

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO EN MEDICINA



**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
FIBROMIALGIA Y POSIBLES FACTORES ASOCIADOS A LA CONCESIÓN DE LA
PRESTACIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE**

AUTOR: MARTINEZ ZAMORA, ARANTXA.

TUTOR: CARDONA LLORENS, ANTONIO FRANCISCO JAVIER.

Departamento y área: Patología y Cirugía. Medicina Legal y Forense.

Curso académico: 2024-2025.

Convocatoria de Junio.

*A mis padres y hermano, Raquel, Juan y Mario,
porque sin vosotros y vuestro apoyo incondicional
yo no estaría aquí y esto no sería posible,
por creer en mí y en todas las decisiones que he tomado,
por confiar y compartir mis sueños, os quiero.*

*A mis abuelas, Marcelina y Juli,
por ser mis seguidoras más fieles y por confiar
en mí más de lo que yo misma lo hacía.
Porque allí donde estés abuela Juli,
sé que estarás celebrando esto tanto como yo.*

*A Carmen y Gloria,
por ser las mejores compañeras que podría haber tenido,
sin vosotras, esto no hubiera sido lo mismo.*

*Y a todas las personas que me han acompañado
en algún momento de este camino,
porque vuestro apoyo, presencia y cariño ha sido
fundamental para que cada paso,
valiera más la pena.*

*En especial a ti, Manuel,
te quiero.*

Tabla de contenido

1. ABREVIATURAS	4
2. RESUMEN	6
3. ABSTRACT	7
4. INTRODUCCIÓN	8
a. Hipótesis de trabajo:	10
b. Objetivo principal:	11
c. Objetivos secundarios:.....	11
5. MATERIAL Y MÉTODOS	12
Diseño del estudio:	12
Variables a estudio:.....	12
Plan de trabajo:	12
Análisis de datos:	13
Aspectos éticos:	14
6. RESULTADOS	14
7. DISCUSIÓN	23
8. CONCLUSIONES	25
9. BIBLIOGRAFÍA	26
10. ANEXO	28
ANEXO 1. HOJA DE VARIABLES	28
ANEXO 2. INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE	31

1. ABREVIATURAS

FM: fibromialgia.

NCG: neurocognitiva.

NVG: neurovegetativa.

IPA: incapacidad permanente absoluta.

IP: incapacidad permanente.

TAD: trastorno ansioso-depresivo.

TDM: trastorno depresivo mayor.

TLP: trastorno límite de la personalidad.

TCA: trastorno de la conducta alimentaria.

SII: síndrome de intestino irritable.

OMS: organización mundial de la salud.

TP: trastorno psiquiátrico.

IC: intervalo de confianza.

SQM: síndrome químico múltiple.

t_{Dx-Val} FM: tiempo que transcurre entre el diagnóstico de FM hasta la valoración del paciente por el médico legal y forense.

t_{Dx-Val} TP: tiempo que transcurre entre el diagnóstico de TP hasta la valoración del paciente por el médico legal y forense.

VEB: virus Epstein-Barr.

VVZ: virus Varicela-Zóster.

CMV: citomegalovirus.

FIQ: Impacto de la fibromialgia sobre la capacidad física.

FHAQ: capacidad funcional asociada a las actividades básicas de la vida diaria.



2. RESUMEN

Introducción: La fibromialgia (FM) es una de las principales causas de dolor crónico generalizado que afecta principalmente a mujeres entre 30 y 50 años y que implica grandes repercusiones sociales y económicas. Es una enfermedad compleja dado el escaso conocimiento existente al respecto y a su manejo diagnóstico. La ausencia de marcadores objetivos y su variabilidad clínica dificulta su valoración a nivel médico-legal, y, por tanto, la concesión de la prestación de incapacidad permanente (IP) desde el ámbito judicial.

Resultados: Se ha estudiado una cohorte retrospectiva de 56 pacientes diagnosticados de fibromialgia y valorados por un especialista en Medicina Legal y Forense. El 91,1% eran mujeres con una media de 51 años y tiempo de diagnóstico de la enfermedad medio de 7 años. Las manifestaciones clínicas más prevalentes fueron dolor generalizado y rigidez matutina (100%), alteraciones del sueño (94,6%), afectación neurocognitiva (83,9%) y una alta comorbilidad psiquiátrica principalmente con trastorno ansioso-depresivo (78,6%). En la mayoría de los casos se requerían escalones superiores de analgesia; un 76,8% necesitaba opioides, un 50% relajantes musculares y un 26,8% neuromoduladores. Se aprecia relación estadísticamente significativa entre la severidad de la afectación neurocognitiva y la concesión de IP, así como respecto al tiempo de evolución diagnóstica y grado de fibromialgia. También se detectaron de forma casual asociaciones entre el sexo masculino y ciertas infecciones (como VEB, CMV, VHS) o sensibilidad química múltiple, que puede ser interesante plantear de cara a estudios futuros. Por otro lado, no hubo relación significativa entre la edad, síndrome de fatiga crónica, ni seguimiento especializado respecto a la obtención de IP.

Conclusiones: El tiempo transcurrido desde el diagnóstico de fibromialgia hasta su valoración pericial es el factor más determinante a la hora de obtener la IP, sin embargo, también son significativas el grado de fibromialgia, el uso de escalones analgésicos superiores como

opioides y la gravedad de la afectación neurocognitiva. La presencia de trastornos psiquiátricos concomitantes no es relevante respecto a la concesión de IP, pero sí lo es el periodo de tiempo que transcurre desde el diagnóstico de estos.

Palabras clave: Fibromialgia, Incapacidad laboral, Tiempo de diagnóstico, Opiáceos, Alteraciones neurocognitivas, Tratamiento, Incapacidad permanente, Comorbilidad.

3. ABSTRACT

Introduction: Fibromyalgia (FM) is one of the main causes of chronic widespread pain, mainly affecting women between the ages of 30 and 50, with significant social and economic repercussions. It is a complex disease given the limited knowledge available about it and its diagnostic management. The absence of objective markers and its clinical variability make it difficult to assess from a medical-legal perspective and, therefore, to grant permanent disability benefits from a legal standpoint.

