

# **EJERCICIO FÍSICO Y FIBROMIALGIA. UNA EXPERIENCIA CON UN GRUPO DE MUJERES AFECTADAS POR FIBROMIALGIA EN A CORUÑA**

Sandra Fernández Carrera

Licenciada en CC De la Actividad Física y el Deporte.

sandrafernandez\_carrera@hotmail.com

## **1. INTRODUCCIÓN**

La fibromialgia es una enfermedad de la que todavía se desconocen las causas que la provocan y cuyo diagnóstico, en muchos casos, resulta difícil de realizar. Se trata de una enfermedad cuya prevalencia, entre los pacientes diagnosticados, es mayor en las mujeres que en los hombres. Los tratamientos combinan los fármacos, la terapia psicológica y el ejercicio físico moderado.

En este artículo se presentan los resultados de un programa de ejercicio físico realizado con un grupo de mujeres aquejadas de fibromialgia durante dos cursos (2011-2012 y 2012-2013). El programa fue llevado a cabo por la Fundación Educación, Deporte y Salud (FEDYS), después de recibir una solicitud de una asociación de mujeres con fibromialgia. La fundación FEDYS decidió ofrecer el programa de manera gratuita a todas las personas que quisieran participar sin necesidad de que perteneciesen a ninguna asociación.

## **2. DEFINICIÓN**

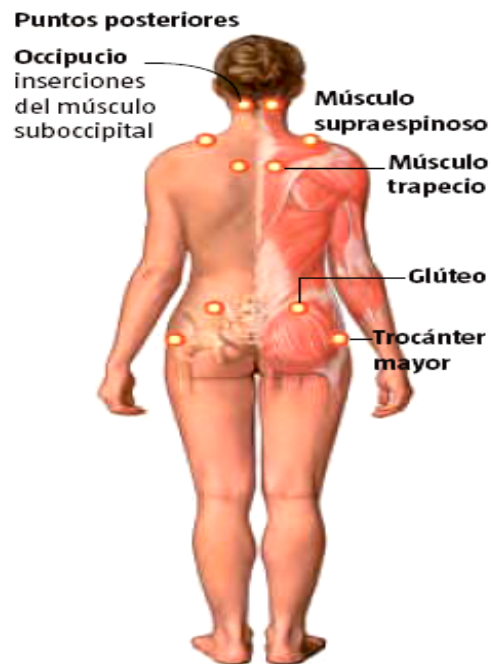
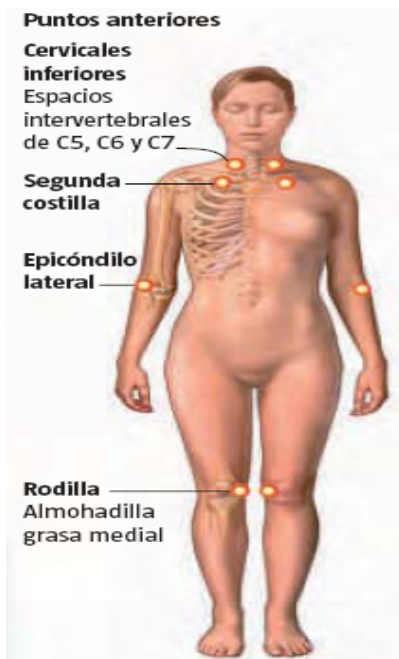
La fibromialgia es una enfermedad crónica, de etiología desconocida, caracterizada por dolor crónico generalizado en el aparato locomotor. (Rivera J et al, 2006). “La relevancia de esta enfermedad radica en que no solo afecta al componente físico de la salud, sino también al psicológico y al social. Produce con frecuencia discapacidad laboral, dentro del amplio cortejo de repercusiones que ejerce la enfermedad en todos los ámbitos de la existencia de aquel que las padece”. (Barro y Acuso, 2006, p. 238).

## **3. DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico de la fibromialgia no es fácil y se realiza a través de los criterios del American Collage of Rheumatology (Walfe F. et al, 1990) que, como veremos, son cuestionados por muchos profesionales en la actualidad.

Estos criterios son los siguientes:

- a. Dolor generalizado en ambos lados del cuerpo durante más de 3 meses.
- b. Dolor a la palpación en al menos 11 de las 18 localizaciones anatómicas propuestas.



Rivera, J et al (2006) recogen las principales manifestaciones clínicas de la fibromialgia: el dolor, la fatiga y la alteración del sueño. Pueden aparecer combinadas con otros síntomas como:

- Síntomas sensoriales: parestesias, hipersensibilidad sensorial, etc.
- Síntomas motores: rigidez muscular, contracturas, temblores, etc.
- Síntomas vegetativos: hormigueo, hipersudoración, distermias, sequedad de mucosas, etc.
- Síntomas cognitivos: alteración de la atención, déficit de la memoria reciente, alteración en la expresión verbal.
- Síntomas afectivos: ansiedad, alteración del estado de ánimo.

#### 4. CAUSAS

Las causas se desconocen hoy en día. Rivera, J. et al. (2006) apuntan que las últimas investigaciones se centran en la hipótesis de que existe una alteración de concentraciones de neurotransmisores que facilitan la estimulación de las vías dolorosas, de forma que un estímulo desencadena en el SNC una respuesta de dolor mucho mayor.

#### 5. ¿ES LA FIBROMIALGIA UNA ENFERMEDAD FEMENINA?

Laffon et al. (2001) elaboraron el informe EPISER 2000 (EPI-demiología, Sociedad Española de Reumatología): estudio de prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española, en el que se muestra que la prevalencia de la fibromialgia es de un 2.4% de la población general, siendo la segunda causa más frecuente de consulta reumatológica.

La proporción de mujeres diagnosticadas frente a los hombres diagnosticados es de 22 a 1. ¿Quiere esto decir que afecta a más mujeres que a hombres?

El conocimiento que se tiene hoy en día sobre fibromialgia se ha desarrollado a partir de investigaciones realizadas con mujeres (Miró, E. et al., 2012). Así, por ejemplo, los criterios de diagnóstico del American Collage of Rheumatology se definieron basándose en un estudio multi-céntrico realizado en EE.UU. y Canadá con 293 pacientes afectados de fibromialgia, de los cuales el 88.7% eran mujeres, y se eligió un síntoma más frecuente en las mujeres, el dolor localizado, frente al dolor generalizado más común entre los hombres (Tosal, B, 2007).

