



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



ORIGINAL

Características epidemiológicas de los pacientes evaluados por fibromialgia en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid



R.J. Regal Ramos

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, Inspector Médico del Instituto Nacional de la Seguridad Social, Dirección Provincial de Madrid, Madrid, España

Recibido el 5 de octubre de 2015; aceptado el 21 de diciembre de 2015

Disponible en Internet el 6 de febrero de 2016

PALABRAS CLAVE

Fibromialgia;
Epidemiología;
Prevalencia;
Características
clínicas

Resumen

Objetivo: Conocer las características epidemiológicas de los pacientes con fibromialgia que solicitan la valoración de una incapacidad laboral.

Método: Se realizó un estudio descriptivo en el que se incluyeron los pacientes valorados en la Unidad Médica de la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de Madrid entre los años 2005 a 2014, en cuyo informe de valoración figurase el diagnóstico de fibromialgia. Estudiamos las variables: edad, sexo, estado civil, comorbilidad (hipotiroidismo, cervicalgia, enfermedad psiquiátrica mayor o menor y síndrome de túnel carpiano), ocupación profesional, nivel de capacitación y régimen de afiliación a la seguridad social.

Resultado: El total de pacientes estudiados fue de 5.501. La mediana de edad fue de 53 años. Respecto a la población general activa de nuestro entorno, observamos un 47% más de mujeres, un 12% menos de casados, un 25% menos de trabajadores con estudios superiores y un 23% más de empleos no cualificados. Respecto a la población en edad laboral de nuestro entorno, obtenemos una prevalencia marcadamente aumentada de cervicalgia (razón de prevalencia: 2,0), hipotiroidismo (razón de prevalencia: 2,4) y de síndrome del túnel carpiano (razón de prevalencia: 3,0). El 58% de la muestra presenta enfermedad psiquiátrica.

Conclusión: Podemos concluir que el perfil del paciente con fibromialgia valorado en la UMEVI es una mujer, de entre 46-60 años, mayoritariamente con un trabajo poco cualificado y un nivel de estudios primario, que en más de la mitad de los casos asocia enfermedad psiquiátrica y que con frecuencia asocia los diagnósticos de cervicalgia, síndrome del túnel carpiano e hipotiroidismo. © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Correos electrónicos: raul-jesus.regal@seg-social.es, raulregal@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.12.015>

1138-3593/© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Fibromyalgia;
Epidemiology;
Prevalence;
Clinical
characteristics

Epidemiological characteristics of patients evaluated with fibromyalgia in the Assessment of Disability Unit of Madrid**Abstract**

Objective: To determine the epidemiological characteristics of patients with fibromyalgia requiring assessment of incapacity for work.

Method: A descriptive study was conducted on the patients evaluated in the Medical Unit of the National Institute of Social Security in Madrid in the period from 2005 to 2014 with the diagnosis of fibromyalgia. A study was made on the variables: age, sex, marital status, comorbidity (hypothyroidism, neck pain, psychiatric disorders, and carpal tunnel syndrome), professional occupation, level of education, and type of affiliation to the National Institute of Social Security.

Result: The total number of patients studied was 5,501. The median age was 53 years. Compared to the general working population in our area there were 47% more women, 12% less married people, 25% less workers with higher education, and 23% more unskilled occupations. As regards the working population in our area, there is a markedly increased prevalence of neck pain (prevalence ratio: 2.0), hypothyroidism (prevalence ratio 2.4), and carpal tunnel syndrome (prevalence ratio: 3.0). More than half (58%) of the sample presented with psychiatric disorders.

Conclusion: It can be concluded that the profile of the patient with fibromyalgia assessed in the UMEVI is a woman, aged 46-60 years, mostly with a relatively unskilled job, and with primary level education. More than half of the cases had associated psychiatric disorders, and often associated with neck pain diagnoses, carpal tunnel syndrome, and hypothyroidism.

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La fibromialgia (FM) o síndrome fibromiálgico es un cuadro clínico de origen desconocido definido en 1990 por el American College of Rheumatology¹ como la presencia de dolor crónico (más de 3 meses de duración) y generalizado (en al menos 3 de los 4 cuadrantes corporales), junto con 11 o más de 18 puntos dolorosos específicos. A lo largo del tiempo el contenido de la enfermedad ha dejado de centrarse en los síntomas del aparato locomotor; así, en 2010 el American College of Rheumatology² propone unos nuevos criterios que ya no requieren la palpación de puntos dolorosos y que evalúan al paciente en función del número de regiones dolorosas (Widespread Pain Index) y de una escala de gravedad (Symptom Severity Score) de la fatiga, del sueño no reparador y de los síntomas cognitivos.

