL*



• No existe ningún medicamento aprobado por la Agencia Española del Medicamento con indicación específica para la fibromialgia

• Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad  
<http://www.mspqs.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/Fibromialgia.htm>

**Escalera Analgésica de la OMS**





## “Empoderándonos de nuestra salud, a través de saber comer. Factores a tener en cuenta en la alimentación y fibromialgia”.

**Dra. Pilar Luna Calatayud**

Jefa del Servicio de Nutrición y Dietética.

Hospital Universitario de la Ribera, Alzira (Valencia)

El paso 13 de mayo 2019, *día de la fibromialgia*, tuve el honor de ser una de las ponentes en la jornada organizada por AVAFI.

Tener un día asignado: “el día de...”, es una mala señal y suele indicar, que los que lo celebran, aún no reciben la atención o cuidados que precisan. Por eso se festeja ese día, para poner el foco de atención y ayudar a solucionar la problemática que entraña. Sólo hay una cosa peor que tener “un día”, y es no tenerlo, cuando todavía los cuidados y atenciones son insuficientes.

Este artículo es el resumen de la ponencia presentada, para recordar lo importante de una alimentación saludable en nuestra salud, al mismo tiempo que señalar los aspectos más relevantes en la fibromialgia

Dice la Organización Mundial de la Salud (OMS) que la salud está determinada sobre todo por nuestro estilo de vida, más que por nuestra biología, el medio ambiente o el sistema sanitario, aunque este sea el que consume más del 95% del presupuesto en salud, es sin embargo el que menos condiciona la salud como indica la figura 1.



Figura 1. Determinantes de Salud de la OMS

De alguna manera, esto es una buena noticia. Significa, que en gran medida, nuestra salud está en nuestras manos y podemos hacer mucho por mejorarla.

El estilo de vida saludable incluye las cosas que debemos hacer: comer de forma saludable tener una vida diaria actividad física que incluya hacer ejercicio físico, gestionar bien las emociones y el estrés. Por otro lado a cosas que no debemos hacer como: consumo de tabaco, alcohol, drogas, ritmo acelerado y estresante, etc.

Por muy buen coche que uno tenga, sin la gasolina adecuada, no funcionará correctamente. Comer de forma adecuada es fundamental para nuestra salud. Pese a ello. El reciente estudio publicado por el European Journal of Epidemiology (1) demuestra que un total de 44.617 españoles murieron en 2016 por causas cardiovasculares derivadas de una mala nutrición.

En estos momentos, en España el 39% de los adultos presenta sobrepeso y el 22% obesidad y esta se asocia a más de 50 enfermedades y a un aumento de mortalidad.

El 90% de las diabetes tipo 2, el 80% de las enfermedades cardiovasculares y el 30% de las neoplasias se podrían prevenir siguiendo hábitos de vida saludables (1). Es decir, nuestra forma actual de alimentarnos, nos está enfermando. La magnitud del problema, relacionado con la forma actual de alimentarnos debe hacernos reflexionar y movernos hacia el cambio.

El mismo informe, nos habla de las soluciones: “Dentro de los patrones de dieta saludable, “la Dieta Mediterránea” es la que mayor nivel de evidencia ha demostrado, reduciendo la morbimortalidad por enfermedades no transmisibles y es una de las que debería recomendarse (evidencia alta, recomendación fuerte a favor).

Pero ¿sabemos los sanitarios y los pacientes a qué corresponde el nombre de la tan afamada dieta mediterránea? Angel Keys, que fue quien la puso en valor la define así:

‘La esencia de la dieta mediterránea es casi una dieta vegetariana: pasta, guisada de diferentes maneras, verduras aliñadas con aceite de oliva, toda clase de vegetales de temporada, a menudo queso y finalizando con frutas, todo ello frecuentemente regada con vino’ (2)

Desde que él la puso en valor, hasta ahora, ha llovido mucho y desde los años 60, no hemos hecho más que perder nuestra dieta, aumentando las grasas, el sodio y los azúcares y como conse-

cuencia también nuestras enfermedades. Hemos pasado de comer 9 kg de azúcar antes de los 60 a comer más de 32-36 kg en estos días. Igualmente hemos disminuido el consumo de las legumbres, y el pan, y hemos aumentado las grasas no visibles asociadas a quesos o carnes, aumentando las enfermedades vasculares al igual que la obesidad. En resumen: comemos mucho más de lo que comíamos, no tanto en volumen de alimento, pero sí en calorías y nos movemos mucho menos de lo que nos movíamos: “coche-ascensor-mando a distancia”

De las 10 causas de mortalidad más frecuentes, 5 se relacionan con el patrón de alimentación actual y reducen la esperanza de vida en 10 años. Su tratamiento supone además el 7% del coste sanitario actual, es decir más de 3.000 millones de Euros al año.

Pese a todas estas evidencias, la atención Nutricional en el Sistema Público de Salud, es casi inexistente. Se pueden encontrar muchos más Dietistas-Nutricionistas en la Redes sociales o en los medios, que dentro de las Instituciones sanitarias. Dentro de estos medios, sus voces no son siempre las más escuchadas y al público en general, o a los pacientes, les cuesta orientarse sobre qué mensaje seguir. Por eso conviene recordad las palabras de la Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS hasta junio de 2017:

“Existe una tendencia bien documentada al respecto de las injerencias de cierta industria alimentaria en la formulación de políticas de salud pública. Hemos de tener por seguro que cuando esto sucede aquellas medidas más eficaces en esa materia serán o bien minimizadas o bien apartadas en su totalidad”.

Poder solucionar este problema de salud, requiere un cambio de paradigma (4) y pasar del modelo asistencial individual al concepto de social: hemos de tratar el conjunto de la población, para poder frenar esta creciente epidemia, transformando el entorno y las pautas sociales obesogénicas, como también indica el artículo publicado este año por The Lancet, en relación al tema de la Obesidad y el cambio climático.

*Factores que influyen en el entorno obeso-génico:*

- Factores políticos y comerciales (acuerdos comerciales, políticas fiscales y agrícolas y sistemas alimentarios),
- El entorno construido (disponibilidad de alimentos sanos, infraestructura y oportunidades para la actividad física en el barrio)
- Normas sociales



## Fibromialgia y Nutrición

En Mayo de 2019, realizando una búsqueda bibliográfica sobre los estudios científicos de los se encontraban en PubMed 121 estudios sobre el tema con las palabras “Fibromyalgia diet” (5), 47 de ellos realizados en los últimos 5 años, algunos de ellos con la recomendación de profundizar en el tema, con datos poco concluyentes o no generalizables. Las indicaciones que se obtiene de ellos son:

1º La adherencia a la dieta Mediterránea, desempeña un papel determinante en la salud ósea en mujeres con Síndrome de Fibromialgia, previniendo también la osteoporosis en esta enfermedad (6)

2º Debemos mejorar las pautas Nutricionales y dar dietas personalizadas, acompañadas de pautas de actividad física, lo que mejora la calidad de vida de pacientes con Fibromialgia y fatiga crónica (7)

3º La guía dietética es fundamental para que los pacientes con FM los ayuden a corregir una ingesta de nutrientes esenciales sub-óptima o deficiente. Cuando se alcanzan niveles óptimos de nutrición, los niveles de dolor generalmente disminuyen. Se recomienda la investigación adicional en el campo de la FM y la nutrición para revelar otras posibles relaciones (8)

Espero que en próximas ocasiones, podamos trabajar en mejorar la información y la formación en la nutrición adecuada, hecho que como bien indican los artículos, debe realizarse de forma personalizada, para evitar errores.

Solo me queda agradecer a Minerva y a Karmeta, presidenta y secretaria de AVAFI todo el interés que pusieron, para que este acto fuera posible y agradecer a todos los asistentes su interés y atención.