Existen diferencias entre hombres y mujeres en lo que a la salud se refiere y se debería tener en cuenta a la hora de identificar factores de riesgo, síntomas y tratamiento porque, al no hacerlo, perjudican la salud de ambos sexos. “Aunque estos sesgos tienen efectos negativos en la salud de ambos sexos es la salud de las mujeres la que resulta más perjudicada. Las evidencias sobre desigualdades de género en salud se basan en investigaciones sobre el acceso a los hospitales de ambos sexos para igual necesidad, la comparación de los tiempos de demora y de espera desde los primeros síntomas hasta la atención sanitaria, los tipos de estrategias terapéuticas y el consumo y el gasto de medicamentos por sexo”. (Ruiz Pérez et al., 2007, p. 434)

En el estudio realizado por Miró et al. (2012) se compararon las manifestaciones de los síntomas clínicos entre hombres y mujeres diagnosticados y las conclusiones fueron las siguientes:

- Las mujeres presentan una menor tolerancia al dolor (con una intensidad menor de un estímulo se desencadena la respuesta dolorosa) y esto

podría llevarlas a acudir con más frecuencia al médico y podría explicar por qué los hombres son derivados a distintos especialistas hasta que se identifica el dolor como problema principal.

- Las estrategias para el control del dolor podrían ser diferentes para hombres y mujeres. Para los primeros, irían encaminados a mejorar la calidad del sueño, mientras que para las mujeres parece más adecuado ayudar a disminuir la tendencia a catastrofizar el dolor. El catastrofismo es definido como “un conjunto de procesos cognitivos y emocionales que predisponen a que el dolor se convierta en crónico. Las personas que catastrofizan desarrollan una visión muy negativa sobre su dolor, piensan mucho en él y se sienten incapaces de controlarlo”. (García-Campayo, J. y Rodero, B., 2011, p.59). Siguiendo con las conclusiones, Miró et al.(2012) atribuyen esta tendencia de las mujeres al hecho de que existen distintos modelos de socialización respecto a la expresión de las emociones y, por lo tanto, también del dolor, en los hombres y mujeres.

## **6. TRATAMIENTO**

Rivera et al. (2006) recogen los principales tratamientos que se utilizan para paliar las manifestaciones de la fibromialgia y los efectos de los mismos en función de la evidencia científica existente:

- Fármacos
  - Analgésicos y antiinflamatorios
  - Relajantes musculares
  - Antidepresivos
  - Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
- Ejercicio físico
- Tratamiento psicológico
- Tratamiento multidisciplinar

## **7. PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO**

Durante los cursos 2011/2012 y 2012/2013 se llevó a cabo un programa de ejercicio físico en el que participaron 8 mujeres. Las sesiones se realizaban en el Frontón de la Ciudad Deportiva de La Torre, A Coruña, con una frecuencia de dos días por semana y una duración de 60 minutos cada una. El objetivo del programa, en términos generales, era mejorar la condición física saludable.

Los contenidos de las sesiones fueron los siguientes:

a) **Ejercicios para la mejora de la fuerza.** En cada sesión se diseñaba una serie de seis ejercicios, dos para los miembros inferiores, dos para los miembros superiores y dos para la musculatura del tronco. En cada curso comenzábamos realizando 3 series de 10 repeticiones de cada ejercicio. Cada seis semanas se variaba bien el número de repeticiones, bien la carga.

- Fuerza de miembros superiores: Ejercicios para el fortalecimiento de bíceps, tríceps, dorsales, trapecios y deltoides. Se utilizaron mancuernas de poco peso (0.5, 1 y 1.5 kg), bandas elásticas y balones medicinales.

- Fuerza de miembros inferiores: Ejercicios para el fortalecimiento de cuádriceps, glúteos, abductores, aductores y gemelos. Se utilizaron principalmente autocargas y bandas elásticas.

Fuerza para la musculatura del tronco: Se realizaron ejercicios del repertorio de Pilates Suelo.

b) **Ejercicios para el desarrollo de la resistencia aeróbica.** En esta parte de la sesión se buscaban tareas que, además de lograr el objetivo de la mejora de la resistencia, incluyesen aspectos coordinativos. Se propusieron muchos juegos con distintos implementos (pelotas, raquetas de bádminton o sticks) y también se realizaron pequeñas coreografías de aeróbic y steps.

c) **Ejercicios de estiramientos y relajación.** Al finalizar cada sesión se realizaron estiramientos de los músculos implicados durante los ejercicios propuestos.

En cada curso se llevaron a cabo 3 mediciones de la condición física saludable, utilizando la batería SENIOR TEST FITNESS (Rikli y Jones, 2001).

Todos los días se medía la percepción del estado de salud a través de la Escala Visual Analógica de Mejora, en la que debía indicar un valor comprendido entre el 0 y el 10, donde el 0 representa la no mejora y el 10 la mejora completa. Este registro se realizaba al llegar a la clase y al finalizar la misma con el objetivo de consolidar la adherencia al programa al comprobar la mejora sobre su salud durante cada sesión, entendiendo por salud el bienestar físico, psíquico y social.

### ESCALA VISUAL ANALÓGICA DE MEJORA

En este gráfico el extremo izquierdo representa la no mejora del estado de salud y el derecho la mejora completa.

Indique el número que mejor represente el estado de salud en el que se encuentra hoy.

**NOMBRE:**

Escala visual analógica de mejora										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No mejora										Mejora completa

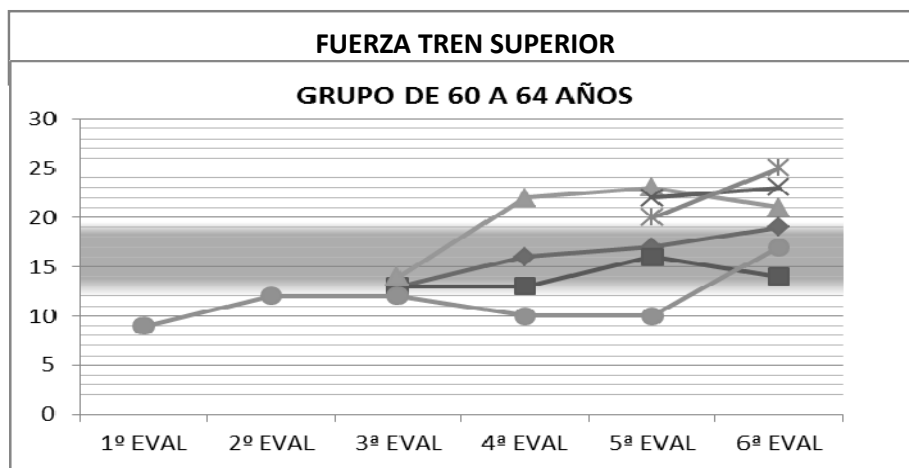
## 8. RESULTADOS DEL PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO

A continuación se presentan los resultados de las valoraciones de la condición física. Para cada una de las pruebas se han elaborado 3 gráficos en función de la edad de las alumnas. En sombreado gris se indican los valores normativos saludables para cada grupo.