Results: A retrospective cohort of 56 patients diagnosed with fibromyalgia and assessed by a specialist in Legal and Forensic Medicine was studied. 91.1% were women with an average age of 51 and an average diagnosis time of 7 years. The most prevalent clinical manifestations were widespread pain and morning stiffness (100%), sleep disorders (94.6%), neurocognitive dysfunctions (83.9%) and high psychiatric comorbidity, mainly with anxiety-depressive disorder (78.6%). In most cases, higher levels of analgesia were required; 76.8% needed opioids, 50% muscle relaxants and 26.8% neuromodulators. A statistically significant relationship was observed between the severity of neurocognitive impairment and the granting of IP, as well as between the time of diagnosis and the degree of fibromyalgia. Casual associations were also detected between male gender and certain infections (such as EBV, CMV, HSV) or multiple chemical sensitivity, which may be interesting to consider in future

studies. On the other hand, there was no significant relationship between age, chronic fatigue syndrome or specialised follow-up about obtaining PI.

Conclusions: The time elapsed between the diagnosis of fibromyalgia and its expert assessment is the most decisive factor in obtaining PI. However, the degree of fibromyalgia, the use of higher analgesic steps such as opioids, and the severity of neurocognitive impairment are also significant. The presence of concomitant psychiatric disorders is not relevant to the granting of PI, but the time elapsed since their diagnosis is.

Keywords: Fibromyalgia, Work disability, Diagnosis time, Opioids, Neurocognitive disorders, Treatment, Permanent disability, Comorbidity.

4. INTRODUCCIÓN

La **fibromialgia** es una de las principales causas de dolor musculoesquelético crónico generalizado(1). Se trata de una enfermedad que presenta manifestaciones características como dolor generalizado (>3 cuadrantes corporales) de una duración mayor a tres meses y zonas de hiperalgesia, que aparecen asociadas a otros síntomas clínicos y psicosociales que incluyen trastornos del sueño, fatiga, rigidez articular de predominio matutino, alteraciones neurocognitivas (NCG) e incluso trastornos psiquiátricos (TP) concomitantes como depresión y ansiedad(2). Se trata de una entidad que afecta aproximadamente al 1-5% de la población mundial y al 2,4% de la población española, siendo el segundo diagnóstico reumatológico más frecuente tras la artrosis(3) y una de las **principales causas de baja laboral**(4). Presenta grandes diferencias respecto al sexo siendo las mujeres las mayormente afectadas con una ratio de 21:1 (4,2% de mujeres afectadas) respecto a los hombres en España y con una mayor prevalencia a edades medias de la vida en torno a los 30-50 años(5).

Aunque la etiología y los **mecanismos fisiopatológicos de la FM son desconocidos**, existen factores que favorecen el desarrollo de esta entidad si actúan sobre un sujeto genéticamente predispuesto, como pueden ser: sexo femenino, edad mayor a 40 años, menor nivel académico, sedentarismo, obesidad y otros factores psicosociales como consumo de sustancias tóxicas o familia desestructurada(3).

Su diagnóstico es complejo y controvertido, basado en criterios clínicos y establecido tras la exclusión de múltiples patologías con sintomatología similar a la de la fibromialgia. La evidencia científica indica la existencia de un gran retraso diagnóstico en estos pacientes debido a la ausencia de parámetros o alteraciones objetivas en las pruebas complementarias(6), así como al desconocimiento sobre su fisiopatología y su gran variabilidad sintomática, motivos que, asimismo, representan un desafío significativo en la valoración de fibromialgia desde el punto de vista médico-legal y que complican por tanto, el reconocimiento de incapacidad laboral principalmente en el ámbito administrativo.

La FM es una enfermedad cuyo **mecanismo causal es idiopático** en la mayoría de sus casos, esto supone de nuevo un reto en el ámbito legal al no poder establecerse una temporalidad causa-efecto, es decir, no se puede determinar la conexión existente entre la condición médica y el evento que la ha predispuesto. La carencia de biomarcadores específicos(6) y una clínica basada principalmente en la información propiciada por el propio paciente, y, por lo tanto, no susceptibles de determinación objetiva, suscitan desconfianza en estos procesos legales y de compensación(7). Por último, la variabilidad sintomática y la falta de criterios diagnósticos establecidos de manera uniforme **dificultan una valoración** universalizada de esta enfermedad y de nuevo, su valoración en un juzgado para la concesión de IP.

El **art. 193 de la Ley General de la Seguridad Social** (Real Decreto Legislativo 8/2015)(8) determina que la IP es la situación de la persona trabajadora que, después de haber estado

sometida al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral.

Para **concluir**, la fibromialgia es un problema de salud pública que supone grandes costes económicos (principalmente de tipo indirecto)(4), además del sufrimiento que ocasiona a las personas que la padecen debido al retraso diagnóstico, falta de conocimientos sobre este tema y tratamientos insuficientes de larga duración(5). Por ello, en este trabajo se evaluarán aquellos factores que pueden ser considerados más determinantes para declarar la FM con IP en los juzgados de lo Social.

a. Hipótesis de trabajo:

Uno de los principales desafíos clínicos de la fibromialgia es la diversidad en la presentación sintomática, la cual varía de forma notable entre las personas afectadas produciendo mayor o menor interferencia con su vida diaria. De lo anterior surge la importancia de investigar en pacientes diagnosticados de fibromialgia qué variables o factores podrían ser más determinantes para que desde el punto de vista médico-legal, se conceda una incapacidad permanente por parte de los juzgados de lo Social. Los resultados nos permitirán conocer mejor cómo se valora esta enfermedad desde el punto de vista judicial, además de que los datos nos permitirán obtener un primer estudio piloto sobre los factores que tienen mayor relevancia y en los que conviene focalizarse para profundizar en un próximo estudio con una muestra poblacional más amplia.

Tabla 1: Hipótesis de trabajo.

HIPÓTESIS
H0: No existe relación entre las variables estudiadas y la concesión de algún grado de incapacidad permanente por parte de los juzgados de lo Social desde un punto de vista médico-legal.
H1: Sí existe relación entre las variables estudiadas y la concesión de algún grado de incapacidad permanente por parte de los juzgados de lo Social desde un punto de vista médico-legal.

b. Objetivo principal:

- i. Conocer qué factores determinan la concesión de la prestación de IP en pacientes con FM desde un punto de vista médico-legal, y cuál es la importancia de cada uno de ellos.

c. Objetivos secundarios:

- i. Caracterización de la población con fibromialgia valorada en nuestro estudio a través del análisis de informes periciales.
- ii. Estudiar la relación existente entre la concesión de incapacidad, en cualquiera de sus grados, y el tiempo que transcurre desde que un individuo es diagnosticado de FM hasta que es valorado por el médico legal y forense.
- iii. Evaluar la conexión existente entre la concesión de la incapacidad y la necesidad de utilizar tratamientos $\geq$ escalón 2 de la escala analgésica de la OMS, en el que se inicia la terapia con opiáceos.

