

INFLUENCIA DE UN PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LA CALIDAD DE VIDA DE SUJETOS DIAGNOSTICADOS DE FIBROMIALGIA

Estrada N., Munguía D., Legaz A., Serrano E.

Universidad de Zaragoza

Resumen: El objetivo de esta investigación es tener un mejor conocimiento de las funciones que engloban la calidad de vida en sujetos con fibromialgia, y comprobar si dichas funciones mejoran tras la aplicación de un programa de actividad física de 16 semanas.

En el presente estudio participaron un total de 79 mujeres, a las que les fue administrado mediante entrevista directa el cuestionario SF-36.

Tras el estudio se pudo comprobar que los valores registrados en el cuestionario son significativamente inferiores en los sujetos diagnosticados de fibromialgia que en población estándar general, y que el grupo que se sometió al programa de actividad física vio incrementada su percepción subjetiva de la calidad de vida en la mayoría de las funciones contempladas en el cuestionario.

Palabras clave: Fibromialgia, Calidad de vida, SF-36.

INTRODUCCIÓN:

La evaluación de encuestas que integran la percepción del estado de salud de los individuos en actividades de la vida cotidiana ha sido objeto de un creciente interés por parte de la comunidad de investigadores. La rigurosidad psicométrica de los instrumentos actuales ha permitido la incorporación del concepto de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud, y lo ha convertido en la unidad fundamental para la medición de resultados en investigaciones dentro de este campo.

El término "calidad de vida" pretende valorar aspectos de la enfermedad que no son estrictamente clínicos, sino relacionados con la vida diaria del paciente y en qué modo se ve afectada por la presencia de la patología, desde el punto de vista del propio paciente. Lógicamente esa valoración habrá de ser multidimensional y se acepta generalmente incluir, al menos, cuatro dimensiones a evaluar: física, funcional, psicológica y social.

Hay enfermedades que conllevan una gran merma en la percepción subjetiva de la calidad de vida si comparamos los valores con los de la población estándar general, como es el caso de la fibromialgia.

La fibromialgia (FM) es un síndrome de etiología desconocida, que se caracteriza por dolor músculo esquelético difuso, crónico y benigno, de origen no articular de más de tres meses de duración y la objetivación de unos puntos dolorosos en unas áreas anatómicas específicas. Se acompaña habitualmente de sueño no reparador, cansancio generalizado y rigidez matutina. El síndrome fibromiálgico se asocia a toda una constelación de síntomas inespecíficos. Desde mediados del siglo XIX, se encuentran descripciones de síntomas atribuibles a la FM.

El concepto actual se basa en los estudios de Smythe y Moldofsky¹ en los años 70, los cuales describen diferentes puntos anatómicos cuya presión producía dolor intenso en comparación con los controles. En 1990, el ACR publicó los criterios de clasificación para la FM².

Estos criterios no son diagnósticos, debiéndose tener en cuenta otros signos y síntomas, pero facilitan claramente la definición de caso en estudios epidemiológicos. Esta se basa en una definición previa de dolor crónico difuso, seguida de la demostración, en la exploración, de dolor a la presión en al menos 11 de 18 puntos establecidos.

La FM afecta de forma muy significativa a la capacidad funcional y la calidad de vida, independientemente del sexo, la edad y el nivel de estudios.

HIPÓTESIS DE TRABAJO:

En las últimas décadas numerosas investigaciones han demostrado que la actividad física adaptada e individualizada es un tratamiento adecuado para numerosas patologías. La hipótesis de nuestro grupo de investigación implica que un programa de actividad física adaptado aumentará la condición física de las pacientes, el mejor nivel de condición física les permitirá fatigarse menos y poder realizar adecuadamente las actividades cotidianas mejorando su calidad de vida.