La prevalencia en España, según datos del estudio EPISER 2000³, se sitúa en un 2,4%, con un claro predominio en mujeres (4,2 frente a 0,2% en hombres) y un pico de prevalencia entre los 40 y los 49 años.

Entre otras variables, se han relacionado con una evolución desfavorable la presencia de problemas psiquiátricos⁴ o la ausencia de una profesión remunerada fuera de hogar^{5,6}, mientras que se asocian a mejor pronóstico un nivel educativo más alto, el inicio a edades tempranas o la ausencia de trastornos del sueño⁷. Por último, mientras que algunos estudios⁸ han observado una sintomatología más prolongada e invalidante en pacientes que desarrollan FM tras un traumatismo o una cirugía con implicaciones legales, otros autores⁹ no han encontrado diferencias en la duración e intensidad de la sintomatología de pacientes con litigios pendientes.

La tendencia a la cronificación de la FM, sus complejos y prolongados tratamientos y los altos costes sanitarios que supone¹⁰ obligan a profundizar en el estudio de las características epidemiológicas de estos pacientes, con la finalidad de conocer en qué casos estaría justificada una vigilancia de la salud más estrecha.

Justificación del estudio

El aumento de la incidencia de la FM, sus complejos y prolongados tratamientos, su tendencia a la cronificación, la mala calidad de vida asociada y los altos costes sanitarios que supone¹⁰. obligan a profundizar en su estudio con el fin de detectar aquellos pacientes que presentan una peor evolución.

Conocer las características de estos pacientes nos permitirá saber en qué casos estaría justificada una vigilancia de la salud más estrecha.

Objetivo

Conocer las características epidemiológicas de los pacientes con FM que requieren la valoración de una incapacidad laboral.

Material y método

Los expedientes de IP tienen entre su documentación un «informe médico de síntesis» (IMS) realizado por los médicos inspectores del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) que recoge y resume la clínica, las exploraciones, las

pruebas complementarias, las enfermedades, los tratamientos y la valoración funcional y laboral de estos pacientes. Dicho informe consta de varios apartados, siendo uno de los principales el reservado para el diagnóstico. De este apartado diagnóstico recabaremos la información médica de este estudio.

Se realiza un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en el que se incluyen los pacientes valorados antes de agotar el periodo máximo de incapacidad temporal en la Unidad Médica de la Dirección Provincial del INSS de Madrid entre los años 2005 y 2014 en cuyo IMS figurase el diagnóstico de FM y términos relacionados (síndrome fibromiálgico, artromialgias generalizadas inespecíficas). Por limitaciones informáticas solo fueron seleccionados los expedientes valorados antes de agotar el periodo máximo de incapacidad temporal (expedientes iniciados a petición del paciente, del servicio público de salud, de la mutua o del propio INSS). No se valora un volumen superior compuesto por expedientes llegados al plazo máximo de incapacidad temporal, expedientes internacionales, expedientes de MUFACE, reclamaciones, revisiones, etc.

En todos los casos se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, ocupación profesional, nivel de capacitación y régimen de afiliación a la Seguridad Social; también las siguientes comorbilidades recogidas en el apartado diagnóstico del IMS: hipotiroidismo, cervicalgia, trastorno psiquiátrico mayor o menor y síndrome del túnel carpiano (STC).

En la variable «trastorno psiquiátrico» se diferencian 2 grupos. Por una parte, aquellas enfermedades graves y habitualmente crónicas que suelen afectar a las facultades superiores, suelen ser progresivas y alteran el juicio sobre la realidad (esquizofrenia y psicosis de curso crónico y progresivo o con frecuentes recurrencias y síntomas residuales, trastornos bipolares, trastorno depresivo crónico severo o con síntomas psicóticos, demencias). El segundo grupo lo constituyen aquellas enfermedades en las que las facultades superiores (pensamiento, juicio, lenguaje) suelen encontrarse intactas: síndromes depresivos de mayor o menor entidad, distimias, trastornos de ansiedad, fobias, trastornos de la personalidad, trastornos adaptativos, etc.