- iv. Estudiar si la presencia de patología psiquiátrica-funcional concomitante influye de forma significativa en el proceso de obtener la incapacidad permanente en cualquiera de sus grados.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio:

Se ha diseñado un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y documental en el que se han recogido datos de 56 pacientes diagnosticados de fibromialgia a través del análisis de informes periciales previamente anonimizados y elaborados en los últimos 25 años (2000-2025) en la provincia de Alicante. A partir de los datos obtenidos, se creó una base de datos estructurada que permitió realizar un análisis estadístico de las variables consideradas de interés.

Variables a estudio:

Las variables analizadas se recogen en el ANEXO 1.

Plan de trabajo:

La elaboración de los informes periciales, centrados en personas con diagnóstico de fibromialgia de la provincia de Alicante, fue realizada por el Dr. Antonio Francisco Javier Cardona Llorens, Profesor Titular de Medicina Legal y Forense y especialista en Valoración del Daño Corporal, durante un periodo de tiempo comprendido entre 2000-2025. Una vez los informes periciales han sido anonimizados procedo a su análisis, extrayendo variables de posible interés para nuestro estudio y creando una base de datos en Excel que posteriormente se traslada a un formato apto para realizar el análisis estadístico.

Análisis de datos:

El análisis estadístico de los datos se ha llevado a cabo mediante el programa estadístico PASw 2.9 para Windows de IBM. Se ha realizado un análisis descriptivo de todas las variables mediante el cálculo del porcentaje y frecuencia de las variables cualitativas, y la obtención de parámetros estadísticos de tendencia central y dispersión básicos (media, mediana, desviación típica, mínimo y máximo) en el caso de las variables cuantitativas. Así mismo, se han realizado análisis descriptivos de una variable según subgrupos de otra, tanto en el caso de una variable cuantitativa (edad, grado de FM, t_{Dx-Val} TP y t_{Dx-Val} FM) en función de una cualitativa (concesión de incapacidad), como en el de dos variables cualitativas.

Se efectuó la comparación de medias de las variables cuantitativas entre grupos mediante un análisis de la varianza de medias (ANOVA), utilizando el estadístico F de Snedecor, para $K > 2$ (más de dos grupos) o su equivalente no paramétrico (la prueba de Kruskal Wallis) en caso de que la variable cuantitativa no se ajustara a una distribución normal. Para variables cualitativas definidas en solo dos grupos ($K=2$, sexo, incapacidad Si/No) se utilizó el test estadístico de la t de student (o su equivalente no paramétrico la U de Mann-Whitney). Para estudiar el ajuste a la distribución normal de las variables cuantitativas se utilizó la prueba de Kolmogórov-Smirnov.

Así pues, respecto a las variables que no siguieron una distribución normal (grado de FM, t_{Dx-Val} TP y t_{Dx-Val} FM) se aplicaron pruebas no paramétricas para estudiar la asociación entre variables, mientras que para aquella que siguió una distribución normal (edad) se aplicaron pruebas paramétricas.

Por último, se crearon tablas de contingencia para el estudio de la asociación entre variables cualitativas independientes y dicotómicas, aplicando el estadístico chi cuadrado de Pearson (χ^2).

El nivel de significación mínimo para todas las pruebas de contraste aplicadas fue del 5% ($p < 0,05$) con un IC del 95%.

Aspectos éticos:

El estudio ha sido elaborado siguiendo los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, Convenio de Oviedo, Ley 14/2007 de Investigación Biomédica de la legislación española y Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Además, se ha obtenido el Código de Investigación Responsable (COIR) de la UMH el 21 de noviembre de 2024 (CÓDIGO DE AUTORIZACIÓN: TFG.GME.AFCL.AMZ.241120) recogido en el ANEXO 2.

6. RESULTADOS

Se analizaron los informes periciales de 56 pacientes con diagnóstico de fibromialgia de los cuales fueron: 5 hombres (8,9%) y 51 mujeres (91,1%). La edad media de los participantes fue de $51,11 \pm 6,76$ años (mediana al diagnóstico, 52 años) y una evolución media de su enfermedad de $7,09 \pm 6,764$ años.

Se han valorado un total de 85 variables (ANEXO 1) para estudiar la correlación existente entre éstas y la concesión de IP.

Análisis descriptivo

En la **tabla 2** se muestra el estadístico descriptivo de las manifestaciones clásicas de FM en el que se determina la frecuencia y porcentaje de aparición de cada una de ellas en los sujetos de nuestro estudio.

Tabla 2: Estadístico descriptivo de las manifestaciones clásicas de FM.

		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Rigidez matutina	Sí	56	100
Dolor muscular generalizado	Sí	56	100
Afectación NCG	Sí	47	83,9
	No	9	16,1
Alteración del sueño	Sí	53	94,6
	No	3	5,4
Afectación NVG	Sí	40	71,4
	No	16	28,6

Por otro lado, se ha analizado la relación existente entre la FM y diferentes patologías psiquiátricas con motivo de la alta comorbilidad que presentan estas dos entidades, siendo principalmente **relevante el diagnóstico de TAD** (78,6%, N=44) y TDM. Así mismo, se ha querido valorar la posible correlación entre la FM y otros trastornos funcionales como el SII donde la fisiopatología mente-cuerpo es compleja e implica ausencia de lesiones orgánicas. En la **ilustración 1** podemos valorar el número de sujetos con fibromialgia que presentaban cada una de estas patologías.

