



ORIGINAL

¿Qué características epidemiológicas tienen los pacientes con fibromialgia e incapacidad laboral que se reincorporan a un puesto de trabajo?



Raúl Jesús Regal Ramos

Dirección Provincial del INSS de Madrid, Madrid, España

Recibido el 15 de junio de 2020; aceptado el 27 de marzo de 2021
Disponible en Internet el 16 de junio de 2021

PALABRAS CLAVE

Fibromialgia;
Reincorporación
laboral;
Incapacidad laboral;
Predictores
pronósticos

Resumen

Objetivo: Conocer qué variables epidemiológicas determinan que un paciente con una pensión de incapacidad por fibromialgia se reincorpore al mundo laboral.

Material y método: Se realiza un estudio de cohortes retrospectivo que incluye a 412 pacientes con fibromialgia menores de 54 años y calificados como incapacidad permanente total por el Instituto Nacional de la Seguridad Social de Madrid en el año 2005. Seguimiento de 2005 a 2019. Se estudian las variables edad, sexo, estado civil, síndrome de fatiga crónica y/o sensibilidad química múltiple, diagnóstico psiquiátrico, régimen de afiliación a la seguridad social, ocupación (CNO-11) y cuantía económica de la pensión en euros/mes (se establecen 4 tramos < 500, 500-750, 750-1000 y > 1000). Se analiza el impacto de estas variables sobre la reincorporación laboral mediante un modelo de regresión logística binaria.

Resultado: La edad media fue 45 +/- 7. El 44% no se reincorporó a otro puesto de trabajo. Las variables que se mostraron significativas en el estudio multivariado fueron la edad (OR 0,93; IC 0,90 - 0,97), la asociación con SFC y/o SQM (OR 0,07; IC 0,02 - 0,24), la ocupación (OR 0,82; IC 0,73 - 0,92) y la cuantía de la pensión (OR 0,26; IC 0,19 - 0,35).

Conclusión: La probabilidad de reincorporación laboral disminuye a medida que aumenta la edad (1,07 veces por cada año), aumenta la cuantía de la pensión (3,85 veces por cada tramo que aumentamos), disminuye la cualificación de la ocupación (1,21 veces al pasar al siguiente código CNO-11) o si se asocia SFC y/o SQM (12,9 veces).

© 2021 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Correo electrónico: raulregal@hotmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2021.03.010>

1138-3593/© 2021 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Fibromyalgia;
Return to work;
Work incapacity;
Predictive predictors

What are the epidemiological characteristics of patients with work incapacity as a result of fibromyalgia who return to work?

Abstract

Objective: To ascertain what epidemiological variables determine whether a patient with work incapacity as a result of fibromyalgia returns to work.

Material and methods: A retrospective cohort study was carried out that included 412 patients with fibromyalgia under 54 years of age and classified as having a total permanent disability by the National Institute of Social Security in Madrid in 2005. Follow-up from 2005 to 2019. We studied the variables of age, sex, marital status, CFS/MCS, psychiatric diagnosis, type of social security affiliation, occupation (CNO-11) and economic amount of the disability benefit in euros/month (4 tranches are established of < 500, 500-750, 750-1000 and > 1000). We analyse the impact of these variables on return to work using a binary logistic regression model.

Result: The mean age was 45+/-7. A total of 44% did not return to another job. The variables that were significant in the multivariate study were age (OR 0.93, CI 0.90 - 0.97), association with CFS and/or MCS (OR 0.07, CI 0.02 - 0.24), occupation (OR 0, 82; IC 0.73 - 0.92) and the amount of the disability benefit (OR 0.26; IC 0.19 - 0.35).

Conclusion: The probability of returning to another job decreases with age (1.07 times for each year), as the amount of the disability benefit increases (3.85 times for each successive tranche), as the level of qualification required for the occupation decreases (1.21 times for each successive CON-11 code) or if there is CFS and/or MCS (12.9 times).

© 2021 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 desconocido¹ caracterizado por la presencia de dolor musculoesquelético difuso, fatiga, sueño no reparador y síntomas cognitivos².

Es más frecuente en mujeres de 30 a 50 años y en España se estima una razón de 21 mujeres por un hombre³.