Para establecer la variable «ocupación profesional» se utilizó la aplicación AYUDACOD del Instituto Nacional de Estadística, de modo que al introducir la profesión de cada paciente este programa nos dio un código que se encuadró en uno de los 10 grandes grupos de la Clasificación Nacional de Ocupaciones del año 2011.

Para la variable «nivel de capacitación» utilizamos los criterios de equivalencia establecidos por la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 2011 (tabla 1).

Posteriormente se comparó la prevalencia de las variables en nuestra muestra y en la población general. Los datos de la población general se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística, de la Encuesta de Población Activa y de la literatura médica de referencia de nuestro entorno.

La fuente primaria de información fue la Unidad de Informática de la Dirección Provincial del INSS de Madrid.

Para el procesamiento de los datos y los cálculos estadísticos se creó una base de datos con Microsoft Excel.

Tabla 1 Clasificación del nivel de capacitación según los criterios de equivalencia establecidos por la Clasificación Nacional de Ocupaciones del año 2011

Grupos CNO-2011	Nivel de capacitación (simplificado)
I: Dirección de las empresas y de las administraciones públicas	3, 4
II: Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	4 («universitarios»)
III: Técnicos y profesionales de apoyo	3 («FP II»)
IV: Empleados de tipo administrativo	2 («ESO y FP I»)
V: Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores de los comercios	
VI: Trabajadores cualificados en la agricultura y en la pesca	
VII: Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción y la minería, excepto los operadores de instalaciones y maquinaria	
VIII: Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores	
IX: Trabajadores no cualificados («peones»)	1 («Primaria»)
X: Fuerzas armadas	1, 2, 4

CNO-2011: Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Consideraciones éticas

El presente estudio se realizó con la autorización de la Dirección General del INSS.

La información perteneciente a los pacientes integrantes del estudio se trató de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos personales.

Resultados

El total de pacientes estudiados fue de 5.501.

La mediana de edad es de 53 años, encontrándose el 66% de la muestra entre los 46 y los 60 años. El 92% de la muestra eran mujeres (tabla 2).

El 52% de la muestra estaban casados, un 12% menos que la población general. La relación número de mujeres/número de hombres entre los casados fue de 12/1, y entre los no casados, de 13/1.

El total de pacientes con FM + hipotiroidismo fue de 502 (488 mujeres), obteniendo una prevalencia total del 9,12%, un 9,56% en mujeres y un 3,50% en hombres.

Tabla 2 Características epidemiológicas de la muestra

	Variable	Muestra	Población general
Sexo	Mujeres	92%	45%
	Hombres	8%	55%
Comorbilidad	Hipotiroidismo	502 (9,12%)	3,8% ¹¹
	Cervicoartrosis/cervicalgia	1.613 (29,32%)	15% ³
	Enfermedad psiquiátrica mayor	17 (0,30%)	19,5% ¹²
	Enfermedad psiquiátrica menor	3.209 (58,33%)	
	Síndrome del túnel carpiano	503 (9,143%)	3% ¹³
Grupos CNO-2011	I	30 (0,54%)	5%
	II	241 (4,38%)	18%
	III	291 (5,28%)	12%
	IV	1.055 (19,17%)	11%
	V	1.619 (29,43%)	21%
	VI	27 (0,49%)	2%
	VII	367 (6,67%)	12%
	VIII	55 (0,99%)	8%
	IX	1.816 (33,01%)	10%
	X	0	1%
Nivel de capacitación	4 y 3	562 (10,21%)	35%
	2	3.123 (56,77%)	54%
	1	1.816 (33,01%)	11%

CNO-2011: Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011.

El 29,32% de la muestra presenta afección cervical, expresada con distintos diagnósticos en el IMS (cervicoartrosis, cervicalgia o discopatía cervical), y un 9,10% STC.

El 58,64% de la muestra asocia el diagnóstico de enfermedad psiquiátrica, siendo prácticamente la totalidad de los casos debidos a lo que en este estudio hemos calificado como enfermedad psiquiátrica menor (trastorno depresivo no severo, distimias, trastornos de ansiedad, fobias, trastornos de la personalidad y trastornos adaptativos).

Los trabajadores no cualificados son los que más prevalecen (33%), seguidos de los que tienen ocupaciones del grupo V (29%). La Comunidad de Madrid tiene una proporción menor de agricultores y ganaderos que el resto del estado español, lo que explica el escaso porcentaje de la muestra (tabla 2). El hecho de que haya un 0% de pacientes de las fuerzas armadas se explica porque la invalidez de estas personas se tramita en otras instituciones distintas al INSS.