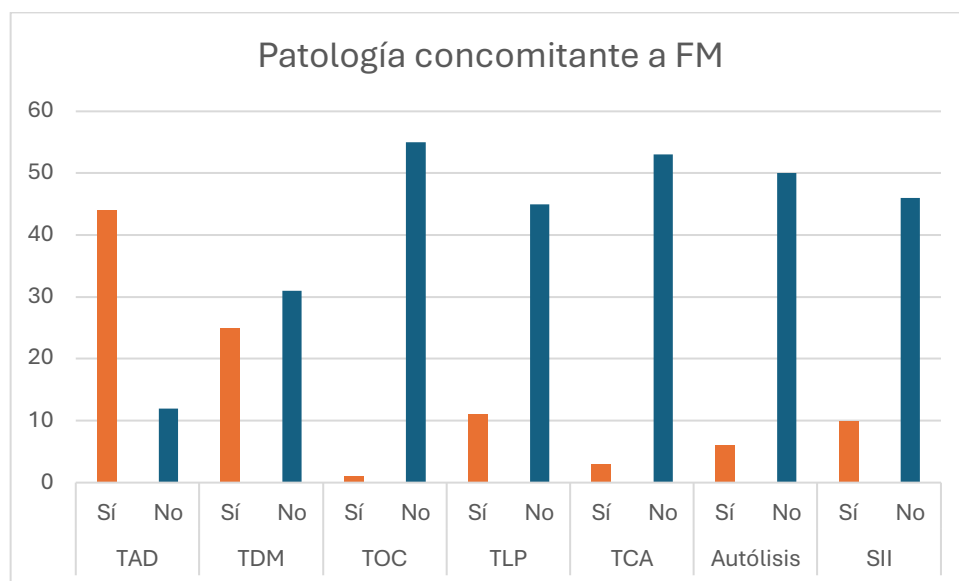


Ilustración 1: Patología concomitante a FM

Además de las manifestaciones clínicas, se ha analizado el **tratamiento** que reciben nuestros sujetos para la FM y, por tanto, el escalón terapéutico en el que se encontraban en el momento de la valoración pericial. En un 91,1% de los casos (N=51) se incluían los analgésicos y antiinflamatorios como tratamiento inicial de base (1^{er} escalón terapéutico de la escala analgésica de la OMS), pero la mayoría requerían de escalones superiores coadyuvantes. Un 76,8% (N=43) requería de tratamiento con opioides, un 50% (N=28) necesitaba usar relajantes musculares y un 26,8% (N=15) neuromoduladores. Un 3,6% de los pacientes (N=2) era refractario a todos estos tratamientos y, por tanto, no se lograba un correcto control algico.

Evaluamos el **seguimiento** de estos pacientes **por parte de tres especialidades** que están estrechamente interrelacionadas y que son de gran importancia en pacientes con diagnóstico de FM. Un 89,3% (N=50) de los sujetos tenían un seguimiento activo por parte de Psiquiatría-Psicología, otro 89,3% (N=50) recibía atención continua en el servicio de Reumatología, y, por otro lado, un 50% (N=28) de ellos, también eran valorados por la Unidad del Dolor.

La etiopatogenia de la FM es un tema complejo y con limitada evidencia empírica disponible, por ello, consideramos interesante estudiar qué mecanismos podían ser causantes de FM en nuestra población a estudio. En la **ilustración 2** se pueden observar los resultados obtenidos respecto al **mecanismo causal de FM**.

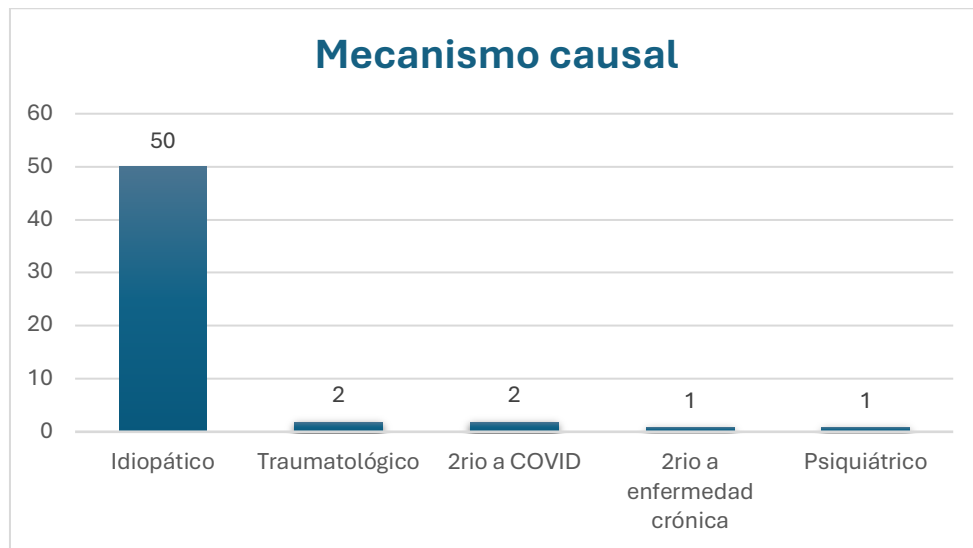


Ilustración 2: Mecanismo causal de fibromialgia.

La última variable cualitativa estudiada está relacionada con la **limitación que produce la FM** a diferentes niveles. Observamos que un 94,6% (N=53) de los sujetos presenta limitación a nivel funcional, un 83,9% (N=47) a nivel cognitivo y un 98,2% (N=55) a nivel laboral.

En la **tabla 3** se muestran los estadísticos descriptivos de las cuatro variables cuantitativas del estudio (edad, grado de FM, t_{Dx-Val} FM, y, por último, t_{Dx-Val} TP) en el que se determina la media, mediana, desviación estándar y el rango de valores.

Tabla 3: Estadísticos descriptivos de edad, grado de FM, t_{Dx-Val} FM y t_{Dx-Val} TP.

	Edad (años)	Grado de FM	t_{Dx-Val} FM (años)	t_{Dx-Val} TP (años)
Válidos (N)	47	38	53	56
Perdidos (N)	9	18	3	0
Media	51,11	3,11	7,09	8,93
Mediana	51,00	3,00	6,00	7,50
Desv. estándar	6,764	,798	6,087	6,350
Mínimo	38	1	1	0
Máximo	64	4	27	25

Análisis de la relación entre variables cualitativas y la incapacidad

Como se puede observar en la **tabla 4**, se ha determinado que existe una relación estadísticamente significativa entre la concesión de IP y la presencia de alteraciones NCG, la limitación a nivel cognitivo y el tratamiento con opiáceos y relajantes musculares.

Tabla 4: Asociación significativa entre la concesión de IP y limitación cognitiva, afectación NCG, tratamiento con opiáceos y relajantes musculares.