## Bibliografía

1. Cardiovascular mortality attributable to dietary risk factors in 51 countries in the WHO European Region from 1990 to 2016: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study. Toni Meier & all. *European Journal of Epidemiology*. January 2019, Volume 34, issue 1, pp37-55
2. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualizaciones PAPPs 2018. Atención Primaria. SEMFYC. Rodrigo Córdoba García & all. *Atencion Primaria* 2018; 50 (supl 1):29-40
3. Mediterranean diet and public health: personal reflections. *Am. J. Clin. Nutr.* (1995), 61(suppl.): 1321S-1323S
4. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. OMS, 69ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 12.2 del orden provisional. A69/8, 24 marzo de 2016
5. Búsqueda telemática realizada en PubMed en Mayo de 2019
6. Mediterranean Diet, Body Composition, and activity with Bone Health in Women with Fibromyalgia Syndrome. Correa-Rodríguez M, Mansouri-Yachou JE, Tapia-Haro RM, Molina F, Rus A, Rueda-Medina B, Aguilar-Ferrandiz ME. *Nurs Res.* 2019 Apr 1.
7. Characteristics and determinants of dietary intake and physical activity in a group of patients with multiple chemical sensitivity. Aguilar-Aguilar E, Marcos-Pasero H, de la Iglesia R, Espinosa-Salinas I, Ramírez de Molina A, Reglero G, Loria-Kohen V. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2018 Dec;65(10):564-570.
8. Fibromyalgia and nutrition: Therapeutic possibilities? Bjørklund G, Dadar M, Chirumbolo S, Aaseth J. *Biomed Pharmacother.* 2018 Jul;103:531-538.

# Los estiramientos y el ejercicio aeróbico



*Dña. María Martí Puertes  
Diplomada en Fisioterapia.  
Especialista en suelo pélvico y  
posturología.  
Es fisioterapeuta de Avafi*

Los músculos son una agrupación de fibras que forman un tejido aunando estructuras óseas permitiendo los movimientos que realizamos, dando estabilidad a las articulaciones y manteniendo nuestra postura.

El músculo es el órgano de mayor adaptabilidad. Se modifica más que ningún otro órgano, tanto su contenido como su forma. De una atrofia severa puede volver a reforzarse en poco tiempo gracias al entrenamiento, al igual que con el desuso se atrofia, conduciendo al músculo a una disminución de tamaño y fuerza.

**Los estiramientos musculares buscan como fin la relajación y la distensión de ellos y de la liberación de las articulaciones que sostienen.**

En caso de que el músculo sufra un acortamiento, al cabo de poco tiempo se adapta a su nueva longitud, requiriendo entrenamiento a base de estiramientos para volver a su longitud original.

Un acortamiento muscular puede venir producido por: lesiones musculares, contracturas, debilidad y atrofia de éste. **En el caso de la FM y el SFC los músculos se ven claramente involucrados en este círculo vicioso de: La debilidad—acortamiento y pérdida de masa muscular—atrofia—dolor—menor capacidad de movimiento—mayor debilidad.**

El tratamiento más efectivo para restablecer la normalidad y cortar ese círculo vicioso es tratar el músculo, estirarlo y fortalecerlo.

**En el caso de la FM y SFC el tratamiento debe ser controlado de una manera gradual según la capacidad y la resistencia del paciente.**

Debe ser adaptado y controlado por un profesional, pero lo más importante es que los primeros que deben controlarlo son ellos mismos. Lo que yo intento enseñar a mis pacientes es que aprendan a “escuchar a su cuerpo y a sus músculos”, que aprendan a estirarse sin lesionarse y sin pasarse, cada uno a su ritmo y la frase que más les repito es: *“Pensad que aquí...Menos es Más”* y no por más estirarse van a sentirse mejor.

Aunque lo más aconsejable es que los realicen bajo la supervisión de un fisioterapeuta, yo les insisto en que si practican, poco a poco podrán llegar a escucharse y corregirse ellos mismos.

Es por lo que Avafi editó una guía cuya finalidad es que ayude a las personas que sufren estas enfermedades y tengan una herramienta para poder auto aliviarse ellas mismas a diario.

Para ello en la guía se muestran algunos de los estiramientos que realizamos durante las clases en la asociación.



Las primeras pautas que les doy a las personas afectadas que vienen la primera vez a las clases son:

- **La respiración:** La respiración es una ayuda que tenemos para centrar nuestra atención y despistar el dolor. Les aconsejo que sigan la respiración que pauto, pero que si no se aclaran, que las primeras veces lo hagan a su manera y con la práctica ya irán perfeccionando y la harán automáticamente sin pensar en ella.

Les aconsejo hacer 3 respiraciones completas (incluyendo inspiración y espiración)

- La primera: Inspirando y soltando el aire a la vez que van a la posición del estiramiento.

- La segunda: Inspirando y espirando aguantando la posición del estiramiento. Sin tensionar e intentando relajar el resto del cuerpo. (Aproximadamente 10/12 segundos)
- La Tercera: Inspirando y al soltar el aire volver lentamente a la posición inicial, relajando el cuerpo.
- **Conocer sus límites:** No por más estirar vas a encontrarte mejor, les explico que en los músculos acortados hay “barreras” a la hora de estirarse. Que vayan gradualmente y si pasan unos segundos y rebaja el dolor del estiramiento, ahí pueden insistir en el movimiento hasta notar la siguiente barrera motriz.

## TALLER DE ESTIRAMIENTOS EN AVAFI



## EL EJERCICIO AERÓBICO

Es un tipo de ejercicio físico en el cual se necesita implícitamente el papel de la respiración para poder realizarse.

Para obtener la energía necesaria que supone realizar este tipo de ejercicio, es preciso quemar hidratos y grasas con ayuda de oxígeno. Por lo que su práctica habitual, dota al cuerpo de mayor resistencia y previene la obesidad.

Los ejercicios aeróbicos incluyen cualquier tipo de ejercicio que se practique a niveles moderados de intensidad durante períodos de tiempo extensos, lo que hace mantener una frecuencia cardíaca más elevada. En tal tipo de ejercicios se usa el oxígeno para “quemar” grasas y azúcar.

Uno de los beneficios del ejercicio aeróbico además de mejorar la capacidad pulmonar y el sistema cardiovascular, es mejorar la resistencia muscular.

En los casos de FM y SFC estos beneficios contribuirían en la reducción de la fatiga y la mejoría de los síntomas, además de generar endorfinas y mejorar a su vez el estado de ánimo.

El ejercicio aeróbico que se decida a realizar, debe hacerse de una manera gradual, intensificando la duración y frecuencia del ejercicio progresivamente.

El tipo de ejercicio que se decida realizar es muy personalizable. Todo ejercicio que suponga un aumento de la resistencia muscular y se realice con respiración, aumentando la capacidad pulmonar, lo es.

Por ejemplo: caminar, nadar, correr, ciclismo, clases colectivas de ejercicio aeróbico, baile, etc. Son muchas las modalidades, pero lo aconsejable es practicar una al menos dos días por semana.

Para que un paciente con FM o SFC note la diferencia, debe hacer un seguimiento durante al menos de 2 a 6 semanas seguidas, de manera gradual y controlada.

Lo más fácil suele ser controlarse el tiempo durante la actividad. Es aconsejable ir de menor a mayor intensidad sin llegar a fatigarse de un modo extremo.

Empezar con 10 minutos de ejercicio y ver como nos encontramos, si nuestro cuerpo nos permite seguir, ir avanzando gradualmente y muy importante, estirar un poco al finalizar el ejercicio.

Los últimos estudios revelan en sus resultados que para lograr beneficios deberían realizarse al menos 20 minutos por semana, en 2 días separados.

Hay que tener en cuenta que este debe ser realizado fuera de nuestra rutina habitual. No valen ejemplos como:

- “Yo salgo todos los días a comprar y camino 20/30 minutos”.

Es mejor eso que nada, pero los beneficios de este tipo de ejercicio se notan cuando uno lo adapta a su vida diaria de una manera constante y consigue incluirlo en su rutina, ya que le aportará beneficios en su calidad de vida.

Es muy aconsejable y les invito a que lo prueben. Si lo hacen y se encuentran peor, al principio será lo normal. Deben darse tiempo, es un proceso de adaptación que tiene una merecida recompensa.

**María**



## *Fibromialgia, fatiga crónica y tratamiento hidrotermal*

*D. Nestor Alejandro Santacruz Carmona.*

*Médico director del Balneario de la Concepción*

La fibromialgia (FM) y la fatiga crónica (SFC) son dos enfermedades caracterizadas por dolor, fatiga y trastornos del sueño, en ambas patologías, tanto la etiología como los mecanismos que desencadenan la enfermedad son hoy por hoy desconocidos.

La fibromialgia es una enfermedad reumática no articular de etiología desconocida, caracterizada por dolor crónico musculoesquelético generalizado, rigidez matutina, fatiga intensa, depresión, cefaleas y trastornos del sueño. Según el estudio EPISER, de la sociedad Española de reumatología en el 2000, en la población española se estima que la prevalencia de FMS es del 2,73% de la población siendo un 4,2% para el sexo femenino y un 0,2% para el masculino, siendo más prevalente en las edades media de la vida, aunque puede afectar a pacientes en cualquier edad, es una de las causas más frecuentes de dolor crónico musculoesquelético difuso, y es uno de los motivos que más bajas laborales produce.