MÉTODOS:

SELECCIÓN DE SUJETOS:

Para cumplir los objetivos planteados, se ha incluido en el presente estudio a 79 sujetos, de edades comprendidas entre los 25 y los 62 años. Dada la gran prevalencia de la patología que en este caso nos ocupa entre la población femenina, el 100% de los sujetos investigados pertenecían a este sexo. El estudio ha sido randomizado.

Los 79 sujetos estaban distribuidos en 3 grupos:

- 1- Grupo experimental, formado por sujetos diagnosticados de Fm (n = 33). Este grupo de sujetos llevó a cabo al programa de actividad física. Del presente grupo, un total de 3 sujetos abandonó el programa de actividad física por diversas causas, y un total de 4 sujetos fueron considerados no aptos para el estudio. De esta manera, la muestra total de este grupo está compuesta por 26 sujetos. La edad media de este grupo es de 43 años.
- 2- Grupo de control, formado por sujetos diagnosticados de Fm (n = 31). Este grupo se sometió a las valoraciones en las mismas fechas que el grupo experimental, pero no siguió el programa de actividad física. En este grupo se produjeron 3 abandonos voluntarios, con lo que al final del estudio pasó a estar formado por 28 sujetos. La edad media de este grupo es de 45 años.
- 3- Grupo de control, formado por sujetos no diagnosticados de Fm (n = 15). Forman parte de este grupo sujetos de población general estándar, con una media de edad de 42 años. Este grupo tampoco llevó a cabo el programa de actividad física.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN:

El instrumento empleado para la evaluación de la calidad de vida en el presente estudio es el SF-36 Health Survey^{3,4}.

El SF-36 fue desarrollado durante el Medical Outcomes Study (MOS) para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y puntos de tratamiento. Proporciona un método exhaustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del paciente puntuando respuestas estandarizadas a preguntas estandarizadas. El SF-36 está diseñado para ser autoadministrado, administrado por teléfono, o administrado durante una entrevista cara a cara con encuestados mayores de 14 años⁵. Contiene 36 preguntas y toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse.

El SF-36 fue construido para representar ocho de los conceptos de salud más importantes incluidos en el MOS y otras encuestas de salud ampliamente utilizadas. Estos conceptos son: a) función física (FF), b) rol físico (RF), c) dolor corporal (DC), d) salud general (SG), e) vitalidad (VT), f) función social (FS), g) rol emocional (RE) y h) salud mental (SM).

Dimensión	Significado
Función física	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.
Rol físico	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.
Dolor corporal	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
Salud general	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermarse.
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.
Función social	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
Rol emocional	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
Salud mental	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

La traducción al castellano del cuestionario siguió un protocolo común a todos los países que participan en el proyecto IQUOLA. Se basó en el método de traducción y retrotraducción por profesionales y la realización de estudios piloto con pacientes (Alonso y cols. 1995)⁶. La validez de la versión española fue analizada por Ayuso-Mateos⁷.

ADMINISTRACIÓN DEL CUESTIONARIO:

El cuestionario fue administrado mediante una entrevista directa con los encuestados.

Al grupo 1 (grupo experimental, de pacientes con Fm que llevó a cabo el programa de actividad física) el cuestionario se le administró antes del programa de actividad física y al finalizar dicho programa.

Al grupo 2 (grupo de control, de sujetos con Fm) se le administró el cuestionario en las mismas fechas que al grupo anterior.

Al grupo 3 (grupo de control, de sujetos de población general estándar), se le administró en una única ocasión, de cara a emplear los datos como simple referencia de valores normalizados.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA:

El grupo experimental se sometió a un programa de actividad física de 16 semanas de duración, que dio comienzo en el mes de febrero de 2003 y que concluyó en junio del mismo año.

Cada sujeto recibía un total de 3 sesiones semanales, cada una de ellas de una hora de duración. Se realizaba un seguimiento diario de la asistencia, de manera que aquellos sujetos que faltaron a más de un 10% de las sesiones han sido retirados del presente estudio. También fueron suprimidos del estudio los sujetos que, a pesar de haber asistido de forma regular, no fueron capaces de seguir con normalidad el ritmo de las sesiones.