		Incapacidad			Estadístico de la prueba
		Denegada	Concedida	Total	
Limitación cognitiva	Sí	Recuento	15	32	$\chi^2 = 3,892$ $p = 0,049$
		% lim. NCG	31,9%	68,1%	
		% incapacidad	71,4%	91,4%	
	No	Recuento	6	3	
		% lim. NCG	66,7%	33,3%	
		% incapacidad	28,6%	8,6%	
Afectación NCG	Sí	Recuento	14	33	$\chi^2 = 7,423$ $p = 0,006$
		% afect. NCG	29,8%	70,2%	
		% incapacidad	66,7%	94,3%	
	No	Recuento	7	2	
		% afect. NCG	77,8%	22,2%	
		% incapacidad	33,3%	5,7%	
Tratamiento con opiáceos	Sí	Recuento	13	30	$\chi^2 = 4,174$ $p = 0,041$
		% tto opiáceos	30,2%	69,8%	
		% incapacidad	61,9%	85,7%	
	No	Recuento	8	5	
		% tto opiáceos	61,5%	38,5%	
		% incapacidad	38,1%	14,3%	
Tratamiento con relajantes musculares	Sí	Recuento	6	22	$\chi^2 = 6,171$ $p = 0,013$
		% tto relaj.	21,4%	78,6%	
		% incapacidad	28,6%	62,9%	
	No	Recuento	15	13	
		% tto relaj.	53,6%	46,4%	
		% incapacidad	71,4%	37,1%	

No se obtiene asociación estadísticamente significativa ($p = 0,878$) entre la limitación funcional y la concesión de IP. Para un 37,7% ($N=20$) de los sujetos que presentan limitación a este nivel, la solicitud de IP ha sido denegada, mientras que en un 62,3% de los casos esta incapacidad ha sido concedida. Por el contrario, dos de los individuos sin limitación funcional

(N=3) han obtenido la concesión de IP. Sin embargo, sí es estadísticamente significativa la relación respecto a la presencia de limitación cognitiva ($p = 0,049$) (**tabla 4**).

De las variables sobre las que no se obtuvieron asociaciones estadísticamente significativas ($p > 0,05$) encontramos: sexo, rigidez matutina y dolor generalizado (variables constantes, todos los sujetos de la muestra presentan estas manifestaciones y, por tanto, no existe asociación respecto al resultado final), fatiga crónica, alteraciones NVG, alteraciones del sueño, SQM, seguimiento especializado, trastornos depresivos (TAD, TDM, TLP, TCA, autólisis) y otros trastornos funcionales como SII. La **ilustración 3** muestra la frecuencia de IP concedidas según el mecanismo causal de fibromialgia, sin embargo, la relación no es estadísticamente significativa en nuestro estudio ($p=0,308$).

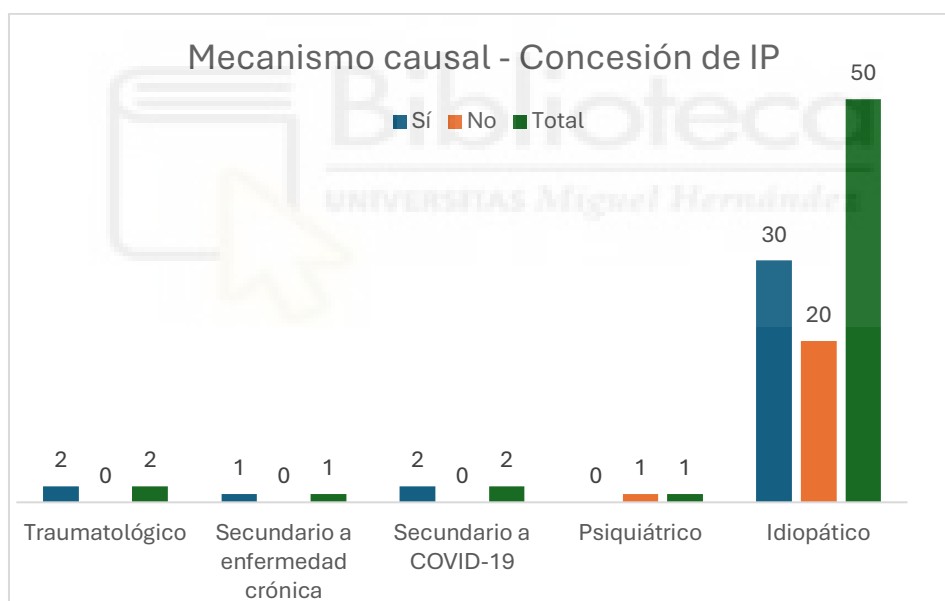


Ilustración 3: Frecuencia de IP concedidas según el mecanismo causal de FM.

Análisis de la relación entre variables cualitativas y el sexo

Se han hallado los datos descritos en la **tabla 5**, al analizar la correlación existente entre la variable independiente (sexo) respecto a la presencia de factores infecciosos y trastornos de sensibilidad central asociados a respuestas atípicas ante agentes ambientales (SQM, dermatitis inespecífica), siendo esta asociación estadísticamente significativa.

Tabla 5: Asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la presencia de SQM, patología infecciosa y dermatitis inespecífica. Prueba χ^2 (chi cuadrado).

			SQM			Estadístico de la prueba
			No	Sí	Total	
Sexo	Varón	Recuento	3	2	5	$\chi^2 = 6,518$ p = 0,011
		% sexo	60%	40%	100%	
		% SQM	5,9%	40%	8,9%	
	Mujer	Recuento	48	3	51	
		% sexo	94,1%	5,9%	100%	
		% SQM	94,1%	60%	91,1%	
			Infección por VEB			Estadístico de la prueba
			No	Sí	Total	
Sexo	Varón	Recuento	3	2	5	$\chi^2 = 21,156$ p <0,001
		% sexo	60%	40%	100%	
		% inf. VEB	5,6%	100%	8,9%	
	Mujer	Recuento	51	0	51	
		% sexo	100%	0%	100%	
		% inf. VEB	94,4%	0%	91,1%	
			Infección por VVZ			Estadístico de la prueba
			No	Sí	Total	
Sexo	Varón	Recuento	3	2	5	$\chi^2 = 21,156$ p < 0,001
		% sexo	60%	40%	100%	
		% inf. VVZ	5,6%	100%	8,9%	
	Mujer	Recuento	51	0	51	
		% sexo	100%	0%	100%	
		% inf. VVZ	94,4%	0%	91,1%	
			Infección por VHS6			Estadístico de la prueba
			No	Sí	Total	
Sexo	Varón	Recuento	4	1	5	$\chi^2 = 10,385$ P = 0,001
		% sexo	80%	20%	100%	
		% inf. VHS6	7,3%	100%	8,9%	
	Mujer	Recuento	51	0	51	
		% sexo	100%	0%	100%	
		% inf. VHS6	92,7%	0%	91,1%	
			Infección por CMV			Estadístico de la prueba
			No	Sí	Total	
Sexo	Varón	Recuento	3	2	5	$\chi^2 = 12,996$ p < 0,001
		% sexo	60%	40%	100%	
		% inf. CMV	5,7%	66,7%	8,9%	
	Mujer	Recuento	50	1	51	
		% sexo	98%	2%	100%	
		% inf. CMV	94,3%	33,3%	91,1%	
			Infección por VHS			Estadístico de la prueba
			No	Sí	Total	
Sexo	Varón	Recuento	4	1	5	$\chi^2 = 4,303$ p = 0,038
		% sexo	80%	20%	100%	
		% inf. VHS	7,4%	50%	8,9%	
	Mujer	Recuento	50	1	51	