**Por qué se produce la enfermedad?** Hoy en día se piensa que la FMS se produce por una alteración de los neurotransmisores del sistema nervioso, las sustancias encargadas de la comunicación entre unas neuronas y otras, cuando se produce un desequilibrio en estas sustancias se desencadenan una serie de alteraciones que explica la multitud de manifestaciones clínicas que pueden darse en la enfermedad.

**Como se diagnostica?** El diagnóstico es básicamente clínico en función de la exploración y la coexistencia de diferentes síntomas (dolor, rigidez, trastornos del sueño...) no existe ninguna prueba de laboratorio o de imagen que sirva para hacer el diagnóstico de esta enfermedad.

**Como se trata?** No existe un solo tratamiento ideal, el tratamiento es sintomático e incluye un amplio rango de intervenciones terapéuticas, se enfatiza en recomendaciones no farmacológicas en conjunto con intervenciones farmacológicas de forma individual, en estrategias de autogestión, ejemplo ejercicios, terapias psicológicas que impliquen la participación activa del paciente de forma integral.

**En este contexto la balneoterapia y la hidroterapia ofrecen una alternativa de tratamiento.** La medicina hidrotermal es una opción efectiva de tratamiento en pacientes con FMS y fatiga crónica, alivia los síntomas y posiblemente influye en los mediadores de la inflamación.



El uso de terapias en piscina con aguas minero medicinales, la aplicación de lodos alivia los síntomas, se cree que los síntomas pueden ser aliviados por la presión hidrostática, la temperatura del agua, sus efectos sobre las terminales nerviosas, a si como la relajación muscular, a demás se ha demostrado que los baños con lodos termales aumentan en el plasma los niveles de beta endorfinas, por ende su efecto anti-espático que es muy importante en el paciente con FMS, también los efectos beneficiosos de los tratamientos hidroterápicos probablemente se deban a una combinación de efectos específicos como flotabilidad, resistencia, calor y los elementos minero-medicinales que las aguas contienen, en conjunto con efectos inespecíficos, como cambio de ambiente, entorno, paisajes y el interactuar con otras personas. Las terapias hidrotermales son una opción efectiva de tratamiento para lo paciente con FMS y fatiga crónica ya que alivia sus síntomas, posiblemente influye en los mediadores inflamatorios.

Referencias:

Boletín de la sociedad española de hidrología médica.

ISSN 0214-2813. Volumen 29 No 2, 2014 pag: 111-112.

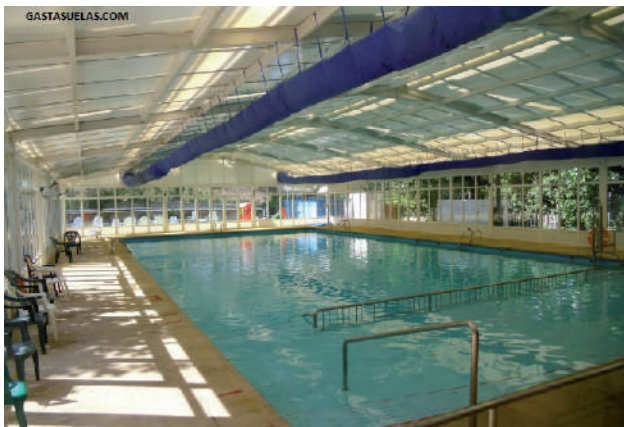
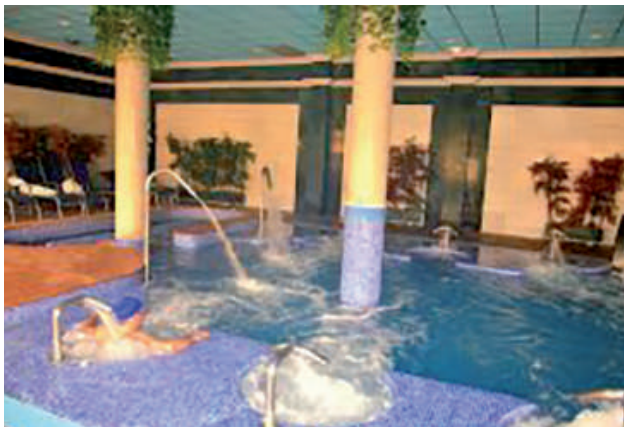
Balneotherapy in fibromyalgia. Experience in Aix-les-Bains

Bol Soc Esp Hidrol Méd

2016, vol. 31, supl. 1, 37-38.

Pérez Fernandez MR, Calvo-Ayuso N, Martinez Reglero C, Salgado-Barreira A, Muiño Lopez-Alvarez JL. EFFICACY OF BATH WITH MINERAL MEDICINAL WATER IN PATIENTS WITH FIBROMYALGI: A randomized clinical trial in J biometerd 2019.

Sep; 63(9): 1161-1170. Doi 10.1007/S00484-019-01729-7.





## Terapias Complementarias

Doctores Bixquert, Calvo, Láinez, Martínez Lavín  
 Psic. Alejandra. T. S. M<sup>a</sup> José Cervantes. Fisiot. María

### D. MIGUEL BIXQUERT JIMÉNEZ: (digestivo)

No se ha demostrado que la ozonoterapia tenga efecto beneficioso.

La acupuntura (en manos expertas) un efecto parcial sobre contractura y fatiga; menos en el dolor.

Se ha señalado cierto beneficio de la dieta exenta de gluten, pero sólo en uno de cada 5 pacientes, un solo grupo investigador, a lo largo de cuatro meses. NO EXISTEN EN MEDICINA PRODUCTOS MILAGROSOS.

Consejos finales para mejorar la calidad de vida en pacientes con síndrome de fibromialgia, y fatiga crónica, e intestino irritable... la experiencia de cuarenta años de profesión médica.

Son las doce "R":

- Respiración relajada, pero no superficial.
- Relajación muscular (individual y por grupos). Si hay dolor crónico (de espalda, tendinitis, etc.) coincidente, tratarlo adecuadamente.
- Retomar actividades abandonadas, que sean gratificantes.
- Rechazar pensamientos negativos (¡¡y contacto con gente tóxica!!)
- Reconstruir la comunicación con amigos verdaderos y la relación de pareja, siempre que sea equilibrada y gratificante.
- Repasar lo hecho (fomenta la autoestima), porque ayuda a...
- Recordar (lo por hacer), Reordenar (lo ya hecho) y Repetir (lo conveniente).

- Reevaluación con Regularidad, Racionalizando, los fármacos que se toman: pueden alterar la memoria, la concentración, producir cansancio, dar inestabilidad, mareo u ortostatismo. De fármacos no saben los familiares, amigos ni conocidos. Tampoco lo que se anuncia por radio o TV es válido, habitualmente.

### D. JAVIER CALVO CATALÁ: (reumatología)

No es aconsejable recurrir a medicinas alternativas que nos ocasionen gasto, ya que con los datos de que disponemos, no podemos recomendar con evidencias científicas ninguna de estas técnicas.

Algunos pacientes pueden mejorar, como con cualquier otra opción, pero insistimos, sin evidencias científicas.

Sobre todo deben rechazarse si se precisa realizar un importante gasto. *Cuidado en este sentido con las página Web que nos brinden soluciones con costo económico.*

### D. JOSÉ MIGUEL LÁINEZ ANDRÉS: (neurología)

#### Medicinas y Técnicas Alternativas:

Globalmente existen pocos datos científicos que las soporten, si bien individualmente hay pacientes que se sienten mejorados con algunas de estas técnicas:

- Acupuntura: no hay evidencia para su recomendación o no, aunque ha habido algún estudio que ha mostrado datos positivos. Si el paciente nota mejoría no hay razón para que no lo utilice.

- Homeopatía: tampoco hay suficiente evidencia para recomendarla debido a las importantes limitaciones de los ensayos clínicos.
- Balneoterapia: Existe una evidencia limitada en la efectividad de los baños, ya que parece que su efecto puede durar hasta 6 meses, lo cual es una limitación en una patología crónica.
- Masaje: Aunque diversos estudios muestran un efecto favorable del masaje a corto plazo, hay limitada evidencia para recomendar el de forma sistematizada el masaje en los pacientes con fibromialgia

### DR. MANUEL MARTÍNEZ-LAVÍN: (reumatología y cardiología)

En el tratamiento de muchas enfermedades convencionales, el paciente juega un papel pasivo como consumidor de medicamentos o receptor de intervenciones quirúrgicas. El régimen de la fibromialgia es totalmente diferente. *Para aliviar esta enfermedad, la paciente y sus allegados deben de tomar una postura activa y propositiva.* El elemento más importante para un tratamiento exitoso es, primero, *entender*, para después poder *afrentar* al padecimiento. En el proceso terapéutico, es fundamental la participación de personas allegadas a la paciente. Tales individuos generalmente pertenecen a la familia.