### Resultados de la fuerza de los miembros superiores

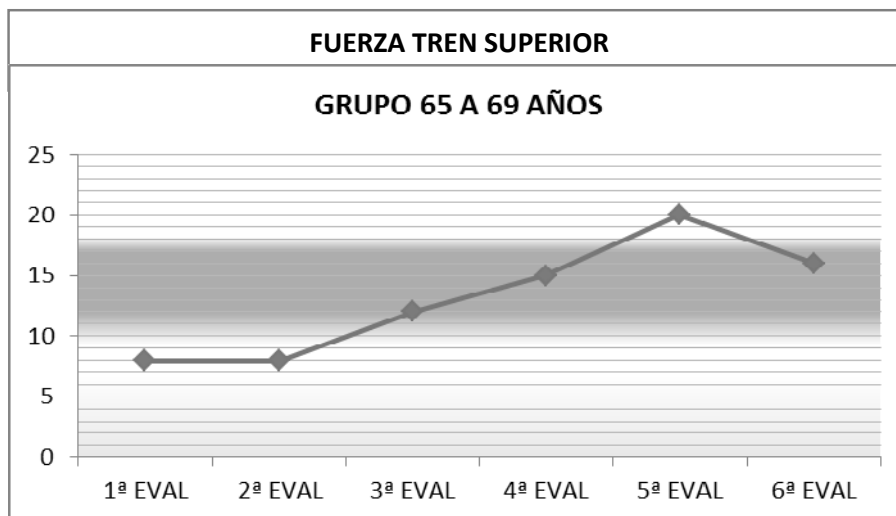
Descripción de la prueba: en posición sentada, con el brazo dominante extendido, debe realizar flexiones del codo con una mancuerna de 2 kg durante 30 segundos. Se anota cada ciclo de flexión-extensión.

Los resultados de esta prueba fueron mejorando a lo largo de las evaluaciones. En el grupo de mujeres cuyas edades están comprendidas entre los 60 y los 64 años podemos observar que dos de ellas iniciaron el programa con valores por debajo de los límites saludables para su edad, en torno a las 10 repeticiones, y finalizaron las evaluaciones por encima de las 15 repeticiones, lo que supone un incremento del 15% respecto al valor máximo en la prueba y, por supuesto, situarse dentro de la zona saludable. Las otras tres alumnas, que ya iniciaron el programa en la zona saludable, también lograron finalizar mejorando sus resultados al alcanzar valores de 20 o más repeticiones (incremento del 15%), como muestra el gráfico 1.



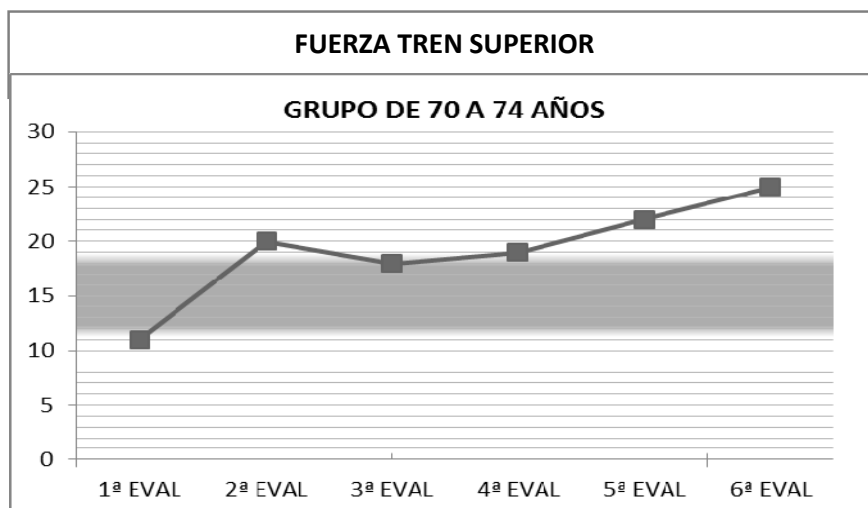
**Gráfico 1.**

En el grupo de edad entre los 65 y los 69 años nos encontramos con los datos de una alumna que inició el programa con una mayor dependencia para el desarrollo de tareas diarias que el resto de sus compañeras. La fuerza del tren superior estaba por debajo del límite saludable y a lo largo de los dos cursos fue mejorando constantemente, excepto en la última evaluación, momento que coincidió con el desarrollo de una enfermedad que le afectó al sistema digestivo. El gráfico 2 muestra la evolución de esta alumna, que pasó de menos de 5 repeticiones a situarse por encima de 15 al finalizar el programa, un incremento del 30% respecto al valor máximo en la prueba, logrando picos cercanos a las 20 repeticiones en algunos momentos del programa.



**Gráfico 2.**

Por último, el gráfico del grupo de edad entre los 70 y los 74 años muestra los resultados de una alumna que nunca había realizado ningún programa de ejercicio físico. Los valores iniciales de la prueba se situaban por debajo de lo deseable para su edad, 10 repeticiones; pero su evolución fue constante a lo largo de cada evaluación, llegando a alcanzar 25 repeticiones, lo que supone un incremento del 45% respecto a sus resultados iniciales (gráfico 3).

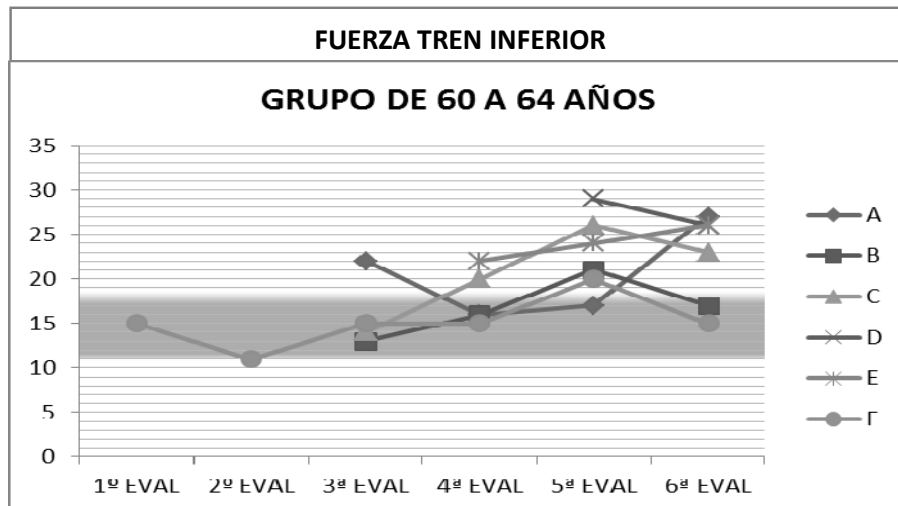


**Gráfico 3.**

### Resultados de la prueba de fuerza de los miembros inferiores

Descripción de la prueba: en posición sentada, la alumna debe colocar las manos sobre el pecho con los codos flexionados. Durante 30 segundos debe levantarse y sentarse sin la ayuda de las manos. Se anota cada vez que la alumna se sienta en la silla.