		% sexo	98%	2%	100%	
		% inf. VHS	92,6%	50%	91,1%	
		Dermatitis inespecífica 2ria a productos químicos				Estadístico de la prueba
			No	Sí	Total	
Sexo	Varón	Recuento	3	2	5	$\chi^2 = 21,156$ $p < 0,001$
		% sexo	60%	40%	100%	
		% inf. Derm	5,6%	100%	8,9%	
	Mujer	Recuento	51	0	51	
		% sexo	100%	0%	100%	
		% inf. Derm	94,4%	0%	91,1%	

Análisis de la comparación de medias en función del grado de incapacidad

En la **tabla 6** se muestran los estadísticos descriptivos de la edad, grado de FM, t_{Dx-Val} FM, y, por último, t_{Dx-Val} TP en función del grado de incapacidad.

Tabla 6: Estadísticos descriptivos de la edad, grado de FM, t_{Dx-Val} FM, y t_{Dx-Val} TP en función del grado de incapacidad.

	Grado de incapacidad	N	Media	Desv. estándar	Mínimo	Máximo	Estadístico de la prueba
Edad (años)	Denegada	18	51,11	6,850	39	64	*F = 0,078 p = 0,925
	Total	10	51,80	7,899	41	64	
	Absoluta	19	50,74	6,402	38	61	
Grado de FM	Denegada	14	2,50	,855	1	4	**H = 11,962 p = 0,003
	Total	9	3,56	,527	3	4	
	Absoluta	15	3,40	,507	3	4	
t_{Dx-Val} FM (años)	Denegada	18	4,17	4,033	1	14	H = 15,481 p < 0,001
	Total	13	4,85	3,132	1	10	
	Absoluta	22	10,82	6,926	2	27	
t_{Dx-Val} TP (años)	Denegada	21	7,05	6,265	0	25	H = 11,534 p = 0,003
	Total	13	6,54	3,929	1	12	
	Absoluta	22	12,14	6,446	4	25	

*F de Snedecor (ANOVA).

** H de Kruskal-Wallis (Prueba de Kruskal-Wallis).

En el análisis realizado mediante la prueba de Kruskal-Wallis (**tabla 6**) se ha encontrado que existen diferencias estadísticamente significativas en los tiempos hasta la valoración de la FM y TP, así como en el grado de FM en función de la concesión de incapacidad permanente (denegada, incapacidad total, incapacidad absoluta) y principalmente de t_{Dx-Val} FM como se

puede observar en la **ilustración 4**. Para la edad no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas mediante la prueba ANOVA.

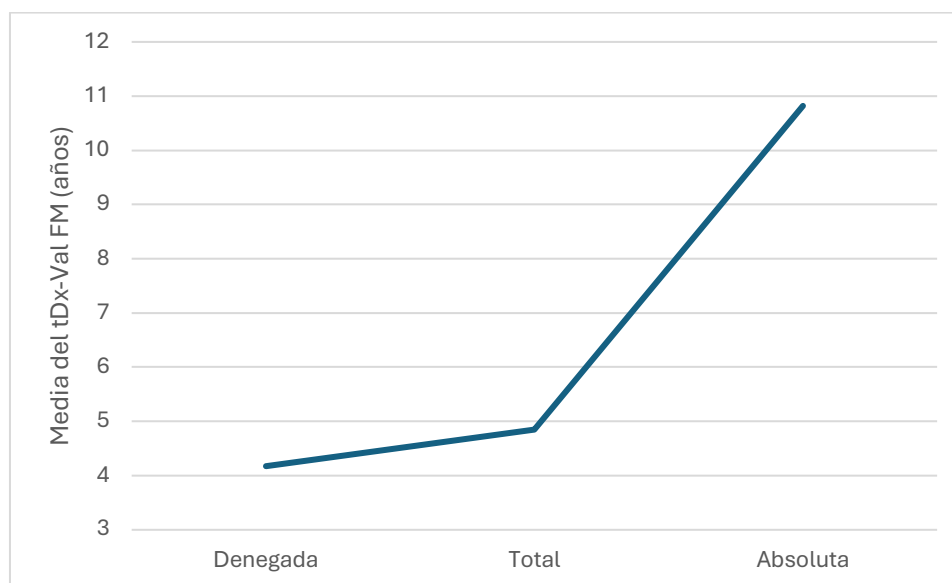


Ilustración 4: Media del tDx-Val FM en relación con la concesión de incapacidad en cualquiera de sus grados.

Análisis de la comparación de medias en función de la concesión o no de incapacidad

Cuando consideramos la variable incapacidad en dos grupos (denegada y concedida), para una mejor interpretación de los datos, observamos la misma asociación con la prueba U Mann-Whitney (mayores tiempos de diagnóstico y mayor grado de fibromialgia en aquellos a los que se les fue declarada la incapacidad (total o absoluta)) como se puede ver en la tabla 9.

Tabla 7: Asociación entre la concesión o no de incapacidad permanente y la edad, grado de FM, tDx-Val FM y tDx-Val TP.

	Incapacidad Sí/No	N	Media	Desv. estándar	Mínimo	Máximo	Estadístico de la prueba
Edad (años)	Denegada	18	51,11	6,850	39	64	*t = 0,004 p = ,499
	Concedida	29	51,10	6,831	38	64	
Grado de FM	Denegada	14	2,50	,855	1	4	**U = 63,000 p <0,001
	Concedida	24	3,46	,509	3	4	
t_{Dx-Val} FM (años)	Denegada	18	4,17	4,033	1	14	U = 157,000 p = 0,003
	Concedida	35	8,60	6,454	1	27	
t_{Dx-Val} TP (años)	Denegada	21	7,05	6,265	0	25	U = 233,000 p = 0,022
	Concedida	35	10,06	6,216	1	25	

* t de Student (Prueba t).

** U de Mann-Whitney (Prueba de Wilcoxon-Mann-Whitney).

Por su parte, la prueba t de student aplicada no mostró diferencias en la edad, siendo de media 51 años en ambos grupos (**tabla 7**).