**El tratamiento debe ser individualizado y holístico.**

Individualizado, porque dos pacientes pueden responder de manera diferente, y hasta contraria, a un mismo tratamiento; por lo tanto, es preciso elaborar una prescripción que se ajuste a las particularidades de cada persona.

Holístico, porque hay que entender a cada persona como una unidad biopsicosocial

### M<sup>a</sup> JOSÉ CERVANTES MUÑOZ: (Trabajo Social)

- La familia tendrá que evitar actitudes sobreprotectoras o bien hacer suposiciones sobre lo más conveniente para el paciente. Siempre que sea posible, el enfermo tendrá que implicarse y participar activamente en las decisiones y proyectos familiares.
- El funcionamiento interno de la familia tiene que flexibilizarse al máximo. Será necesario una redistribución de roles, el asumir nuevas obligaciones y creatividad para buscar soluciones frente a situaciones conflictivas.

### MARÍA MARTÍ PUERTES: (Fisioterapia)

#### Tratamiento Fisioterápico Complementario:

- Tratamiento localizado:  
Electroacupuntura, crioterapia (terapia con frío), TENS (corrientes analgésicas), termoterapia (terapia con calor), terapia manual en puntos gatillo y masoterapia con estiramientos.
- Tratamiento globalizado:  
La balneoterapia, el masaje relajante, hidroterapia (terapia física en piscina), cinesiterapia (terapia de la movilidad articular), higiene postural y la relajación en agua.
- Tratamiento fascial:  
Movilización del sistema fascial (cubre la musculatura) mediante terapia manual y masaje.

### ALEJANDRA MARTÍN FERNÁNDEZ: (psicología)

El tratamiento psicológico de corte **cognitivo-conductual** (aquel que incide en las conductas y pensamientos del paciente) ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de la fibromialgia.

Existen **tratamientos pasivos** (fármacos, masajes, acupuntura, etc.) en los que el sujeto no tiene que hacer nada, esos tratamientos pueden tener efectos beneficiosos a corto plazo, pero a largo plazo pierden efectividad. En la terapia psicológica el sujeto es **activo** (tiene que ser él quien modifique sus hábitos, sus conductas, sus emociones, etc.), y aunque los cambios son lentos a corto plazo; a largo plazo son duraderos y fortalecen la autoestima del sujeto. El paciente adquiere unas conductas de afrontamiento que formarán parte de su repertorio y en cualquier momento podrá utilizarlas, sintiéndose más autoeficaz para hacer frente al dolor y a sus consecuencias negativas.

#### AUTORES:

- Dr. Bixquert Jimenez Miguel Angel. *Medicina Digestiva.*
- Dr. Calvo Catalá Javier. *Reumatología.*
- Dr. Láinez Andrés José Miguel. *Neurología.*
- Dr. Martinez.Lavin Manuel. *Reumatología. Instituto Nacional de Cardiología de México.*
- Cervantes Muñoz Dña.M<sup>a</sup> José. *Trabajo Social.*
- Marti Puertes Dña.María. *Fisioterapia.*
- Martín Fernández Dña.Alejandra. *Psicología.*





*Dña. Alejandra Martín Fernández.  
Psicóloga Clínica y máster en  
Terapia de Conducta*

## El dolor crónico

### PREGUNTAS SOBRE EL DOLOR

#### “Que produce el dolor?”

El organismo tiene mecanismos que nos protegen del dolor, si no fuera así sentiríamos constantemente nuestros músculos y articulaciones, se cree que en la Fibromialgia estos mecanismos no funcionan bien, por lo cual percibimos más el dolor

#### “Cómo es el dolor en la Fibromialgia?”

El umbral del dolor se encuentra reducido en la fibromialgia, esto significa que todo duele más, incluso los estímulos no dolorosos, como por ej. las caricias (alodinia). Existe además una hiperalgesia, es decir, que duele más cualquier estímulo, por ejemplo un pellizco puede resultar más doloroso del normal.

El dolor puede ser profundo, se origina en los tejidos más profundos (articulaciones, vísceras, ligamentos, tendones y músculos), es un dolor sordo y difuso, que se complica si va acompañado de contractura. Aunque también puede ser superficial, se encuentra en zonas más externas de la epidermis y se activa con un simple rozamiento.

¿Por qué si tengo mucho de dolor tengo que ir al psicólogo, estoy loca?”

Los trastornos de dolor crónico producen síntomas psicológicos como la ansiedad o la depresión, porque vivir día en día con el trastorno hace que nuestra vida se vuelva más complicada y que muchas veces nos supere.

Tenemos que recordar que el dolor es una de las situaciones más aversivas que existen y además hay que añadir sus molestos síntomas secundarios.

El psicólogo te va a enseñar cómo mejorar tu estado anímico, como disminuir tu ansiedad y equilibrar la actividad y el descanso y de manera indirecta, mejorar tu dolor. Además el tratamiento psicológico te ayudará a aceptar lo que te ocurre y que aprendas a vivir con el dolor.

#### “Por qué dicen que el dolor se somatiza, que es psicológico? Yo tengo mucho de dolor y es real.

El dolor siempre es una experiencia subjetiva, dos personas llevarán el mismo dolor de diferente manera, incluso la misma persona en una ocasión puede soportar un dolor que en otro momento le invalida totalmente. La mente (el psicológico) y el cuerpo (somático) tienen mucha relación. Si tu cuerpo está mal por un dolor crónico estás mal psicológicamente y a la inversa.

Los factores psicológicos (tu estado de ánimo, tu nivel de ansiedad, la irritabilidad, etc) modulan el dolor, pero todo tipo de dolor, un dolor agudo (ej. Un dolor de muelas) y un dolor crónico como la Fibromialgia. Imagina un dolor muy fuerte de cabeza, lo llevarás peor si vas al hospital a visitar un enfermo que si es el día de tu cumpleaños. Que el dolor sea psicológico no significa que sea simulado



## TERAPIA PSICOLÓGICA PARA HACER FRENTE AL DOLOR

Sobre de la importancia del tratamiento psicológico en el tratamiento de la FM y el papel de la persona afectada, Alejandra nos dice:

“Los síntomas psicológicos (ansiedad y depresión) forman parte de los síntomas secundarios de la fibromialgia. Son comunes a un gran número de afectados y cronifican y agravan el cuadro. Por ese motivo su tratamiento es fundamental para el funcionamiento global del paciente y para su adherencia a otros tratamientos (por ejemplo, farmacológicos).

La vida de una persona que sufre fibromialgia cambia con la dolencia. Todas las áreas vitales del sujeto: familia, trabajo, pareja, amigos, etc., se ven afectadas. Por este motivo la labor del psicólogo es hacer que el paciente encuentre su camino, que entienda lo que le ocurre y que sepa como cambiar su vida.

En la terapia psicológica el sujeto es Activo (tiene

que ser él quien modifique sus hábitos, sus conductas, sus emociones, etc.), y aunque los cambios son lentos a corto plazo; a largo plazo son duraderos y fortalecen la autoestima del sujeto.

Cuando aparece un trastorno crónico el afectado puede pasar por distintas fases:

- La negación: “esto no me puede ocurrir a mí”
- La rabia: “no es justo”
- La tristeza: “es terrible no podré vivir así”
- Y finalmente la aceptación: “tengo que aprender a vivir con la fibromialgia”





*Dña. Alejandra Martín Fernández*  
*Psicóloga Clínica y máster en*  
*Terapia de Conducta.*  
*Psicóloga de Avafi*

## *Fibromialgia: 28 pasos para estar mejor*

Alejandra, nos sugiere estas 28 pautas, 28 pasos para que nos sintamos mejor. No es necesario correr, pero paso a paso, llegaremos.