El pronóstico de la FM es incierto y tiene una historia natural fluctuante con tendencia a la cronicidad en la mayoría de los casos. Los estudios realizados hasta el momento observan una evolución favorable en los pacientes con manifestaciones clínicas más leves⁴, mejor nivel educacional, trabajos fuera del hogar⁵, la ausencia de patología psiquiátrica asociada⁶, equilibrio adecuado entre actividad y descanso⁷, y una buena relación médico-paciente⁸.

La FM, además de una pérdida de la calidad de vida de las personas que la padecen, supone unos importantes costes económicos, que en el caso de España se han estimado en más de 12.993 millones de euros anuales³. Los estudios han demostrado que los costos indirectos (disminución productividad, incapacidad laboral temporal y permanente) representan el 70-80% del costo total de la enfermedad^{9,10}.

Este trabajo pretende conocer la evolución a largo plazo de la capacidad laboral de los pacientes con fibromialgia valorados en la Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades (UMEVI) de Madrid. Aunque en un primer momento se planteó conocer la evolución clínica de estos pacientes, esta opción se descartó por la dificultad de acceso a aplicativos informáticos de instituciones sanitarias asistenciales. Además dada la subjetividad, fluctuaciones y labilidad de los síntomas más habituales de la FM (astenia, dolor, trastornos del sueño), la clínica referida en un

momento por el paciente podría inducir a errores. Definitivamente se optó por estudiar la evolución de su capacidad laboral, no mediante cuestionarios o exploraciones, sino de una forma más objetiva y real como es la reincorporación al mundo laboral. Además de la recuperación clínica, en la reincorporación laboral influyen otras variables que se han tenido en cuenta en este estudio como son los ingresos económicos del paciente o la edad, entre otros.

No hay estudios en nuestro país que valoren la evolución de la capacidad laboral de los pacientes con fibromialgia.

Objetivo

Conocer qué variables epidemiológicas determinan que un paciente con una pensión de incapacidad por fibromialgia se reincorpore al mundo laboral y cuál es la importancia de cada una de estas variables.

Metodología**Diseño del estudio**

Estudio de cohortes retrospectivo.

Población

Este trabajo es la continuación de un estudio publicado en el año 2016¹¹.

Este trabajo incluye los pacientes diagnosticados de fibromialgia que fueron valorados en la UMEVI de Madrid en el año 2005 y que fueron calificados como incapacidad

Tabla 1 Tipos de incapacidad

Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual (IPP)	La que, sin alcanzar el grado de total, ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para su profesión habitual, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales que esta requiere
Incapacidad permanente total para la profesión habitual (IPT)	La que inhabilita al trabajador para la realización de todas las tareas o de las fundamentales para el ejercicio de su profesión habitual, pudiéndose dedicar a otra distinta. Supone una pensión vitalicia mensual equivalente al 55% de la base reguladora (este porcentaje puede incrementarse en un 20% más en los mayores de 55 años que no compatibilizan la pensión con otro empleo)
Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo (IPA)	La invalidez se define como absoluta (IPA) cuando inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio, suponiendo una pensión vitalicia mensual del 100% de la base reguladora ⁸
Gran invalidez	Es la situación del trabajador afectado de incapacidad permanente y que, como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, como vestirse, desplazarse, comer o análogos

permanente total (IPT), manteniendo esta calificación durante todo el periodo de seguimiento.

Criterios de exclusión:

- Pacientes > de 54 años, con el objeto de que la cercanía a la edad de jubilación y la aparición de nuevas patologías propias del envejecimiento no influya de forma determinante en las posibilidades de reincorporación laboral.
- Pacientes que además de la FM, presentaban otras patologías que puedan ser por sí mismas susceptibles de incapacidad, salvo los diagnósticos psiquiátricos o el síndrome de fatiga crónica (SFC) y/o sensibilidad química múltiple (SQM).
- Pacientes a los que se les ha perdido el seguimiento: prejubilados de grandes empresas de telecomunicación y banca, cambio de país de residencia o fallecimiento.
- Pacientes calificados como no incapacidad o calificados con otro grado de incapacidad distinto a IPT.
- Pacientes que recibieron inicialmente la calificación de IPT pero posteriormente les fue retirada (ya sea por la UMEVI o por vía judicial).

A modo de recordatorio, indicar que se define como incapacidad permanente (IP) a la situación del trabajador que tras estar sometido al tratamiento prescrito presenta reducciones anatómicas graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyen o anulan su capacidad laboral. Los equipos de las UMEVI, encuadrados en cada Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), son los que examinan la posible situación de incapacidad del trabajador y formulan los dictámenes-propuesta con sus conclusiones¹². Se calificará con arreglo a los grados de IP existentes (tabla 1).