7. DISCUSIÓN

En nuestro análisis, la población a estudio es concordante con la literatura descrita (5), ya que observamos una gran predisposición de la enfermedad por el sexo femenino y un mecanismo causal principalmente idiopático. Por otro lado, se describe una prevalencia máxima en la población general situada entre los 30 y los 50 años(5), mientras que en nuestro estudio se aprecia una edad de aparición media de 51,11 años con un rango entre los 38 y 64 años. Presumiblemente se deba al tiempo que transcurre desde que el paciente es diagnosticado hasta que solicita la valoración médico-legal. Asimismo, se ha observado que todos los sujetos presentan dolor muscular generalizado y rigidez articular de predominio matutino, manifestaciones de la enfermedad consideradas criterios clínicos para su diagnóstico, y, por tanto, coherentes con los resultados obtenidos.

Respecto al análisis de sintomatología asociada, se ha determinado que un 83,9% de los sujetos presentan alteraciones NCG (dificultad para la concentración o pérdida de memoria), un 94,6% asocia alteraciones del sueño (sueño no reparador) y un 71,4% alteraciones NVG (mareos). Sin embargo, nuestro análisis bivalente (incapacidad denegada/concedida en función de la clínica presente) determina que la afectación NCG y la limitación que esta produce, son la única manifestación estadísticamente significativa y, por tanto, considerada más relevante que la limitación funcional en el ámbito judicial, siendo un probable factor predictor de concesión de la prestación.

Diversos artículos(11);**Error! No se encuentra el origen de la referencia.** establecen la alta comorbilidad existente entre la FM y los TP. En nuestro estudio se aprecia un diagnóstico

concomitante en el 98,21% de los casos, destacando el diagnóstico de TAD en un 78,6% de los mismos. No es significativa la presencia de ningún tipo de TP acompañante a la hora de valorar la prestación de IP, pero sí el tiempo que ha transcurrido desde su diagnóstico hasta la valoración pericial. Esa significancia es mayor cuando se analiza el tiempo respecto al diagnóstico de FM, de forma que, a mayor intervalo temporal, mayor es el grado de IP obtenido (absoluta > total > denegada). Esa relación directamente proporcional también se aplica en función del grado de FM que presente el paciente.

No se establece asociación estadísticamente significativa entre la etiopatogenia de FM y la concesión de incapacidad, sin embargo, se puede observar que en aquellos casos donde el mecanismo causal no era idiopático o secundario a trastornos emocionales, siempre se ha concedido la prestación. Probablemente se deba a la falta de criterios medibles y de hallazgos anormales en pruebas objetivas que afectan a su diagnóstico y valoración (6).

Ante la ausencia de parámetros objetivos que nos permitan graduar la severidad de la enfermedad, se necesita encontrar una forma de evidenciar el diagnóstico y la valoración de incapacidad secundaria a FM mediante algún parámetro no sesgado(12). En nuestro estudio hemos querido valorar si el tratamiento utilizado para la FM puede ser ese posible criterio objetivo, y para ello, se ha analizado la relación existente entre la concesión de esta prestación y el uso de escalones superiores en la escala analgésica de la OMS (opiáceos y relajantes musculares) siendo esta asociación significativa, y, por tanto, demostrándose que, a mayores escalones terapéuticos, mayor probabilidad de obtener la prestación de IP en el ámbito judicial.

Una de las hipótesis del estudio era plantear si el hecho de recibir seguimiento por parte de especialidades como la Unidad del Dolor, podría ser un factor determinante respecto a la obtención de IP, al poder ser considerado un indicador de mayores requerimientos analgésicos

y, por tanto, de presentar una condición basal más grave. Para su estudio, se pretendía evaluar el seguimiento de estos pacientes por diferentes especialidades para valorar, además, esa cadencia de los pacientes ante la incertidumbre que presenta la FM y su retraso diagnóstico. Sin embargo, no obtuvimos resultados significativos dada la poca muestra y finalmente centramos el estudio en tres de ellas (psiquiatría, reumatología y unidad del dolor) que tampoco resultaron significativas respecto a la concesión de IP, principalmente porque la mayoría de nuestra población recibía seguimiento activo por su parte y, por tanto, no siendo determinantes en la resolución final de IP.

Como hallazgo casual del estudio, se ha observado una relación estadísticamente significativa entre ser varón y tener antecedentes y/o diagnóstico de SQM, infecciones por VEB, VVZ, VHS6, VHS o CMV; y dermatitis inespecífica secundaria a productos químicos. Aparecen en menor medida (SQM, VHS, CMV) en las mujeres, a pesar de ser la mayor parte de la muestra, e incluso algunos factores como infección por VEB, VVZ o VHS6 y dermatitis inespecífica, no aparecen en ninguna de ellas. Podría ser una línea de investigación interesante para futuros estudios analizar la relación existente entre pacientes varones con diagnóstico de fibromialgia y presencia de antecedentes de este tipo, que incluso podrían favorecer el desarrollo de la enfermedad.

8. CONCLUSIONES

- El grado de fibromialgia se relaciona significativamente con la concesión de IP de manera directamente proporcional. A mayor grado de fibromialgia, más probabilidad de obtener un grado superior de incapacidad a nivel judicial.
- El tiempo que transcurre desde el diagnóstico de fibromialgia hasta la valoración pericial es un factor determinante en la concesión de la prestación de IP, obteniéndose con mayor seguridad la IPA cuanto mayor sea el intervalo temporal.

- El diagnóstico de TP concomitante no es relevante respecto a la concesión de la prestación de IP, pero sí lo es el periodo de tiempo que transcurre desde que se diagnostica hasta la valoración pericial.
- El uso de fármacos como opioides, relajantes musculares y sedantes para el tratamiento de la FM puede ser interpretado como un indicador clínico indirecto de severidad sintomática y, por tanto, contribuye a ser valorado de esa forma a nivel judicial y justificar la concesión de IP.

9. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Piton J, Grellmann BS, Baldin DV, Marcon JN, Wendt JR. Diagnostic Criteria For Fibromyalgia: Challenges And Future Perspectives. Cien Saude Colet. 2025; 15:15241-15250.
- (2) Alegre C, Carbonell J, Gobbo M, Guzmán M, Rivera J, Vidal J. Fibromialgia. Rev Esp Reumatol. [En línea] [Fecha de consulta: 13/04/2025]. Disponible en: <http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/Fibromialgia.pdf>
- (3) Ledezma-Herrera N, Londoño-Gutiérrez N, Salazar-Dulcey M.L, Saavedra-Torres J.S. Mapeo sistemático: manifestaciones clínicas de la fibromialgia en relación con factores contextuales y clínicos. SANUM. 2025; 9:36-51.
- (4) Duque RH, Andrade CVC, Campos VR, Moulaz IR, Albertino LF, de Oliveira Gavi MBR. Cross-sectional study of psychiatric disorders in patients with chronic musculoskeletal pain and individuals without pain. Adv Rheumatol. 2024;10; 64:40.
- (5) Palop Larrea V, Roth Damas P, Escuder Tella A. Síndrome de fibromialgia. AMF. 2022; 18:434-445.
- (6) Helfenstein M, Goldenfum MA, Siena CA. Fibromyalgia: clinical and occupational aspects. Rev Assoc Med Bras. 2012; 58:358-65.

- (7) Wasti AZ, Mackawy AMH, Hussain A, Huq M, Ahmed H, Memon AG. Fibromyalgia interventions, obstacles and prospects: narrative review. *Acta Myol.* 2023; 42:71-81.
- (8) Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado*, nº 261 (31-10-2015).
- (9) Ley 2/2025, de 29 de abril, por la que se modifican el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por el Real Decreto Legislativo 2/2025, de 23 de octubre, en materia de extinción del contrato de trabajo por incapacidad permanente de las personas trabajadoras, y el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, en materia de incapacidad permanente. *Boletín Oficial del Estado*, nº 104 (30-04-2025).
- (10) Regal-Ramos RJ. ¿Qué características epidemiológicas tienen los pacientes con fibromialgia e incapacidad laboral que se reincorporan a un puesto de trabajo? *SEMERGEN.* 2021;5, 287-294.
- (11) LoBrutto LR, Keeley JW, Dautovich ND. Applying the Somatic Symptom Disorder Diagnosis to Individuals with Fibromyalgia: Strengths and Limitations. *J Clin Psychol Med Settings.* 2024; 31:607-613.
- (12) Fitzcharles MA, Ste-Marie P, Panopalis P, Menard H, Shir Y, Wolfe F. The 2010 American college of rheumatology fibromyalgia survey diagnostic criteria and symptom severity scale is a valid and reliable tool in a French speaking fibromyalgia cohort. *BMC.* 2012; 13:179.

10. ANEXO

ANEXO 1. HOJA DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE
Edad	Cuantitativa (años)
Sexo	Mujer/Varón
Rigidez matutina	SÍ/NO
Grado de fibromialgia	Grado I, Grado II, Grado III, Grado IV
t _{Dx-Val} FM	Cuantitativa (años)
Dolor muscular generalizado	SÍ/NO
Escala de dolor numérica	Cuantitativa (0-10 puntos)
Puntos de FM	Cuantitativa (0-18 puntos)
Índice de dolor generalizado (WPI)	Cuantitativa (0-19 puntos)
Escala de gravedad de síntomas (SSS)	Cuantitativa (0-12 puntos)
FM Score	Cuantitativa (0-31 puntos)
FIQ	Cuantitativa (0-100 puntos)
FHAQ	Cuantitativa (0-3 puntos)
Afectación NCG	SÍ/NO
Alteraciones del sueño	SÍ/NO
Afectación NVG	SÍ/NO
TAD	SÍ/NO
TDM	SÍ/NO
Trastorno obsesivo compulsivo	SÍ/NO
TLP	SÍ/NO
Trastorno conversivo	SÍ/NO
TCA	SÍ/NO
Intento de autólisis	SÍ/NO
Índice de depresión (BDI)	Cuantitativa
t _{Dx-Val} TP	Cuantitativa (años)
Diarrea crónica	SÍ/NO
SII	SÍ/NO
Faringitis crónica	SÍ/NO
Bronquitis crónica	SÍ/NO
SAOS	SÍ/NO
Asma crónica	SÍ/NO
Síndrome de Tako-tsubo	SÍ/NO
Taquicardia paroxística por estrés	SÍ/NO
Tratamiento con analgésicos	SÍ/NO
Tratamiento con antiinflamatorios	SÍ/NO
Tratamiento con opiáceos	SÍ/NO
Tratamiento con relajantes musculares	SÍ/NO
Tratamiento con neuromoduladores	SÍ/NO
Tratamiento con sedantes	SÍ/NO

Refractario a todo tratamiento	SÍ/NO
Seguimiento por MFyC	SÍ/NO
Seguimiento por reumatología	SÍ/NO
Seguimiento por unidad del dolor	SÍ/NO
Seguimiento por psiquiatría-psicología	SÍ/NO
Seguimiento por neurología	SÍ/NO
Seguimiento por rehabilitación	SÍ/NO
Seguimiento por cirugía maxilofacial	SÍ/NO
Seguimiento por medicina interna	SÍ/NO
Seguimiento por digestivo	SÍ/NO
Seguimiento por traumatología	SÍ/NO
SQM	SÍ/NO
Fatiga crónica	Grado I, grado II, grado III, desconocido, NO.
Fatiga crónica	SÍ/NO
Mecanismo causal	Idiopático, COVID, enfermedad crónica, psiquiátrico, traumatológico.
Síndrome de Sjögren	SÍ/NO
Artritis reumatoide	SÍ/NO
Vasculitis leucocitoclástica	SÍ/NO
Lupus	SÍ/NO
Espondilitis anquilosante	SÍ/NO
Afectación a nivel de las rodillas	SÍ/NO
Afectación a nivel de los pies	SÍ/NO
Afectación a nivel dorso-lumbar	SÍ/NO
Afectación a nivel de los hombros	SÍ/NO
Afectación a nivel de muñecas	SÍ/NO
Afectación a nivel de caderas	SÍ/NO
Afectación a nivel de tobillos	SÍ/NO
Afectación a nivel mandibular	SÍ/NO
Afectación a nivel cervical	SÍ/NO
Afectación a nivel de codos	SÍ/NO
Infección por VEB	SÍ/NO
Infección por VVZ	SÍ/NO
Infección por CMV	SÍ/NO
Infección por VHS6	SÍ/NO
Infección por VHS	SÍ/NO
Dermatitis inespecífica a productos químicos	SÍ/NO
Limitación a nivel funcional	SÍ/NO
Limitación a nivel cognitivo	SÍ/NO
Afectación a nivel laboral	SÍ/NO
Grado de discapacidad	Cuantitativa (%)
Índice de Barthel	Dependencia Leve/Moderado/Grave
Incapacidad	Denegada/Total/Absoluta

Incapacidad	Concedida/Denegada
-------------	--------------------