### **28 PASOS PARA ESTAR MEJOR.**

1. Ve despacio, respira y sonríe.
2. Tómate las cosas con más sentido del humor, incluso riéte de ti mismo de vez en cuando.
3. Conoce tu enfermedad y así evitarás el catastrofismo o la resignación.
4. Asóciate, estarás apoyando a tu colectivo y encontrarás un sitio en el que sentirte comprendido y aprender cosas de tu trastorno.
5. Trata de ser más independiente y ...
6. ...pide ayuda cuando lo necesites, sin sentirte culpable.
7. Realiza al menos una cosa que te guste al día, por pequeña y tonta que parezca: mira una revista, pon la radio, cose algo, auto-regálate, etc.
8. Reinvéntate, cambia algo, lo que sea, tu peinado, tus muebles, etc., pero lucha contra la rutina y el aburrimiento.
9. Sé más asertivo y defiende tus derechos y necesidades sin pisar los del otro ni dejarte pisar.
10. Planifica tus tareas de forma escalonada y por pequeños objetivos, pero siendo muy flexible (si un día no puedes hacerlo no pasa nada).
11. Centra tu atención lo máximo posible en lo que haces en cada momento, aunque sea barrer. Y no hagas varias cosas a la vez.
12. Se menos perfeccionista, sigue la máxima: “Hago lo que puedo sin llegar a extremos”.
13. Se más positivo, fijate en las cosas buenas que te ocurren o en lo que haces en el día y no en lo que te queda por hacer.
14. No te desesperes con los altibajos, son normales en un trastorno de dolor crónico.
15. Sé empático con los demás y no estés tan centrado en tu dolor.
16. No te compares con el que eras: “Soy el que soy, no el que era o el que seré”
17. Mírate al espejo a menudo y cuida tu aspecto personal.
18. Busca el apoyo social: llama a un amigo, queda a tomar un café, chatea por internet, etc., recuerda que somos animales sociales que necesitamos sentirnos queridos e integrados en un grupo y la fibromialgia nos puede hacer sentir aislados.

19. Mejora tu sueño, revisa y cambia los hábitos de higiene del sueño que puedan ser perjudiciales: acuéstate y levántate cada día a la misma hora, practica relajación, etc.
20. Reduce tus fármacos en la medida de lo posible, o toma las dosis adecuadas, no te automediques ni los suprimas de golpe, siempre con el asesoramiento de un médico.
21. Practica la relajación a diario notarás como automáticamente tus músculos dejarán de tensarse y contracturarse y además podrás controlar tu ansiedad mejor.
22. Practica ejercicio de forma moderada y recuerda que con la fibromialgia no es “a más mejor”, sirve cualquier tipo de ejercicio: caminar, nadar, etc., pero pon en marcha tu cuerpo o sentirás que se atrofia y pierdes masa muscular.
23. Controla tu ira, no te dejes llevar por la rabia, ya que eso aumentará tu dolor y te alejará de los que más quieres. Si te notas alterado, respira y cuenta hasta diez antes de decir las cosas, o sal fuera de la habitación (tiempo fuera) para calmarte y poner un poco de distancia.
24. Cambia tu alimentación, disminuye el exceso de peso y toma alimentos adecuados para controlar el dolor y la inflamación.
25. Explica lo que te ocurre y no te avergüences de tu enfermedad.
26. Haz frente a tus problemas de forma activa, realiza los cambios en tu vida que sean necesarios (familia, trabajo, amigos, etc.) sin miedo, y paso a paso.
27. Acepta la fibromialgia, no luches contra ella, no es tu enemigo, haz que forme parte de tu vida, escucha a tu cuerpo y cuidalo.
28. No olvides nunca que eres un ser único y maravilloso, que nadie te haga sentir pequeño. Quiérete, conócete y acéptate tal y como eres.

*Si no sabes cómo hacerlo consulta con tu psicólogo/a, él/ella te dará las pautas a seguir*





**Dr. David Martínez-Rubio**  
Doctor en Psicología



**Dra. Raquel Costa Ferrer**  
Doctora en Psicología

## ¿Qué es el *mindfulness*? Beneficios en pacientes afectados de fibromialgia

El término *mindfulness* resulta cada vez más familiar. Quizá lo hayamos oído en el ámbito de la salud, para el tratamiento de la ansiedad, depresión, dolor, problemas de sueño... o quizá como una herramienta para la prevención del *burnout*, en prevención de riesgos laborales, o en el ámbito de la educación, para niños, adolescentes. En todos estos contextos, es un instrumento utilizado para gestionar mejor el estrés, o un recurso para aumentar el bienestar psicológico o mejorar la calidad de vida de la población en general o simplemente para entrenar nuestra atención, aquello que nos conecta con el entorno, físico y social.

En pocos años, *mindfulness* ha pasado de ser una práctica marginal, asociada a contextos espirituales, a estar presente en las mejores revistas científicas y congresos del mundo, generando un impacto social difícil de pronosticar hace un par de décadas.

Según Cebolla y Campos (2016), esta revolución se debe a varios factores. En primer lugar, las investigaciones han mostrado que puede ser una terapia altamente eficaz. Por ejemplo, en 2015 la prestigiosa revista *The Lancet*, publicaba un es-

tudio demostrando la eficacia de la MBCT (Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness*; Kuyken et al., 2015) para la prevención de recaídas en depresión. El segundo factor se debe a la demanda social, en un mundo cada vez más tecnológico, multitarea, en el que se busca la inmediatez; encontramos más personas que buscan con urgencia espacios de calma, serenidad y autocuidado. Este hecho, ha favorecido un acercamiento hacia prácticas de tipo contemplativo. El tercer factor, tiene que ver con la revolución pedagógica, sobre cómo transmitir y adaptar protocolos y enseñanzas.

### ¿Qué es realmente *mindfulness*?

El término *mindfulness* se traduce como <<atención plena>>, <<consciencia plena>> o <<estar atento>> y, como indican García Campayo y Demarzo (2018) tendría, al menos, dos significados:

1. **Un estado de la mente:** El significado más habitual de *mindfulness* como estado, implica la consciencia que emerge al prestar atención de forma deliberada al momento presente y sin juicio (Kabat-Zinn, 2009). En este caso, las actitudes son un elemento característico, des-



tacando la curiosidad, la apertura y la aceptación hacia el objeto de observación. Se halla presente en todos los individuos, en mayor o menor intensidad, y aparece en la población siguiendo una distribución normal de U invertida.

Respecto a *mindfulness* como rasgo, se refiere a una capacidad relativamente estable, y que se puede entrenar. Describe al individuo cuya personalidad suele adoptar una actitud de aceptación, centrada en el presente hacia la propia experiencia (Baer et al., 2008). Actualmente, se suele hablar más de rasgos como la observación, la descripción, la aceptación, la tendencia a actuar con consciencia o la no-reacción en vez del más general “*mindfulness*”.

En este sentido, los individuos que tienen más desarrollada la habilidad de *mindfulness*, se centran con más facilidad en lo que están realizando, disfrutan de lo que están viendo, haciendo o experimentando en el momento presente, sin que su mente divague en exceso, pensando acerca del pasado o del futuro. Un ejemplo sería comer mientras prestamos atención a todas las sensaciones relacionadas con la experiencia directa de comer (olor, sabor, movimientos y sonidos al masticar) o comer de manera rápida y automática sin ser consciente de estas sensaciones, incluso, distraídos viendo la televisión.

2. **La técnica psicológica que permite desarrollar *mindfulness*:** *mindfulness* es una psicoterapia de tercera generación. Aunque algunos de sus términos y técnicas provienen de las tradiciones religiosas orientales, específicamente del budismo, en el mundo científico *mindfulness* es una técnica secular, y posee una sólida base empírica.

Uno de los sucesos más importantes para el desarrollo de *mindfulness* en occidente fue en 1979, el desarrollo del programa de reducción de estrés basado en atención plena [MBSR] (Mindfulness-Based Stress Reduction) (Kabat Zinn, 1982). Posteriormente se han desarrollado otras técnicas y protocolos terapéuticos basados en *mindfulness* del que cabe destacar la Terapia cognitiva para la depresión basada en *mindfulness* [MBCT] (Mindfulness Based Cognitive Therapy) por su relevancia clínica, siendo uno de los protocolos con mayor evidencia empírica en el tratamiento psicológico de la depresión.

## ¿Cómo funciona *mindfulness*?

Para describir cómo funciona la práctica de *mindfulness* Hölzel et al. (2011) identificaron cinco mecanismos de actuación: (1) control atencional, (2) conciencia corporal, (3) regulación emocional, (4) revalorización y exposición, y (5) un cambio en la perspectiva del self.