El gráfico 4 muestra la evolución del grupo de mujeres de edades comprendidas entre los 60 y los 64 años. Todas ellas iniciaron el programa con índices saludables en esta prueba: tres de ellas dentro de los límites, en torno a 15 repeticiones, y otras tres por encima, en valores superiores a las 20 repeticiones, lo que supone más de un 15% de incremento. Cuatro de ellas finalizaron las evaluaciones con resultados superiores a la zona saludable y dos de ellas dentro de los límites, pero con resultados que no siguieron su tendencia de mejora.



**Gráfico 4.**

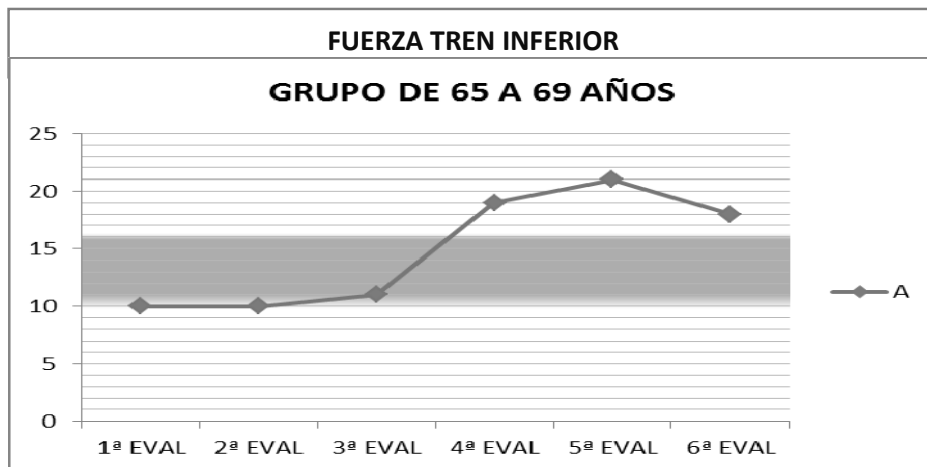
El gráfico 5 recoge los resultados de la alumna cuya edad está comprendida entre los 65 y los 69 años.

El resultado de la primera evaluación se sitúa en el límite inferior de la zona saludable y la progresión a lo largo de las distintas evaluaciones es muy positiva, pasando de las 10 a alcanzar las 20 repeticiones, lo que supone una mejora del 30% respecto al valor máximo. Esto puede asociarse a una menor dependencia de esta alumna para poder levantarse de la cama y para poder realizar acciones como subir los escalones de los autobuses urbanos sin ayuda debido a que presentaba dolor en las rodillas en la última evaluación.

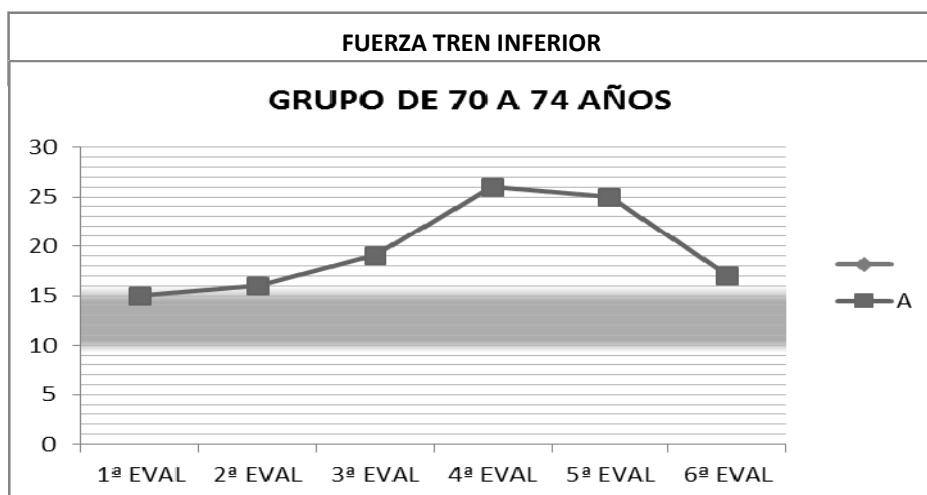
En el gráfico 6 encontramos los resultados de la alumna de mayor edad, cuya evolución también fue muy positiva: incrementos de hasta un 30% en el



numero de repeticiones hasta la última evaluación, día en el que sentía un gran dolor en las rodillas y no mantuvo los resultados anteriores.



**Gráfico 5.**



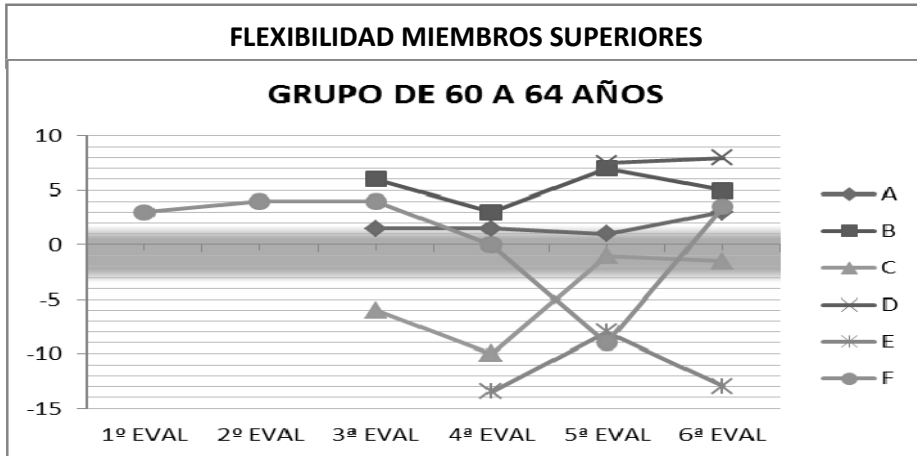
**Gráfico 6.**

### **Resultados de la prueba de flexibilidad de los miembros superiores**

Descripción de la prueba: la alumna se sitúa de pie y de espaldas al examinador. Elevará un brazo hacia la vertical, doblará el codo y deberá bajar la mano por la espalda, mientras el otro brazo se coloca en la espalda a la altura de la cintura y la mano deberá buscar la otra. Se anotará la distancia, medida en centímetros, entre los dedos medios de las manos con valor negativo, si los dedos se tocan se valorará con un 0 y en el caso de que se encuentren se anotará la distancia que sobrepasen con valores positivos.