Respecto a los datos del Instituto Nacional de Estadística, los resultados del estudio muestran, para la variable «nivel de capacitación», un 25% menos de sujetos con estudios superiores y un 22% más con estudios primarios.

No existen diferencias con la población general en cuanto al régimen de afiliación a la Seguridad Social. En nuestra muestra, un 87% de los pacientes pertenecen al régimen general, un 10% al de autónomos y un 2% al de empleados del hogar, mientras que los porcentajes en la Encuesta de Población Activa son de un 85, un 13 y un 2%, respectivamente.

Discusión

En la población general, la prevalencia máxima de FM se sitúa entre los 40 y los 49 años¹⁴, mientras que en nuestra muestra dicho máximo se retrasa para situarse entre los

46 y los 60 años. Probablemente el motivo sea que pasan varios años desde que el paciente tiene el diagnóstico hasta que inicia el trámite de solicitar la invalidez.

Al igual que ocurre con la FM en la población general¹⁴, la prevalencia de FM en mujeres en nuestra muestra es muy superior a la de los varones. Aunque se han planteado factores psicosociales^{15,16} o un sistema nociceptivo más discriminativo y con mayor capacidad de ser sensibilizado en las mujeres que en los hombres¹⁷, en la actualidad no se han objetivado diferencias biológicas ni fisiológicas entre ambos sexos que puedan explicar esta desproporcionada relación.

En nuestro entorno, la prevalencia de hipotiroidismo clínico en mujeres en edad laboral se sitúa en torno al 0,38%, frente al 0,02% de los hombres¹¹. Nuestros resultados indican que el hipotiroidismo es 2,4 veces más frecuente en los pacientes diagnosticados de FM (razón de prevalencia = 2,401, $p = 0,125$). Diversos autores han relacionado la FM con el hipotiroidismo^{18,19}, pudiendo encontrarse el mecanismo fisiopatogénico de dicha relación en la alteración de la conversión periférica de T4 a T3 debido a la inhibición de la enzima 5-monodeshidrogenasa.

El estudio EPISER 2000³ nos mostró que la prevalencia puntual de la cervicalgia de cualquier intensidad en la población de Madrid mayor de 20 años se sitúa en torno al 15%. Es conocida la frecuente coexistencia de cervicalgia y FM^{20,21}. Este trabajo muestra una prevalencia puntual de cervicalgia de casi el 30% en los pacientes con FM. Teniendo en cuenta que recogemos solo los pacientes en edad laboral y aquellas cervicalgias de la suficiente entidad como para ser recogidas en el apartado diagnóstico del IMS, obtenemos que la prevalencia de cervicalgia en los pacientes con FM al menos duplica la prevalencia de cervicalgia en la población general. La existencia de un conflicto psicológico manifestado subyacente ha sido descrita tanto en la FM²² como en determinadas cervicalgias prolongadas²³.

Al igual que en otros estudios²⁴ observamos una mayor prevalencia de enfermedad psiquiátrica que en la población general. Respecto a otros estudios realizados en pacientes con FM, obtenemos prevalencias similares²⁵. La enfermedad mental es frecuente en los pacientes con FM, pero tenemos que tener en cuenta 2 aspectos a la hora de valorar esta asociación:

- La prevalencia de depresión no es demasiado alta cuando la comparamos con otras enfermedades crónicas que causan dolor, como la artritis reumatoide²⁶.
- Frecuentemente los pacientes con ansiedad y depresión manifiestan dolor como síntoma relevante; hasta el 78% según algunos autores²⁷.

La prevalencia de STC observada en nuestra muestra (9,1%) triplica la estimada para la población general (3%)²⁸. Sin embargo, respecto a la prevalencia del STC en pacientes con FM, observamos cifras algo inferiores a las reportadas por otros autores²⁹. Como la FM, el STC se trata de una dolencia más frecuente entre los pacientes diagnosticados de hipotiroidismo; sin embargo, aunque en nuestra muestra el STC está presente en 503 pacientes y el hipotiroidismo en 502, ambos diagnósticos solo coinciden en 57 pacientes.