Variables

En todos los casos se analizaron las variables independientes:

- Sexo.
- Edad. Aunque se establecen tramos de edad para la descripción de la muestra (< 41, 41-48, 48-54), para el análisis estadístico se estudia como una variable continua con la finalidad de mejorar la información.
- Asociar SFC y/o SQM.
- Asociar patología psiquiátrica. Incluye cualquier diagnóstico psiquiátrico activo (no antecedentes) recogido en el informe de la UMEVI en el momento de la valoración.
- Estado civil (casado/no casado).
- Régimen afiliación Seguridad Social (general, autónomos y empleadas del hogar).
- Ocupación. 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.
- Cuantía inicial de la pensión de incapacidad. Se ha agrupado en 4 tramos:
 - < 500 euros/mes.
 - 500 y 750 euros/mes.
 - 750-1000.
 - > 1000 euros /mes.

Posteriormente, y mediante la utilización de los aplicativos informáticos del INSS, Aplicativo de Trabajo Informatizado de las Unidades Médicas, desarrollado en el año 2006 y Sistema de Almacenamiento Relacional y Tratamiento de Imágenes Documentales Ofimáticas, desarrollado en el año 2000, y de las transacciones LBP63, LBP65 y ATT61, integradas en el programa E-SIL (Sistema de Información Laboral) se recopiló durante el último trimestre del año 2019 y el primero del año 2020 la información referente a la variable principal, reincorporación laboral. Dado que esta reincorporación al mundo laboral puede ser esporádica, se ha considerado solo aquellos casos que en total hayan trabajado al menos 1095 días (3 años) desde la concesión de la IPT en 2005 hasta el 31/12/2019, ya sea de forma

intermitente o ininterrumpida. Se ha categorizado dicha variable dependiente como:

- Reincorporación laboral.
- No reincorporación laboral.

Analisis estadístico

El procesamiento de datos se realizó con el programa Microsoft Excel 2010, tanto para la estadística descriptiva como para el análisis de los datos (complemento Real Statistics). Para la comparación de variables se emplea la prueba de chi cuadrado. Para el estudio multivariado se realiza un modelo de regresión logística binaria. La magnitud de la asociación se valoró mediante el cálculo de la odds ratio (OR) y la precisión de la estimación del efecto mediante un intervalo de confianza (IC) del 95% para cada variable.

Consideraciones éticas

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

La información perteneciente a los pacientes integrantes en el estudio se trató según todos los protocolos de confidencialidad y de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Resultados

La muestra final queda formada por 412 pacientes. La [tabla 2](#) muestra las características de la población de estudio.

El 56% de los pacientes con IPT por fibromialgia se reincorporan a otro puesto de trabajo.

La edad media de los sujetos estudiados es de 45,04 años (DS 7,2), con una mediana de 47 años y un predominio de mujeres (91%).

El 7% asocia SFC y/o SQM y el 60% patología psiquiátrica.

Hay un predominio de afiliados al régimen general en un porcentaje similar al de la población general.

Prevalecen las ocupaciones con demandas físicas sobre los trabajadores con demandas intelectuales. 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.

El 62% de la muestra recibe una pensión < 750 euros.

Al estudiar la reincorporación laboral, el análisis bivariado no encuentra diferencias significativas para las variables sexo, patología psiquiátrica o estado civil, pero sí muestra diferencias estadísticas para el resto de las variables ([tabla 2](#)). El régimen de afiliación muestra diferencias significativas en la prueba de chi cuadrado (el porcentaje de autónomos que se reincorpora al trabajo duplica al de autónomos que no se reincorporan) pero no en el estudio multivariado.