El primero de los mecanismos es el **control atencional**. Este es el primer nivel de interacción al iniciar la práctica (cuando llevamos la atención al aire entrando o saliendo de la nariz) y, supone la primera dificultad (por ejemplo, para retener la atención en un punto elegido, divagación mental). Mediante las tareas experimentales, la atención mejora de manera clara tras un entrenamiento protocolizado de *mindfulness* (Tang, Hölzel, & Posner, 2015) y, de hecho, el esfuerzo atencional es muy alto al inicio del entrenamiento, reduciéndose conforme aumenta el número de horas de práctica (Tang, Yang, Leve, & Harold, 2012).

En esta primera fase, la instrucción básica que guía las distintas prácticas hace énfasis en llevar la atención a la respiración o al cuerpo y mantenerla hasta que, inevitablemente, se aleje, y es entonces cuando se trabaja en conseguir que regrese el foco de atención a la práctica (por ejemplo, a la respiración o al cuerpo) con una actitud de amabilidad. Este “ir y venir” supone el punto de partida y el núcleo de la práctica en los entrenamientos de *mindfulness*.

El segundo mecanismo es el de **conciencia corporal**, un proceso dinámico e interactivo por el que se perciben los estados, procesos y acciones que suceden en el cuerpo tanto a nivel interoceptivo como propioceptivo (por ejemplo, sentir los latidos del corazón o el contacto de los pies con el suelo), que pueden ser observados por uno mismo (Mehling et al., 2005).

El cuerpo en *mindfulness* es un espacio de observación de la experiencia. La observación momento a momento se hace sobre la experiencia que surge en el cuerpo y, tanto la respiración como las distintas sensaciones que aparecen, se utilizan como anclaje de la atención para regresar al aquí y ahora.

El tercer y cuarto mecanismo son la **revalorización y exposición**, dos formas de la regulación emocional, entendida como un conjunto de procesos mediante los que influimos en nuestras emociones y en cómo las experimentamos y expresamos (Gross, 1998). Concretamente desde las terapias basadas en *mindfulness* se proponen dos estrategias de regulación emocional, la revalorización y la exposición.

La **revalorización** hace referencia al proceso de adaptación a través del cual los eventos estresantes son reconstruidos como beneficiosos, significativos o benignos (por ejemplo, pensar que uno va a aprender algo de una situación difícil; Garland, Gaylord, & Fredrickson, 2011). Además, durante la meditación nos exponemos a todo lo que está presente en el campo de la conciencia, incluyendo estímulos externos, sensaciones corporales y experiencias emocionales, observando estas experiencias sin alterarlas o reaccionar a ellas, en eso consiste la **exposición**. Por tanto, atender a las emociones o sensaciones desagradables desde esta actitud genera a largo plazo una mayor capacidad de regularlas.

En este punto del aprendizaje las instrucciones básicas radicarán en facilitar estas dos estrategias de regulación. Para la revalorización nos centraremos en generar nuevas formas de reaccionar a las emociones a través de “no juzgar” y aceptar la experiencia, mientras que para facilitar la exposición, extinción y reconsolidación fomentaremos el tomar distancia de las experiencias que sucedan en la conciencia, observando sin reaccionar a la experiencia interna.

En quinto lugar, se profundiza en los **cambios en la perspectiva del self**. Cuando aumenta la conciencia interna a través del entrenamiento, los meditadores informan de una mayor capacidad y claridad para observar los procesos mentales (MacLean et al., 2010), que facilita la observación de cómo los procesos mentales aparecen y desaparecen, consolidando la idea de que el contenido mental es transitorio y está en constante cambio (Hölzel et al., 2011), permitiendo el desapego o desidentificación de los contenidos de la conciencia. Es lo que algunos autores, llaman “repercepción” o “descentramiento” (Carmody, Baer, Lykins, & Olendzki, 2009; Fresco et al., 2007; Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006).

Estos mecanismos siguen un orden y cada uno es esencial para explicar los otros. El control atencional se lleva a cabo sobre todo sobre la conciencia

corporal y es observando esta conciencia cuando surgen las emociones y el trabajo de regulación de las mismas a través de la atención y el cuerpo lleva a modificar la perspectiva del yo, generando una perspectiva metacognitiva y descentrada.

### ¿Cómo practicar?

Según Demarzo y Cebolla (2015), en el ámbito científico, se divide la forma de practicar *mindfulness* en dos tipos, la práctica formal, basada en técnicas de meditación, y la práctica informal, basada en llevar esa cualidad de atención al presente en actividades cotidianas.

Respecto a la primera, conviene aclarar que a pesar de que frecuentemente se confunde *mindfulness* con meditación, no son exactamente lo mismo. La meditación incluye muchas prácticas, pero no todas tienen como objetivo aumentar o entrenar la capacidad de *mindfulness* o atención plena.

Por tanto, *mindfulness* no es lo mismo que meditación, es decir, que se puede meditar sin hacer *mindfulness*, y se puede hacer *mindfulness* sin hacer meditación formal. La meditación, por tanto, se entiende como una técnica idónea que ayuda a entrenar la capacidad y habilidad de *mindfulness*, pero el objetivo de un entrenamiento en *mindfulness* no es la propia meditación per se, ni convertir a los participantes en meditadores de por vida, sino el incremento de la capacidad o habilidad de esta cualidad de la atención.

La práctica formal, normalmente, se inicia tomando una postura cómoda en un cojín (zafu), sentados en una silla, en un banco de meditación o tumbados, y llevando la atención a la sensación física del aire entrando por la nariz, al abdomen elevándose, al cuerpo o a cualquier objeto o fenómeno que suceda en el presente (anclajes de la atención), las sensaciones físicas (respiración o cuerpo) suelen ser el terreno idóneo donde empezar a llevar la atención.

Por otro lado, las técnicas informales se refieren a un proceso muy similar al de las formales, solo que, en lugar de hacerlo sentados en un cojín de meditar, se llevan a cabo sobre eventos cotidianos (lavarse las manos, pasear, comer, etcétera). Es decir, simples ejercicios de toma de conciencia, observación de los sentidos y atención a lo que sucede en el presente mientras realizamos estas actividades. Desde el punto de vista clínico, el objetivo real de toda intervención que se basa en el entrenamiento de *mindfulness* es el asentamiento

de la práctica informal en los usuarios, y para esto se utiliza la práctica formal.

### Contextos de aplicación

*Mindfulness* es una herramienta que se puede utilizar, al menos, en tres contextos de enseñanza diferentes: (i) el clínico, dirigido a personas que presentan un diagnóstico médico o psiquiátrico y que quieren curar o mejorar una enfermedad específica (depresión, ansiedad, dolor crónico). (ii) contexto psicoeducativo (entorno escolar, organizacional o de crecimiento personal), la práctica va dirigida a la población general. Son personas que no tienen ningún diagnóstico clínico y que buscan mejorar su salud y su bienestar psicológico (disminuir rumiaciones, afrontar mejor las situaciones adversas o regular mejor las emociones). (iii) contexto espiritual, la práctica va dirigida a personas, sanas, o no, que persiguen el desarrollo espiritual. Tradicionalmente es el único contexto de enseñanza y con pedagogías basadas en las diferentes tradiciones religiosas, generalmente del entorno budista e hinduista. En este nivel suele trabajarse aplicando el *mindfulness* no sólo el contenido de la mente, sino el propio funcionamiento de la mente.

### Beneficios en salud general

Se ha demostrado que las intervenciones basadas en *mindfulness* son efectivas en el tratamiento de la ansiedad (Green & Bieling, 2012; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010; Khoury et al., 2013), riesgo de recaída en depresión (Kuyken et al., 2008; Teasdale et al., 2000), síntomas depresivos actuales (Strauss, Cavanagh, Oliver, & Pettman, 2014), estrés (Chiesa & Serretti, 2009), dolor crónico (Grossman, Tiefenthaler-Gilmer, Raysz, & Kesper, 2007), mejora de la calidad de vida (Godfrin & van Heeringen, 2010; Kuyken et al., 2008), síntomas psicológicos en pacientes con cáncer (Ledesma & Kumano, 2009), mejora del bienestar psicológico (Chiesa and Serretti, 2009; Gu et al., 2015; Khoury et al., 2013; Visted et al., 2015). No obstante, algunos estudios han encontrado efectos adversos, tales como incremento en la ansiedad o emocionalidad negativa en las fases iniciales de la práctica.