Los resultados del gráfico 7 reflejan la evolución de la flexibilidad de los miembros superiores de las mujeres con edades comprendidas entre los 60 y los

64 años. Una de las alumnas inició el programa mostrando una movilidad articular muy limitada, una distancia de 13 cm entre ambas manos, y la mejoría fue escasa. Otra de ellas inició el programa con valores inferiores a los saludables, valores negativos de más de 5 cm, para terminar dentro de la zona saludable, en torno a los 0 cm. Las otras tres alumnas que forman este grupo iniciaron y finalizaron el programa con valores por encima de la zona saludable, valores positivos entre 0 y 5 cm pero sin conseguir grandes mejoras.



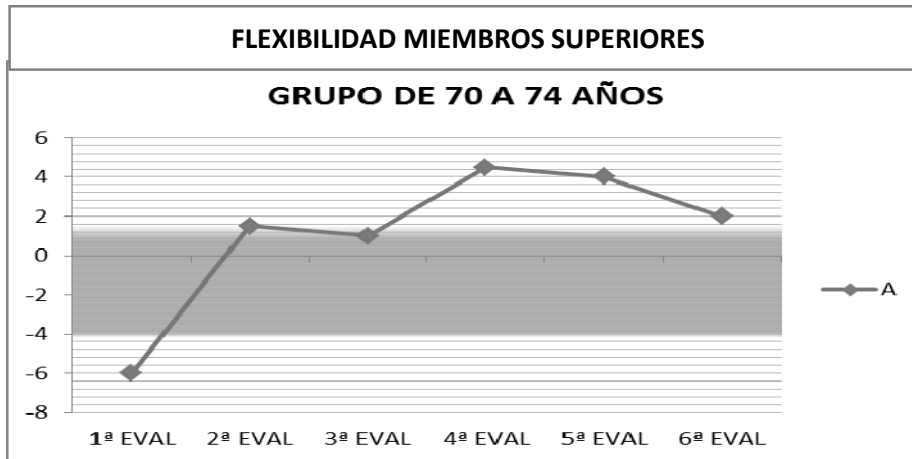
**Gráfico 7.**

El gráfico 8 muestra los resultados de una alumna que experimentó una gran mejoría en esta prueba, pasando de 0 a 4.5 cm, y ello puede deberse a que antes de iniciar el programa pasaba muchas horas al día tendida en la cama o en el sofá y su movilidad era muy reducida.



**Gráfico 8.**

Por último, la alumna cuyos resultados muestra el gráfico 9 mejoró la flexibilidad de sus brazos de una manera notable; inicialmente alcanzaba valores negativos, de 6 cm, llegando a lograr un máximo de 4 cm, lo que supone un incremento de 10 cm. En las últimas evaluaciones no mantuvo ese máximo pero sus resultados se situaron por encima de los valores saludables para su edad.

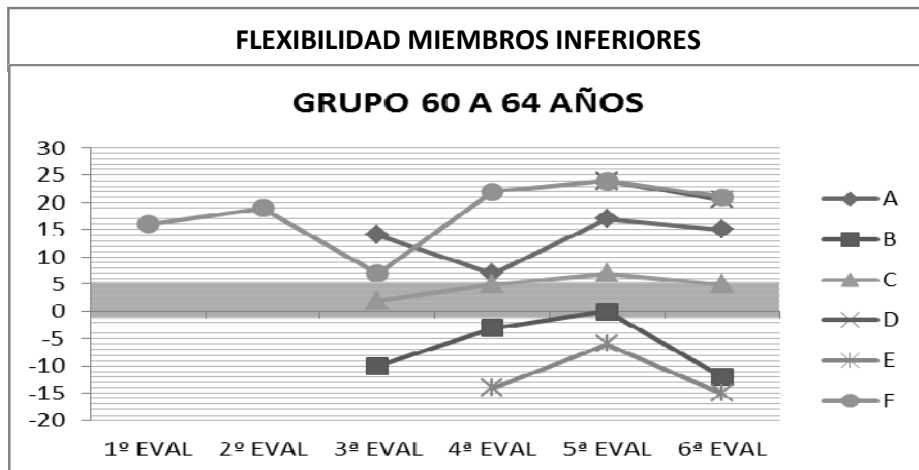


**Gráfico 9.**

### Resultados de la prueba de flexibilidad de los miembros inferiores

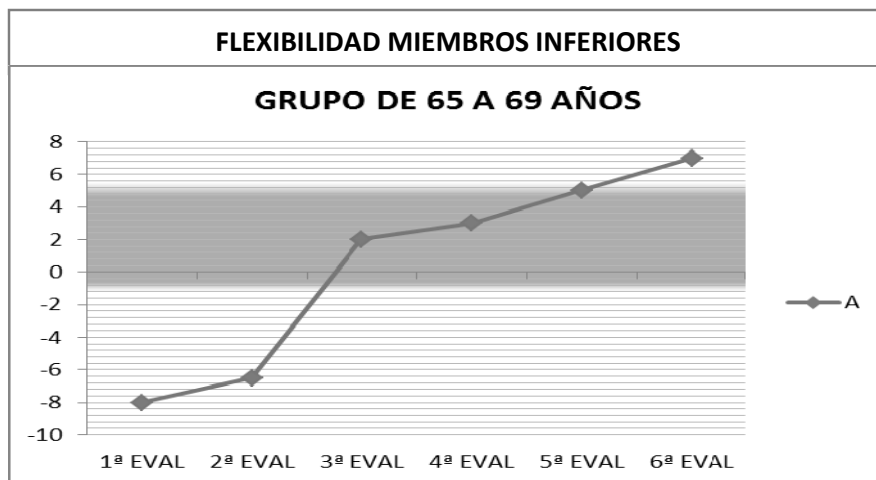
Descripción de la prueba: la alumna se sienta en el borde de una silla. Mantiene una pierna flexionada con la planta del pie apoyada en el suelo y la otra pierna la extiende y la apoya sobre el talón. Con las manos cogidas deberá hacer una flexión de caderas y columna para intentar tocar la punta del pie. Se registra la distancia entre los dedos medios y la punta del pie con valores negativos en caso de que no alcance, con 0 si toca la punta del pie y con valores positivos en caso de que la sobrepase.

En el gráfico 10 podemos observar los resultados del grupo de mujeres de edades comprendidas entre los 60 y los 64 años. Dos de las seis alumnas iniciaron el programa con valores por debajo de la zona saludable; valores negativos, 10 y 14 cm. Una de ellas llevaba una progresión ascendente, hasta alcanzar los 0 cm, pero en la última evaluación empeoró el resultado debido a una lumbalgia que le impidió realizar esta prueba con normalidad, mientras que la otra alumna no consiguió mejorar, incluso empeoró el resultado final respecto al inicio del programa. Las otras cuatro alumnas, que ya iniciaron el programa con valores positivos por encima de 0 cm consiguieron mejorar sus resultados y situarse muy por encima de la zona saludable.