La regresión logística binaria obtiene un modelo significativo con un porcentaje de casos correctamente clasificados del 74,75%. Mediante el método de regresión paso a paso, controlado manualmente, se modifica el modelo suprimiendo las variables de peor significación estadística, hasta

conseguir el mejor modelo definitivo ([tabla 3](#)). Las variables que mejor predicen la reincorporación laboral son la edad (odds ratio 0,9396; con IC 0,9043 - 0,9763 y $p < 0,05$), asociar SFC/SQMC (odds ratio 0,0770; con IC 0,0238 - 0,2485 y $p < 0,05$), la ocupación (odds ratio 0,8229; con IC 0,7343 - 0,9221 y $p < 0,05$) y la pensión inicial (odds ratio 0,2614; con IC 0,1940 - 0,3522 y $p < 0,05$) ([fig. 1](#)). De modo que la probabilidad de reincorporación laboral disminuye a medida que aumenta la edad (1,07 veces por cada año), aumenta la cuantía de la pensión (3,85 veces por cada tramo que aumentamos), disminuye la cualificación de la ocupación (1,21 veces al pasar al siguiente código CON-11) o si se asocia SFC y/o SQM (12,9 veces).

Discusión

Este estudio nos permite conocer cómo evolucionan los pacientes < 54 años con FM a los que se les concede una IPT. La reincorporación se puede considerar como un buen parámetro a la hora de valorar la mejoría clínica de los pacientes con incapacidad laboral¹³. La probabilidad de no reincorporación al mundo laboral aumenta 12,9 veces si se asocia SFC/SQM, 3,85 veces si aumentamos un tramo de la variable cuantía económica de la pensión, 1,21 veces cuando pasamos de un grupo de ocupación de la CNO-11 superior al inmediatamente inferior y 1,07 veces por cada año de edad que se cumple.

Se ha discutido si el propio proceso de evaluación de la discapacidad y de los litigios por obtener o mejorar una compensación económica puede empeorar la clínica de estos pacientes¹⁴ e incluso si la existencia de dichas compensaciones puede aumentar la prevalencia de la enfermedad¹⁵. Pero en lo que sí están de acuerdo más autores¹⁶, y nuestros datos así lo confirman, es que muchos de estos pacientes no presentan claros signos de mejoría una vez que obtienen una pensión de incapacidad. Este trabajo observa que un 44% no se reincorporan al mundo laboral, lo cual puede ser debido a los factores socioeconómicos referidos pero también a que no presenten una mejoría clínica significativa. Se ha relacionado la tendencia a la cronicidad de esta enfermedad con los inconscientes beneficios derivados del rol de enfermo¹⁷, como ocurre con otras enfermedades de perfil psicossomático¹⁸.

En cuanto a las variables que influyen en la reincorporación laboral observamos que los hombres se reincorporan en un porcentaje levemente superior que las mujeres 62% vs. 55%, pero sin asociar significación estadística en la prueba de chi cuadrado ni en el estudio multivariable, de lo que podemos inferir que el género no influye en la severidad de la enfermedad.

Como en otros estudios¹⁹ la edad se comporta como un importante factor predictor al referirnos a la reincorporación laboral. Pero a diferencia de otros trabajos, nuestra muestra tiene una edad máxima de 54 años, lo que impide o disminuye la influencia de la proximidad a la edad de jubilación o de la aparición de otras patologías propias del envejecimiento. Por tramos de edad, observamos que se reincorporan al mundo laboral el 73% de los < de 41 años, frente al 41% de los > de 48 años. El modelo multivariable muestra que las probabilidades de no reincorporarse aumentan 1,07 veces por cada año de edad que se cumple.