### Beneficios en fibromialgia

Existen cada vez más evidencias de que las intervenciones basadas en *mindfulness* son efectivas para tratar el dolor, la depresión y problemas de salud en adultos como la fibromialgia y otras condiciones de dolor crónico (Bawa et al., 2015; Brooks et al., 2015, Grossman et al., 2004; Pleman et al., 2019, Sephton et al., 2007; Song et al., 2014). De manera más específica, en fibromialgia se han descrito diversos beneficios de las intervenciones basadas en *mindfulness* (MBIs). En concreto, los niveles altos de *mindfulness* se asocian con menor interferencia del dolor, menor impacto de la fibromialgia y mejor salud psicológica, así como con mejores habilidades de afrontamiento y mayor calidad de vida relacionada con la salud mental (Pleman et al., 2019; Bawa et al., 2015). En general, actuaría como factor protector contra los efectos negativos del estrés y la depresión (Brooks et al., 2015).

En conclusión, actualmente la práctica de *mindfulness*, aparece como una herramienta útil y beneficiosa tanto en población general como personas con diversas patologías, mejorando la calidad de vida y actuando como un factor de protección y bienestar.

Para saber más:

García-Campayo, J., & Demarzo, M. (2018). *¿Qué sabemos del mindfulness?*. Editorial Kairós.

Kabat-Zinn, J. (2016). *Vivir con plenitud las crisis (Ed. revisada y actualizada): Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para enfrentarnos al estrés, el dolor y la enfermedad*. Editorial Kairós.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2015). *Terapia cognitiva basada en el mindfulness para la depresión*. Kairós.





## *Papel del trabajador social en el abordaje de la fibromialgia*

*Dña. Mª José Cervantes Muñoz  
Diplomada en Trabajo Social  
Trabajadora Social de Avafi.*

*“El doctor está entrenado para que en sus estudios médicos pueda concentrarse en un campo restringido y estudiado minuciosamente. El Trabajador Social, está entrenado para mantener los ojos abiertos en cada aspecto de la vida”*

*Dr. Richard C. Cabot, 1915*

**¿Qué es lo primero que viene a la mente cuando pensamos en el trabajo social?. AYUDA.**

Eso es exactamente lo que Coque, trabajadora Social de Avafi, ofrece todos los días para los pacientes y sus familias y así nos lo cuenta:

Si hay una profesión dentro de las Ciencias Sociales con un campo de actuación amplio esa es el Trabajo Social. Además de ser prácticamente ilimitada, en el campo social es difícil de definir o discernir qué es lo que entra en él y qué no.

Coque nos dice:

«No obstante, lo que pretendo dentro de Avafi, es ayudar a la persona a desarrollar sus capacidades para que puedan resolver sus problemas diarios, movilizar recursos sociales y personales para provocar un cambio positivo en la situación planteada; lo primero a romper es la idea de entrar en la Asociación para solucionar o para que le solucionen una situación que de momento no cuenta con soluciones puras.

Se trata de ser lo más real posible con la persona (tanto con el enfermo como con el familiar) que llega hasta AVAFI., y sobre todo se pide la colaboración de esa persona, tratando de romper el vicio de que “bastante cruz tengo ya y alguien tiene que solucionarme el problema”. Sin el trabajo y la colaboración del interesado poco o nada se puede hacer.

La atención individual, va dirigida a conocer a la persona afectada para identificar sus necesidades, así mismo, analizo y valoro su situación personal y ofrezco apoyo emocional, así como un refuerzo de la autoestima, Del mismo modo, informo sobre diversos aspectos que ayuden a la mejora de la calidad de vida del afectado, en diversas actividades culturales, de ocio, deportivas, así como también facilitar trámites laborales, sociales (discapacidad) y jurídicos.

En cuanto a la atención a las familias, intento ofrecer apoyo a sus necesidades, así como facilitar el diálogo.

Mi posición, en la Asociación, es la de ser el enlace entre la situación planteada y la realidad social. Entrando en contacto constante con ambas, se trata de apoyarlas para la búsqueda conjunta de soluciones o de cambios positivos de las situaciones planteadas.

La función de concienciación social sobre la problemática que la enfermedad genera, es otro de los objetivos a cumplir desde este servicio. Se trata de contactar con los diversos medios de Comunicación Social y de romper poco a poco con el miedo que generalmente, por desconocimiento, produce la enfermedad primeramente en la familia y en consecuencia en la sociedad.»

**El abordaje de la fibromialgia**, requiere de una intervención interdisciplinar de los profesionales para poder afrontar adecuadamente el abanico de situaciones que pueden surgir.

**El trabajador social** debe ayudar a las personas a desarrollar sus capacidades de manera que puedan resolver los problemas de la vida cotidiana, debe proporcionar apoyo al o a la paciente, a la familia y al equipo de atención primaria.

El papel del trabajador/a social con respecto a la **atención individual** debe ir dirigido a:

- Conocer de manera directa a la persona afectada de fibromialgia.
- Identificar sus necesidades.
- Facilitar la expresión de sus sentimientos.
- Analizar y valorar su situación personal.
- Ofrecer apoyo emocional, refuerzo y potenciar la autoestima.
- Informar y orientar sobre diversos aspectos que ayuden a la mejora de su calidad de vida (actividades culturales, de ocio, deportivas, etc.)
- Informar sobre la existencia de diferentes asociaciones de FM y SFC.
- Facilitar recursos y trámites (laborales, sociales, jurídicos, etc.).
- Apoyar aquellos aspectos de educación sanitaria que el médico de familia y el profesional de enfermería hayan establecido como pauta.

En cuanto a la **atención a las familias**, el papel del trabajador/a social debe dirigirse a:

- Ofrecer apoyo a sus necesidades.
- Facilitar el diálogo intrafamiliar.
- Proporcionar información y orientación sobre los diferentes aspectos que puedan facilitar la relación y convivencia con personas afectadas por estas enfermedades.
- Apoyar aquellos aspectos de educación sanitaria que el médico de familia y el profesional de enfermería hayan establecido como pauta.

Una de las grandes causas de crisis en una familia, es el hecho de que alguno de sus miembros padezca una enfermedad crónica o incapacitante que implique limitaciones y requiera ser cuidado. Las dificultades serán diferentes dependiendo de cuál sea la persona afectada, de sus funciones en la familia y del tipo de enfermedad. Las dificultades en su evaluación, tratamiento y su falta de entendimiento, determinan sin duda, un elevado sufrimiento individual y familiar.

Hay problemáticas importantes - las que si no son tenidas en cuenta se agravan- que requieren de la atención conjunta del grupo familiar, para asesorarlo, ayudarlo y que tenga una más adecuada percepción del problema, implemente los procesos de cambio necesarios, y acceda a una mejor organización para alcanzar sus objetivos, uno de los cuales es la salud.

Parece también evidente que la familia es una importante fuente de recursos para dar respuesta a las problemáticas que presenta la salud y para el mejoramiento de la calidad de vida en general: tiene la capacidad de ser, para los individuos que la conforman, un **“centro asistencial” permanente y gratuito**.

Las relaciones interpersonales (las del enfermo con su familia y consigo mismo) pueden afectar significativamente la evolución de las enfermedades, su recuperación, la forma de percepción y manejo del dolor. Los patrones de interacción pueden favorecer o entorpecer el correcto cumplimiento de los tratamientos médicos.

Los pacientes siempre van a consulta “con” su familia. Es decir que, aunque vayan solos, llevan auestas los procesos interpersonales en los que están inmersos, a los cuales se va a incorporar la indicación médica.

A menudo la enfermedad de un miembro de una familia, implica un significativo cambio de hábitos, una importante reorganización de la vida personal y familiar, y una gran angustia acompaña este proceso, la que dificulta la necesaria reorganización.

Hay que dejar de lado la vieja, pero aún vigente división: cuerpo/ mente/ familia, y reemplazarla por un modelo bío-psico-social.

### Recomendaciones para el paciente:

- Es bueno hablar sobre la enfermedad; fingir que no está pasando nada, no ayuda a enfrentarse con la crisis. Es importante discutir la enfermedad y sus efectos sobre la familia y sobre cada miembro en particular.
- Cada uno tiene que aceptar como válido la forma de sentir y de pensar de los demás integrantes, aunque no esté de acuerdo con lo que supuestamente espera la mayoría.
- Es necesario asegurarse que todos los integrantes de la familia comprenden bien en que consiste la enfermedad, incluyendo los más pequeños, ¡TODOS! De esta manera, habrá más unión y comprensión.
- El paciente tiene que estar abierto a la expresión y discusión de sus necesidades y limitaciones, sin caer en el error de evitar exponerlas creyendo que de esta forma ahorra dificultades y sufrimientos a su familia.
- Permita que su familia sepa lo importante que es para usted cada uno de ellos. Compartir estos sentimientos, puede crear nuevas fuerzas para acompañar el proceso de esta enfermedad.
- Si su vida sexual también se ha resentido, hable sinceramente con su pareja sobre el problema, sobre las limitaciones de su energía y de las alternativas. Permita que sepa lo que significa para usted la atención física: las caricias, abrazos y besos, son recuerdos tranquilizadores para su pareja.