**Gráfico 10**

En el gráfico 11 se puede ver la gran mejoría de la alumna que inició el programa con valores por debajo de la zona saludable, con valor negativo de 8 cm y acabó por encima de esta zona, valor positivo de 7 cm, logrando una mejoría de 15 cm.



**Gráfico 11**

Por último, la alumna cuyos resultados se muestran en el gráfico 12 inició el programa con un registro situado por encima de la zona saludable, 7 cm. y lo fue mejorando en cada evaluación con un ligero descenso en las dos últimas evaluaciones pero, a pesar de ello, estos resultados se mantienen en un nivel muy alto para su edad, por encima de los 15 cm, resultado alcanzado en la última evaluación.

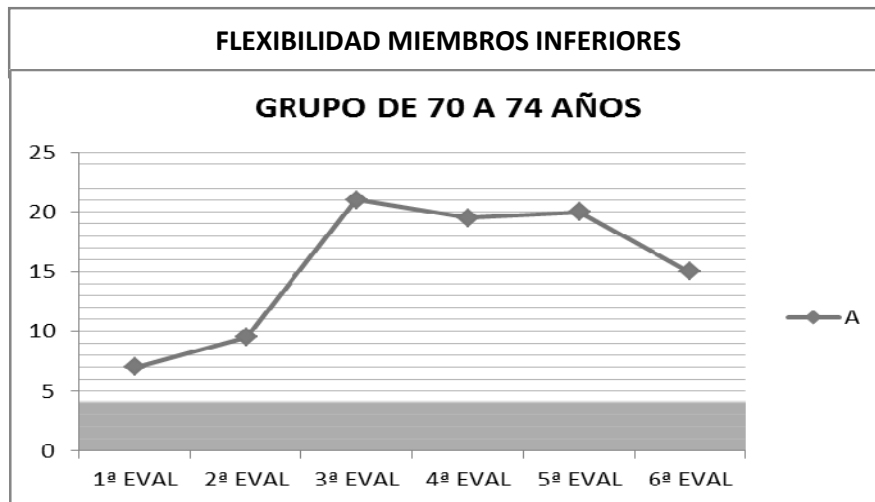


Gráfico 12

### Resultados de la prueba de agilidad y equilibrio dinámico

Descripción de la prueba: se sitúa una silla pegada a la pared y un cono en frente a una distancia de 2.44 m., la alumna se sienta en la silla y a la voz de “ya” deberá levantarse, caminar hasta el cono, rodearlo y volver caminando hasta sentarse nuevamente. Se anota el resultado en segundos. En este caso los valores reflejados en las gráficas deben interpretarse que mejoran a medida que descienden, ya que cuanto menos tiempo se utilice en realizar esta prueba nos indica que la persona evaluada posee una mayor agilidad y mejor equilibrio dinámico.

Las alumnas del grupo de edad comprendido entre los 60 y los 64 años iniciaron el programa dentro de la zona saludable, en torno a los 5 segundos, y finalizaron por debajo de los 4 segundos con una leve mejoría de sus resultados.

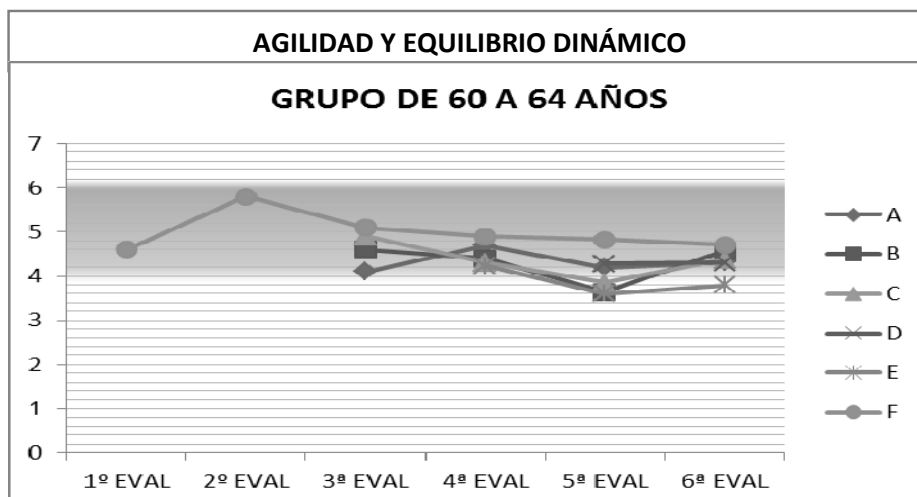
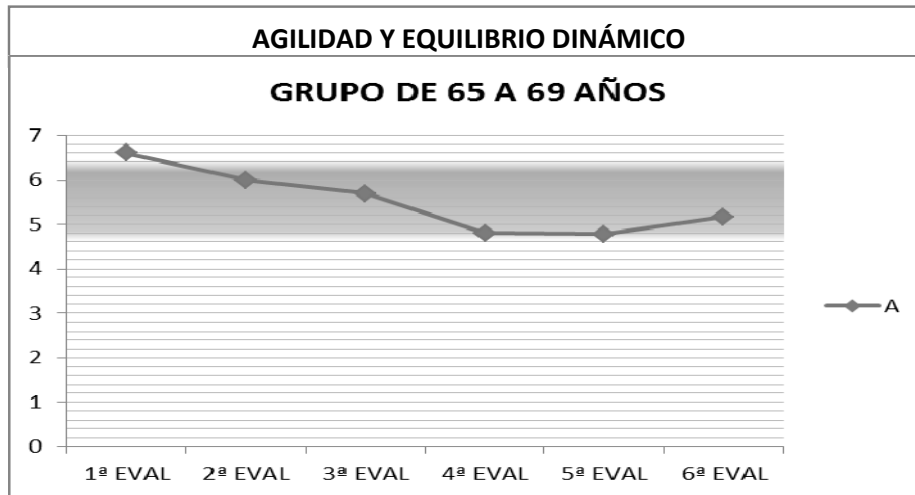


Gráfico 13

El gráfico 14 muestra la mejoría de la alumna que inició el programa con un valor situado fuera de la zona saludable para su edad, 6,6 segundos, y finalizó con un tiempo que rozaba el límite superior de la zona saludable, situando su mejor registro en 4.7 segundos.



**Gráfico 14**

En el gráfico 15 se observa la evolución de la alumna de mayor edad que, iniciando el programa con valores dentro de la zona saludable, un tiempo de 5.2 segundos, consiguió mejorarlos y situarlos por encima de la zona saludable, alcanzando el mejor registro con 4.21 segundos.