Es, por tanto, frecuente que el paciente diagnosticado de FM asocie afección osteomuscular y psiquiátrica. Por esta enfermedad acompañante y por sus características clínicas suele situarse a la FM en el ámbito de la reumatología y la psiquiatría. Así, al igual que podemos agrupar a los pacientes por compartir una comorbilidad común, como el paciente cardiovascular o el geriátrico, tenemos el perfil del paciente «reumapsiquiátrico», que podríamos definir como aquel en el que coexisten sintomatología psiquiátrica y osteomuscular no graves y en el que también podemos observar afectación leve de otros aparatos, como hipotiroidismo, colon irritable, cefalea, etc. El acercamiento a estos pacientes debe realizarse desde atención primaria, apoyándose en los recursos de salud mental (más como psiquiatría de enlace que como mera psiquiatría de interconsulta), evitando en lo posible las derivaciones actuales a múltiples especialistas que no han demostrado mejoras relevantes en estos enfermos³⁰. Este paciente «reumapsiquiátrico» sería claramente distinguible de aquel que presenta cuadros depresivos reactivos a conectivopatías severas.

Por último, respecto a la población activa de nuestro entorno, observamos un mayor porcentaje de ocupaciones de tipo administrativo, de restauración y, sobre todo, de trabajadores no cualificados, y una menor prevalencia en ocupaciones del grupo I, II y III. Al analizar el nivel de capacitación también obtenemos resultados similares, observando un menor número de casos de profesionales de mayor capacitación y un mayor número de casos entre los profesionales de menor capacitación. Esto coincide con lo observado por otros autores, que indican que un mayor nivel educacional y profesional son variables predictoras de un mejor pronóstico de la FM⁶.

Limitaciones del estudio

Pese a que nuestra muestra no incluye a los pacientes con FM que no trabajan o a aquellos que trabajando no solicitan

el trámite de invalidez, consideramos que es una muestra amplia y representativa de la población general, especialmente de aquellos que presentan clínica más limitante.

La presencia de otras enfermedades o el trabajo influyen a la hora de iniciar el trámite de la invalidez y de la calificación, pero no a la hora de describir las características epidemiológicas de estos pacientes.

El hecho de que el estudio incluya solo los datos médicos recogidos en el apartado de diagnóstico del IMS puede conllevar una pérdida de información (situaciones subclínicas, estadios incipientes, etc.), pero asegura la inclusión de los datos más relevantes.

Conclusiones

Los resultados son similares a los recogidos en la bibliografía médica en cuanto a las variables sexo, edad, ocupación-nivel de capacitación y trastornos psiquiátricos. Además, muestran una fuerte asociación de los pacientes con FM a la cervicalgia, el hipotiroidismo y el STC.

Podemos concluir que el perfil del paciente con FM valorado en las unidades médicas de valoración de incapacidades es una mujer, de entre 46-60 años, mayoritariamente con un trabajo poco cualificado y un nivel de estudios primario, y que con frecuencia asocia enfermedad psiquiátrica, cervicalgia, STC e hipotiroidismo.

Pese a las limitaciones descritas del presente trabajo, la escasa cantidad de estudios similares, la relevancia de las variables estudiadas y el hecho de tener una muestra representativa y muy superior a la de los artículos publicados al respecto hasta el momento nos permite obtener unas conclusiones fiables e interesantes para futuros proyectos que confirmen las asociaciones descritas y analicen la respuesta del paciente «reumapsiquiátrico» a nuevas actitudes terapéuticas.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. El autor declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. El autor declara que ha seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. El autor declara que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A la Dirección Provincial del INSS de Madrid y a la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas del INSS, sin cuya colaboración y apoyo no hubiera sido posible la realización de este trabajo.