### Recomendaciones a los familiares:

- Será muy beneficioso para el paciente, al igual que para la familia, poder expresar los sentimientos y emociones abiertamente, no solamente a través de las palabras sino también con actitudes. No piense que los demás saben cuánto les quiere, demuéstreselo con gestos de afecto. Comunique sus emociones y exprese esperanza.
- La familia tiene que otorgar las mismas oportunidades de expresión a todos y cada uno de sus miembros. Mantener el canal de comunicación abierto puede ayudar a evitar conflictos eventuales.
- Tendrán que ser comprendidas y respetadas las emociones y necesidades de todos los miembros de la familia y no solamente los del paciente. Para poder cuidar al miembro enfermo de la familia, cada uno tiene que considerar prioritario su bienestar personal en armonía.
- La familia tendrá que evitar actitudes sobreprotectoras o bien hacer suposiciones sobre lo más conveniente para el paciente. Siempre que sea posible, el enfermo tendrá que implicarse y participar activamente en las decisiones y proyectos familiares.
- El funcionamiento interno de la familia tiene que flexibilizarse al máximo. Será necesario una redistribución de roles, el asumir nuevas obligaciones y creatividad para buscar soluciones frente a situaciones conflictivas.

### Conclusión

«He intentado hablar un poco de la familia y la enfermedad crónica, como lo es, por el momento, la Fibromialgia. Para finalizar me gustaría puntualizar que las familias son normalmente sanas y utilizan sus recursos propios para adaptarse a situaciones de estrés como la enfermedad crónica en un miembro de la misma, y es todo el sistema familiar el que se moviliza en búsqueda de una adaptación funcional en términos de salud. Ocasionalmente, el paciente y la familia pueden tener dificultades en encontrar los recursos que tienen, para realizar los cambios necesarios para una nueva situación, y puede ser necesaria la ayuda de un profesional para reencontrar los mismos y entrar de nuevo en una situación de equilibrio biológico, psíquico y social»

Coque

# La Asociación.

## AVAFI



Asociación Valenciana de  
Afectados de Fibromialgia  
DECLARADA DE UTILIDAD PÚBLICA

Avafi es la Asociación Valenciana de Afectados de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica y cuyo ámbito de actuación abarca la Comunidad Valenciana.

Podrán formar parte de Avafi todas las personas físicas y jurídicas que, libre y voluntariamente, tengan interés en el desarrollo de los fines de la asociación con arreglo a los principios que constan en los estatutos: (artículo 6)

Hay socios/as que padecen una o ambas enfermedades y también que no las padecen, pero que son personas asociadas voluntarias, colaboradoras.

**Todas las personas asociadas, tengan o no las enfermedades gozan de los mismos servicios, derechos y deberes**

Así mismo pueden ser personas voluntarias en la asociación aquellas personas asociadas que manifiesten su deseo de serlo y que pasen un curso de preparación.

En Avafi se trabaja, no solo por concienciar de nuestras necesidades a los colectivos médico, político y social y reivindicar los derechos que como personas y enfermos tenemos, sino también proporcionar a las personas afectadas medios y herramientas para encarar el día con la fibromialgia y/o el síndrome de fatiga crónica todo ello llevado a cabo, voluntariamente, por personas afectadas de una o ambas enfermedades, por lo tanto recuerda... “Avafi somos todas las personas que padecemos fm y/o sfc o que sin padecerlas están asociadas”

Los socios/as colaboran, voluntariamente, en todos los estudios de investigación sobre estas enfermedades, que nos proponen.

En la web [www.avafi.es](http://www.avafi.es) está recogida toda la información que puede ser útil

**La información de la web, [www.avafi.es](http://www.avafi.es), no reemplaza la relación médico/a-paciente, la complementa.**

**Insistimos en NO AUTOMEDICARSE**, aunque aparezcan escritos o testimonios que nombren medicinas





## ¿QUÉ HACER SI QUIERES ASOCIARTE?

Llama por teléfono, pide cita y en una reunión, sin compromiso ni coste alguno, se te informará de las dudas que plantees y cuya respuesta tengamos

Tfno 963 95 97 94

Así pues, aquí está la información que os puede interesar para asociarse.

**Servicios de los que pueden hacer uso las personas asociadas.**

- Psicóloga - Fisioterapeuta - Trabajadora Social
- Servicio de información, orientación y asesoramiento: sobre recursos sociales, incapacidad, discapacidad.
- Servicio de atención psicológica.
- Ejercicios físicos adaptados a la Fibromialgia
- Grupo de voluntariado
- Programas de ocio y tiempo libre. (Balnearios con cuota especial para Avafi, son para la persona asociada y quien la acompañe, mismo precio y mismas condiciones para ambas)
- Servicio de asesoramiento legal (gabinetes de abogados que colaboran)
- Talleres
- Biblioteca

En Avafi, trabajamos de manera multidisciplinar, para intentar mejorar la calidad de vida con nuestros talleres Psicológicos, Físicos y Atención Social. Y actividades diversas en forma de talleres mensuales (teatro, relajación con mandalas, dibujo, mímica, cuentos, manualidades)

NO OBSTANTE, SI YA TIENES CLARO TU DESEO DE ASOCIARTE, SIN NINGUNA CITA PREVIA, SOLO TIENES QUE:

Acudir a la Asociación, en horario de atención con los siguientes documentos, (NO NECESITAS CITA PREVIA)

- Fotocopia D.N.I
- Fotocopia diagnóstico de Fibromialgia y/o Síndrome de Fatiga Crónica
- Fotocopia de la 1ª hoja de la libreta del banco donde se le cargará la cuota al año siguiente de asociarse.
- Si tiene concedida discapacidad o incapacidad, fotocopia del documento que lo indique, (discapacidad siempre que sea 33% o superior)
- 2 fotografías tamaño carnet
- Resguardo del ingreso en cuenta del primer pago para asociarse.
  - NÚMERO DE CUENTA EN LA QUE REALIZAR EL INGRESO DEL PRIMER PAGO:

**BANKIA: ES36 – 2038 – 6229 – 04 – 6000022208**

(La cuota anual en la declaración de Hacienda devuelven el 75% por ser Entidad de Utilidad Pública)

## HORARIO DE ATENCIÓN:

Estamos en Avenida Reino, 66 – 2º 3ª

### Horario.

Lunes a Jueves de 9 a 14 horas.

Lunes y Miércoles de 17 a 19 horas.

### Datos de contacto:

Teléf. 963 959 794 - 963 332 946 - 676 059 829

### e-mail:

avafi.valencia@hotmail.com

avafi.secretaria@hotmail.com



Junta Directiva de Avafi



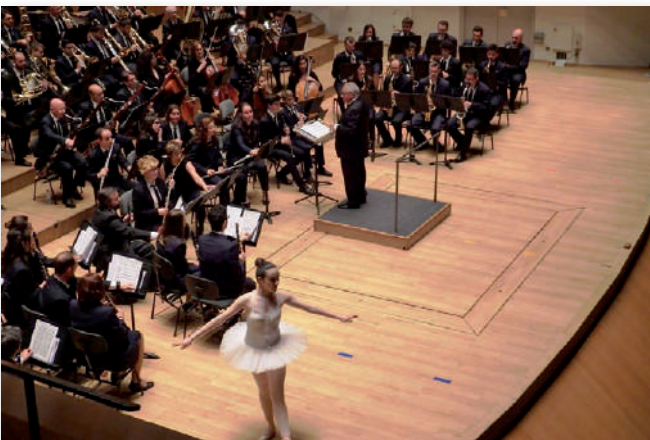
Voluntarias Día Mundial de la FM y SFC



Participació ciutadana: Llibre RELATS



Publicaciones Avafi



Concierto Solidario



II JORNADA DE FM Y SFC organizada por Avafi



Taller de Teatro Avafi

TALLERES



Subvencionada por:



**GENERALITAT  
VALENCIANA**

Vicepresidència i Conselleria  
d'Igualtat i Polítiques Inclusives