Tabla 2 Características de la muestra

	Muestra 412	Reincorporación 230 (55,80%)	No reincor- poración 182 (44,20%)	p
Sexo				
Mujeres	377 (91%)	208 (55,17%)	169 (44,83%)	0,3804
Hombres	35 (9%)	22(62,86%)	13 (37,14%)	
Edad media				
45,04 (+/-7,20)	43,26	47,29		
Edad x rangos				
< 41	114 (28%)	84 (73%)	30 (17%)	0,0000
41 -48	128 (31%)	75 (58%)	53(42%)	
48 -54	170 (41%)	71 (41%)	99 (59%)	
SFC y/o SQM				
29 (7%)	11 (37,93%)	18 (62,07%)	0,0442	
Pat psiquiátrica				
244 (60%)	133 (54,51%)	111 (45,49%)	0,5163	
Estado civil				
Casado	245 (60%)	131 (53,47%)	114 (46,53%)	0,2432
No casado	167 (40%)	99 (59,28%)	68 (40,72%)	
Régimen				
Régimen general	364 (88%)	199 (54,67%)	165 (45,33%)	0,0485
Autónomos	41 (10%)	29 (70,73%)	12 (29,27%)	
Empleada de hogar	7 (2%)	2 (28,57%)	5 (71,43%)	
Ocupación				
<i>(los 10 grandes grupos CNO- 2011)</i>				
I: dirección de las empresas y de las administraciones públicas	5 (1%)	3 (60,00%)	2 (40,00%)	0,0000
II: técnicos y profesionales científicos e intelectuales	9 (2%)	8 (88,89%)	1 (11,11%)	
III: técnicos y profesionales de apoyo	24 (6%)	20 (83,33%)	4 (16,67%)	
IV: empleados de tipo administrativo	79 (19%)	26 (32,91%)	53 (67,09%)	
V: trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores de los comercios	130 (31%)	82 (63,08%)	48(36,92%)	
VI: trabajadores cualificados en la agricultura y en la pesca	2 (0,50%)	2 (100%)	0	
VII: artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción, y la minería, excepto los operadores de instalaciones y maquinaria	28 (7%)	15 (53,57%)	13 (46,43%)	
VIII: operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores	1	0	1 (100%)	
IX: trabajadores no cualificados («peones»)	134 (32,50%)	74 (55,22%)	60 (44,78%)	
Cuantía inicial de pensión (euros/mes)				
< 500	106 (26%)	88 (83,02%)	18 (16,98%)	0,0000
500 - 750	147 (36%)	107 (72,79%)	40 (27,21%)	
750 - 1000	93 (22%)	25 (26,88%)	68 (73,12%)	
> 1000	66 (16%)	10 (15,15%)	56 (84,85%)	

Tabla 3 Modelo de regresión logística final

	Coeff b	s.e.	Wald	p-value	Exp(b)	Lower	Upper
Edad	-0,06224	0,019559	10,12515	0,001463	0,939662	0,904322	0,976382
SSC	-2,56393	0,597815	18,39416	1,8E-05	0,077001	0,023858	0,248519
CNO-11	-0,19489	0,058111	11,24809	0,000797	0,822923	0,734337	0,922196
Pensión inicial	-1,34162	0,152084	77,82009	1,13E-18	0,261423	0,194039	0,352206