Bibliografía

1. 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.* 1990;33:160-72.
2. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Hauser W, Katz RS, et al. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: A modification of the ACR preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2011;38:1113-22.
3. Carmona L, Ballina FJ, Gabriel R, Laffon A, EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: Results from a nation-wide study. *Ann Rheum Dis.* 2001;60:1040-5.
4. Ballina García FJ. Fibromialgia. En: Blanco FJ, Carreira P, Martín E, Mulero J. editores, editores. *Manual de enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología.* 4.ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2004. p. 112-5.
5. Reisine S, Fifield J, Walsh SJ, Feinn R. Do employment and family work affect the health status of women with fibromyalgia? *J Rheumatol.* 2003;30:2045-53.
6. Goldenberg DL, Mossey CJ, Schmid CH. A model to assess severity and impact of fibromyalgia. *J Rheumatol.* 1995;22:2313-8.
7. Fitzcharles MA, Costa DD, Poyhia R. A study of standard care in fibromyalgia: A favourable outcome. *J Rheumatol.* 2003;30:154-9.
8. Greenfield S, Fitzcharles MA, Esdaile JM. Reactive fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 1992;35:678-81.
9. Moldofsky H, Wong MT, Lue FA. Litigation, sleep, symptoms and disabilities in postaccident pain (fibromyalgia). *J Rheumatol.* 1993;20:1935-40.
10. La fibromialgia provoca un gasto de 10.000 euros por paciente al año. *Rev Soc Esp Dolor [revista en Internet].* 2009 [consultado 4 Jul 2015];16:417-418. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462009000700009&lng=es
11. Serna MC, Galván L, Gascó E, Manrique M, Foix MM, Martín E. Estimación de la prevalencia de hipotiroidismo en Lleida a partir de la prevalencia de la prescripción de hormonas tiroideas. *Rev Esp Salud Publica.* 2003;77:405-10.
12. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc).* 2006;126:445-51.
13. Atroshi I, Gummesson C, Johnsson R, Ornstein E, Ranstam J, Rosén I. Prevalence of carpal tunnel syndrome in a general population. *JAMA.* 1999;282:153-8.
14. Rivera J, Alegre C, Ballina FJ, Carbonell J, Carmona L, Castel B, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol Clin.* 2006;2 Supl 1:S55-66.
15. Encuesta Nacional de Salud de España. 2003 y 2006. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible en: www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadísticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm
16. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Cáliz-Cáliz R, Rodríguez-Calvo I, García-Sánchez A, Ferrer-González MA, et al. Risk factors for fibromyalgia: The role of violence against women. *Clin Rheumatol.* 2009;28:777-86.
17. Ge HY, Madeleine P, Arendt-Nielsen L. Gender differences in pain modulation evoked by repeated injections of glutamate into the human trapezius muscle. *Pain.* 2005;113:134-40.
18. Lowe JC. *The metabolic treatment of fibromyalgia.* Boulder, Co: McDowell Publishing Company; 2006.
19. Ahmad J, Tagoe CE. Fibromyalgia and chronic widespread pain in autoimmune thyroid disease. *Clin Rheumatol.* 2014;33:885-91.
20. Juan García FJ. Síndrome asociado a latigazo cervical. *Rev Clin Esp.* 2004;204:326-30.
21. Regal RJ. Síndrome de latigazo cervical: características epidemiológicas de los pacientes evaluados en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid. *Med Segur Trab.* 2011;57:348-436.
22. Olalla T. Espectro ansioso-depresivo somatizador, fibromialgia y síndrome de fatiga crónica. *SEMG.* 2007;93:105-9.
23. Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, Schersten B. Musculoskeletal chronic pain in general practice. Studies of health care utilisation in comparison with pain prevalence. *Scand J Prim Health Care.* 1999;17:87-92.
24. Thieme K, Turk DC, Flor H. Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: Relationships to somatic and psychosocial variables. *Psychosom Med.* 2004;66:837-44.
25. Cerón AM, Centelles F, Abellana M, García S. Fibromialgia y trastornos de personalidad. *Semergen.* 2010;36:501-6.
26. Ahles TA, Khan SA, Yunus MB, Spiegel DA, Masi AT. Psychiatric status of patients with primary fibromyalgia, patients with rheumatoid arthritis and subjects without pain: A blind comparison of DSM III diagnoses. *Am J Psychiatry.* 1991;148:1721-6.
27. Pinto-Meza A, Haro JM, Palacín C, Torres JV, Ochoa S, Vilagut G, et al. Impacto de los trastornos del ánimo, de ansiedad y de las enfermedades físicas crónicas en la calidad de vida de la población general de España. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr.* 2007;35 Supl 2:12-20.
28. Katz JN, Simmons BP. Carpal tunnel syndrome. *N Engl J Med.* 2002;346:1807-12.
29. Fahmi DS, El-Shafey AM. Carpal tunnel syndrome in fibromyalgia patients—A crucial factor for their functional impairment. *Egypt Rheum.* 2013;35:175-9.
30. Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Goldenberg DL, Pereira J, Abbey S, Choiniere M, et al., National Fibromyalgia Guideline Advisory Panel. 2012 Canadian guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome: Executive summary. *Pain Res Manag.* 2013;18:119-26.