Descripción de una sesión tipo

Parte de la sesión	Tipo de trabajo
Calentamiento (10 – 15 minutos)	Ejercicios encaminados a la activación tanto física como mental
Parte principal (35 - 40 minutos)	. Aeróbic de bajo impacto (25 – 30 minutos) . Ejercicios de Fuerza resistencia (10 – 15 minutos)
Vuelta a la calma (10 -15 minutos)	Trabajo fundamentalmente de técnicas de relajación (Jacobson, Schultz, control respiratorio...)

Como se puede observar, este programa de actividad física está basado fundamentalmente en el aeróbic de bajo impacto.

La velocidad de la música que se empleaba en el trabajo de aeróbic de bajo impacto era de 120 – 140 beats por minuto, pudiéndose emplear una música de mayor velocidad en el caso de trabajar los pasos a doble tiempo. De las tres sesiones semanales, una de ellas estaba dedicada al trabajo con step. La metodología que se empleaba para progresar en las coreografías era la “adición”. Por otro lado, los ejercicios de fuerza-resistencia que también figuran en la parte principal de la sesión, sólo empleaban autocargas.

A medida que avanzaba, el programa de actividad física fue aumentando la intensidad:

- ✓ Aumento de la velocidad de la música
- ✓ Mayor participación de los brazos en las coreografías
- ✓ Inclusión de menos número de ejercicios de doble tiempo
- ✓ Aumento del número de ejercicios y del número de repeticiones en los ejercicios de fuerza-resistencia.
- ✓ Aumento de las alturas del step
- ✓ Elementos del bloque “A” de la coreografía de mayor intensidad.

RESULTADOS:

Los resultados medios obtenidos en los distintos parámetros del cuestionario SF-36 antes y después del programa de actividad física son los que figuran en la siguiente tabla:

Resultados medios obtenidos con el cuestionario SF-36, antes y después del programa de actividad física

Dimensión de la Calidad de vida	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3
	Pre-programa	Post-programa	Pre-programa	Post-programa	Única valoración
Función física	X = 38.65 SD = 15.59	X = 46.54 SD = 18.09	X = 36.3 SD = 17.67	X = 36.3 SD = 28.28	X = 84.61 SD = 20.25
Rol físico	X = 0.96 SD = 4.90	X = 10.58 SD = 24.67	X = 8.33 SD = 17.67	X = 15 SD = 0	X = 84.61 SD = 28.02
Dolor corporal	X = 18.58 SD = 12.41	X = 29.42 SD = 14.90	X = 19.2 SD = 1.41	X = 22.11 SD = 15.56	X = 76.3 SD = 22.67
Salud general	X = 29.5 SD = 15.66	X = 33.5 SD = 15.76	X = 28 SD = 17.68	X = 34 SD = 7.07	X = 71.76 SD = 19.83
Vitalidad	X = 26 SD = 20.01	X = 29.62 SD = 19.02	X = 24.4 SD = 17.68	X = 24.44 SD = 3.54	X = 68.46 SD = 20.34
Función social	X = 51.44 SD = 28.79	X = 63.94 SD = 24.57	X = 47.7 SD = 26.52	X = 51.39 SD = 8.84	X = 87.5 SD = 19.76
Rol emocional	X = 61.53 SD = 45.89	X = 73.08 SD = 45.23	X = 44.4 SD = 70.71	X = 53.1 SD = 47.14	X = 76.92 SD = 39.40
Salud mental	X = 52 SD = 19.73	X = 61.08 SD = 18.74	X = 50.07 SD = 19.79	X = 56.14 SD = 28.28	X = 73.53 SD = 23.69

Grupo 1 = Grupo experimental (sujetos diagnosticados de Fm que siguen el programa de act. Física).