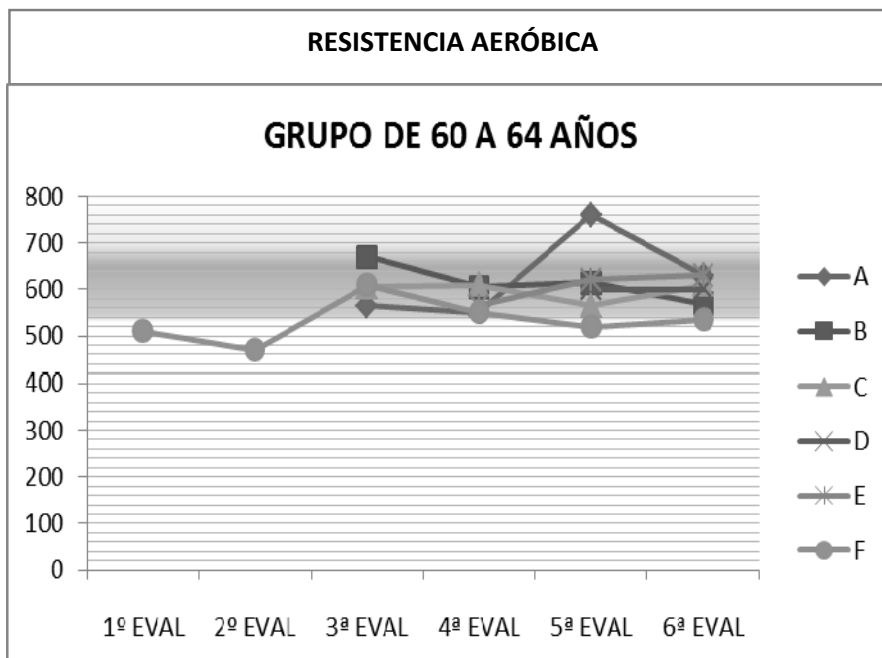


**Gráfico 15**

### Resultados de la prueba de resistencia aeróbica

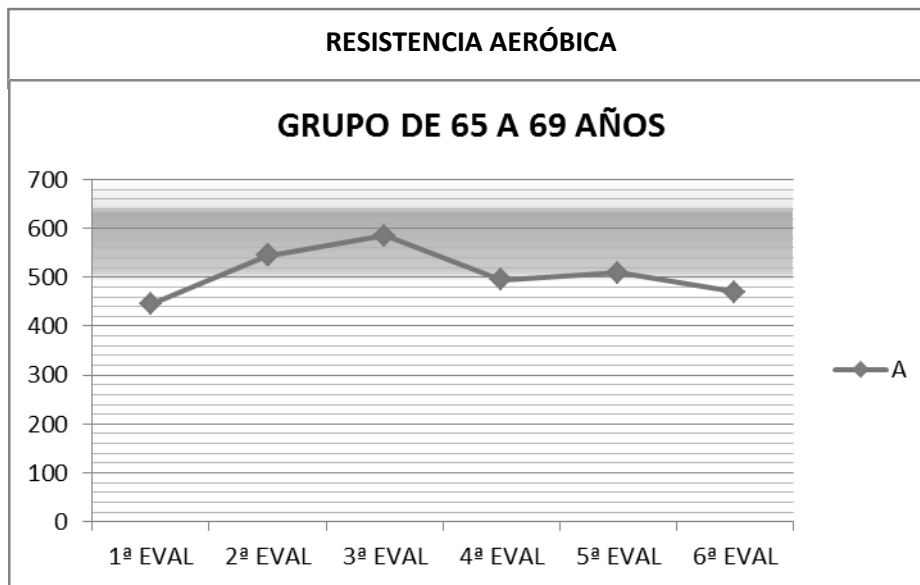
Descripción de la prueba: en una pista polideportiva se marca un perímetro de 50 metros con conos separados cada 5 metros. La alumna debe caminar durante 6 minutos. Se anotará el número de vueltas realizadas alrededor del perímetro y se calcula los metros caminados.

En esta prueba los resultados no experimentaron grandes mejorías. El gráfico 16 muestra los resultados del primer grupo de alumnas que iniciaron la prueba dentro o muy próximas a la zona saludable para su edad, alrededor de 600 metros, y se mantuvieron en valores similares con ligeras mejorías.



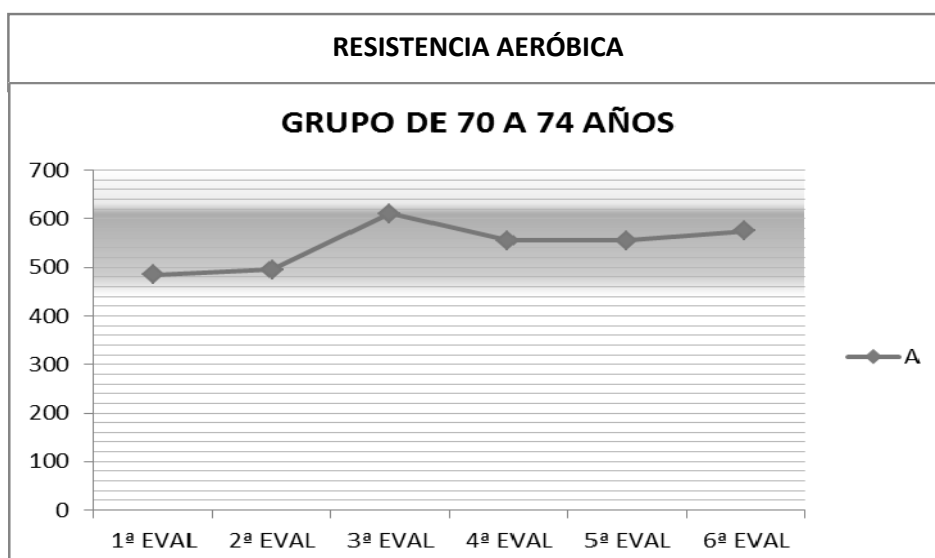
**Gráfico 16**

La alumna cuyos resultados se muestran en el gráfico 17, que inició el programa por debajo de la zona saludable obteniendo un resultado de 445 metros, mejoró hasta situarse dentro de la zona saludable y por encima de 500 metros el primer curso y tuvo un descenso en la capacidad aeróbica durante el segundo curso, obteniendo un resultado de 470 metros, que podría estar asociado a una menor participación en los contenidos aeróbicos de las sesiones debido a la aparición de una hernia de hiato que le provocaba malestar al realizar este tipo de tareas.



**Gráfico 17**

El último gráfico, el 18 refleja la evolución de la alumna de mayor edad que inició el programa por debajo de la zona saludable, con un resultado de 485 metros, y consiguió entrar en esa zona, alcanzando un pico de 610 metros y mejorando los resultados prácticamente en todas las evaluaciones.