Grupo 2 = Grupo de control (sujetos diagnosticados de Fm que no siguen el programa de act. Física)

Grupo 3 = Grupo de control (sujetos de población general estándar).

Los resultados del cuestionario se obtienen elaborando el promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario en cada uno de los conceptos de salud mencionados anteriormente. Los resultados están trasladados a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud).

Los porcentajes de mejora de los resultados de la segunda valoración (post-programa de actividad física) con respecto a la primera (pre-programa de actividad física) son los que figuran en la tabla presentada a continuación.

Porcentajes de mejora de los resultados de la primera valoración con respecto a los de la segunda valoración en los parámetros contemplados en el cuestionario SF-36

	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Grupo 1	20.4	1000	58	14	13	24	18.75	17
Grupo 2	0	77.8	15	21.7	3.1	7.77	19.4	12.13

En todas las funciones, los sujetos diagnosticados con Fm, presentan valores muy inferiores a los encontrados en la población estándar general.

CONCLUSIONES

DISCUSIÓN:

El motivo de mejora del grupo 2 (control) es atribuible, entre otras causas, a la época del año en la que fue realizado. Los pacientes diagnosticados de esta patología son muy susceptibles a los cambios de tiempo, y presentan gran tendencia a estados depresivos. La influencia de la época del año en el estado de ánimo de estos pacientes (primera valoración en febrero, realizada en época de frío y lluvias, y segunda valoración en el mes de junio, con buen tiempo) se baraja entonces como la causa más probable de estas mejoras.

Si tomamos globalmente los resultados de este cuestionario, vemos que el grupo 1 mejora en mayor medida que el grupo 2, con lo cual, se puede atribuir esta mejora a la aplicación del programa de actividad física explicado con anterioridad.

La mayor sensibilidad al dolor de las personas diagnosticadas de fibromialgia implica que progresivamente eviten la realización de muchas actividades que habitualmente hacían, perdiendo movilidad, resistencia y fuerza; esta pérdida de condición física hace a su vez que la persona se fatigue antes y no esté capacitada para realizar adecuadamente muchas de las actividades cotidianas. Esta situación se convierte en un círculo cerrado difícil de romper.

Posiblemente la mejora de la condición física, el efecto social y emocional de la actividad física y la influencia que tiene la actividad física sobre la liberación de endorfinas y sobre la regulación del metabolismo de la serotonina (neurotransmisor que regula el dolor) pueden ser la explicación de estas mejoras en la calidad de vida.

CONCLUSIONES:

Podemos concluir entonces que un programa de actividad física como el aplicado en este caso (basado en el Aeróbic de bajo impacto), contribuye a mejorar la calidad de vida de este tipo de sujetos. En este sentido, se puede concluir que la hipótesis de trabajo planteada al comienzo de la investigación se ha cumplido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Smythe H.A., Moldofsky H.,(1977) *Two Contributions to Understanding of the "Fibrositis" Syndrome, Bulletin on the Rheumatic Diseases*; 28(1):928-931
2. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. *The American College of Rheumatology.(1990) criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum*; 33:160-72
3. Ware JE, Sherbourne CD. (1992) *The MOS 36-item short form health survey (SF-36) I. Med Care*; 30: 473-483.
4. McHorney CA, Ware JE, Lu R, Sherbourne CD.(1994) *The MOS 36-item short form health survey (SF-36) III. Tests of data quality scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. Med Care*; 32: 40-66
5. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B (1993) *SF-36 Health Survey. Manual and interpretation Guide. Boston MA: The Health Institute, New England Medical Center.*
6. Alonso J, Prieto L, Antó JM (1995) *La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionarios de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin*; 104: 771-776.
7. Ayuso-Mateos JL, Lasa L, Vázquez-Barquero JL, Oviedo A, Díaz-Manrique JF (1999) *Measuring health status in psychiatric community surveys: internal and external validity of the Spanish version of the SF-36. Acta Psychiatr Scand*; 99: 26-32.