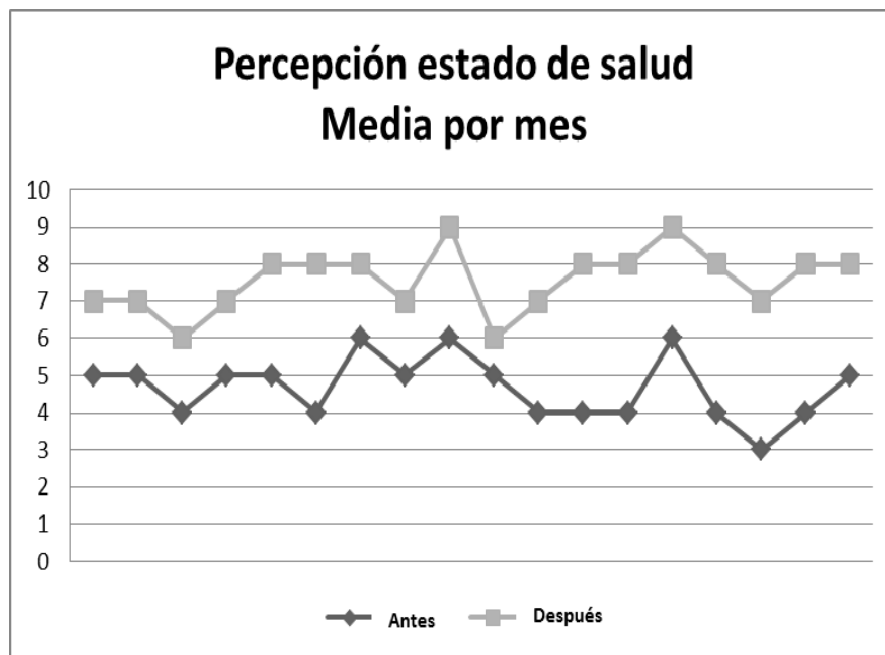
**Gráfico 18**



### Percepción del estado de salud

En cuanto a la percepción del estado de salud, todas las alumnas siempre finalizan las sesiones con una valoración superior a la realizada antes de iniciar la sesión. Vemos que los valores iniciales se sitúan en torno al 5 y terminan la sesión con incrementos de 2 o más puntos sobre la percepción de su estado de salud.

Estos resultados parecen deberse a dos motivos: por un lado porque se sienten capaces de realizar los ejercicios propuestos, que para ellas suponen un reto, pues en muchas ocasiones creen que no pueden llegar a hacerlos; y por otro, el efecto positivo del grupo: se lo pasan bien en las clases, en palabras de las alumnas “hablan el mismo idioma” y se sienten comprendidas ante sus brotes o estados de ánimo. En el gráfico 19 se representan los valores medios de cada mes de los dos cursos.



**Gráfico 19**

## 9. CONCLUSIONES

El programa de ejercicio físico propuesto fue incrementando progresivamente la intensidad y duración, lo que permitió que las alumnas tuvieran una percepción de autoeficacia positiva, pues muchas de ellas empezaron el programa con reticencia al creer que su enfermedad les impediría realizarlo.

Hoy en día, todas ellas presentan valores saludables de la condición física en casi todas las pruebas y han integrado el ejercicio físico en sus vidas. Durante

los meses de vacaciones manifiestan que se sienten peor y que necesitan retomar las clases porque, a pesar de que llevan trabajo para realizar por su cuenta, no lo realizan.

En estos dos años que llevo trabajando con este grupo me he dado cuenta de la importancia del entorno. Al hablar de este programa en otros foros he podido constatar la desinformación que existe sobre esta enfermedad. En la mayoría de los casos las personas creen que el origen es de tipo psicológico. Cuando estas mujeres se encuentran en un contexto en el que su enfermedad es comprendida se sienten más seguras y abordan las tareas encomendadas con otra actitud: no necesitan demostrar que están enfermas, eso ya se sabe.

La mejora de la condición física les ha permitido mejorar la funcionalidad en su día a día: alguna de ellas consigue levantarse de la cama sin necesidad de ayuda, pueden correr para alcanzar el autobús, han mejorado la fuerza en las manos y no necesitan que otra persona les ayude a “dar la vuelta a la tortilla”, por ejemplo. Cada vez que una de las alumnas cuenta uno de estos logros durante las clases parece que es un logro colectivo y reafirman los beneficios que el ejercicio físico habitual les reporta en sus vidas. La dependencia ha disminuido y la autonomía física les aporta beneficios psíquicos y también sociales.

Pero de todas formas hay una variable determinante: la fuerza del grupo ha sido fundamental para obtener un resultado tan positivo con este programa.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

Barro, B, Acuso, M. (2006). Repercusión laboral del síndrome de fibromialgia. Estudio en el área sanitaria de A Coruña. *Cadernos de Atención Primaria*. Volumen 13. 237-241

García-Campayo, J y Rodero, B. (2011). La catastrofización ante el dolor en la fibromialgia. Disponible en:  
<http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/00/1772/59/1v00n1772a90021171p df001.pdf>

Laffon A, Carmona L, Gabriel R, Ballina J, (2001) Proyecto EPISER 2000: prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. *Revista Española de Reumatología* 2001; 1 (28): 18-25.

Miró, E, Diener, F, Martínez, MP, Sánchez, A, Valenza, MC (2012). La fibromialgia en hombres y mujeres: comparación de los principales síntomas clínicos. *Psicothema* 2012. Vol. 24, nº 1, 10-15. Disponible en:  
<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3971>

Rikli R, Jones J. (2001) Senior Fitness Test Manual. Champaign (Illinois). Human Kinetics

Rivera, J. et al. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. Reumatología Clínica. 2006; 2 supl 1: s 55-65. Disponible en:

<http://www.ser.es/ArchivosDESCARGABLES/consensos/ConsensoFibromialgia2006.pdf>

Ruiz Pérez, I. et al. (2007). Diferencias en características socio-demográficas, clínicas y psicológicas entre hombres y mujeres diagnosticados de fibromialgia. Revista Clínica Española. 2007; 207(9):433-9. Disponible en:

[http://www.plataformafibromialgia.org/attachments/516\\_HOMBRES%20MUJERES%20Diferencias%20FM.pdf](http://www.plataformafibromialgia.org/attachments/516_HOMBRES%20MUJERES%20Diferencias%20FM.pdf)

Tosal Herrero, B. (2007). Síndromes en femenino. El discurso médico sobre la fibromialgia. Revista Feminismo/s, nº 10, pp. 79-91. Disponible en:

<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/6127>

Walfe, F.; Smythe, H. A; Yunus MB, et al.(1990) The American College of Rheumatology, Criteria for the classification of Fibromyalgia. Arthritis Rheum 1990; 33: 160-172.