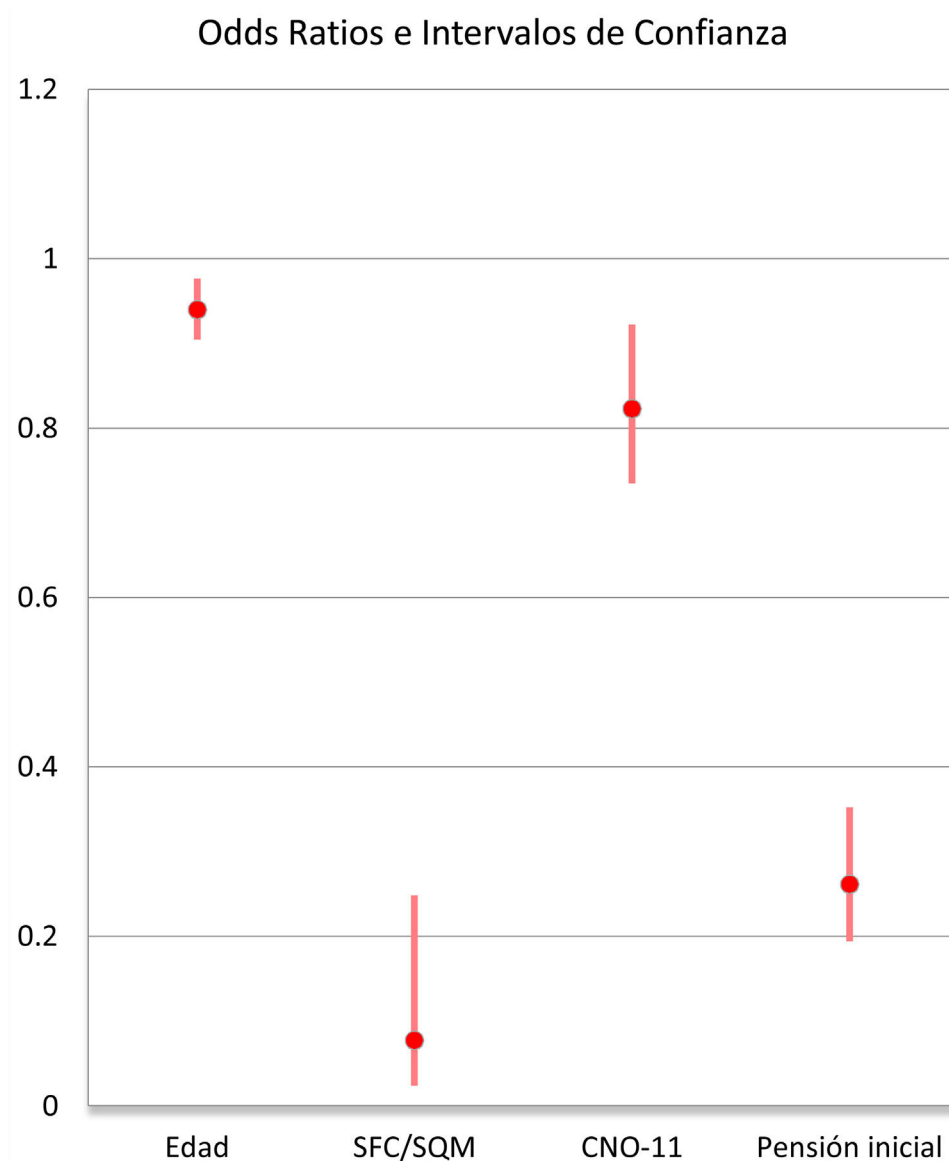


Figura 1 Odds ratios e intervalos de confianza.

La asociación con SFC y/o SQM en la muestra es baja, probablemente porque en el año 2005 estos diagnósticos eran menos frecuentes que en la actualidad. Sin embargo, y coincidiendo con otros estudios²⁰ es una variable predictora independiente, y en nuestro estudio presenta la odds ratio más alta. Los pacientes con FM que asocian SFC y/o SQM tienen una probabilidad 12,9 veces mayor de no reincorporarse al mundo laboral que los pacientes con FM que no asocian estas patologías.

La prevalencia de patología psiquiátrica es mucho mayor en nuestra muestra (59%) que en la población general²¹ (19%), pero a diferencia de otros autores²², no hemos observado que influya en la reincorporación laboral (57% de reincorporados frente a 60% de no reincorporados). Quizás sea debido a que la FM suele asociar un ánimo depresivo que no siempre se encuadra como un nuevo diagnóstico. A este respecto, García-Campayo²³ sostiene que llevar a cabo las actividades normales del día a día mejora el pronóstico de

patologías como la fibromialgia que cursan con dolor crónico y afectación del estado del ánimo.

Otros autores²⁴ han observado una reincorporación mayor y/o más temprana en los trabajadores autónomos en otras patologías, sin embargo el modelo multivariable no ha encontrado diferencias significativas en los distintos regímenes de afiliación a la seguridad social, quizás por la cronicidad o la asociación a patologías psiquiátricas de los pacientes con FM.

Los datos referentes a la ocupación se encuentran en consonancia con otros informes²⁵ al observar que los trabajadores que realizan una actividad laboral en la que prima la actividad intelectual se incorporan en mayor proporción que aquellos cuya actividad laboral es manual. Un mayor nivel de estudios también se ha demostrado como un importante factor de predictor de reincorporación laboral por distintos autores²⁶. Los resultados de nuestro estudio multivariante determinan que la probabilidad de no reincorporarse a

trabajar aumenta 1,21 veces cuando pasamos de un grupo de la CNO11 superior al inmediatamente siguiente.

Por último, aunque es lógico pensar que a menor cuantía de pensión mayor búsqueda de reincorporación al mundo laboral, este estudio permite cuantificar la influencia de esta variable en el retorno laboral de nuestros pacientes. La probabilidad de no reincorporarse se incrementa 3,85 veces si aumentamos un tramo de la variable pensión, de forma que la probabilidad de no reincorporarse a trabajar si se cobran más de 1000 euros es 3,85 veces mayor que si se cobran de 750 a 1000 euros y 14,8 veces mayor que si se cobran entre 750 y 500 euros.

Diversos estudios muestran que las variables socioeconómicas pueden ser más relevantes que las clínicas en la reincorporación laboral²⁷. Styron en 2011²⁸ en un estudio realizado a pacientes con artroplastia total de rodilla observa que la motivación juega un papel más importante en el retorno laboral que las demandas físicas del propio puesto de trabajo. Rørth et al. en 2016²⁹ en un estudio realizado en Dinamarca con 11.880 pacientes con insuficiencia cardíaca observa que los principales factores predictores de reincorporación laboral son la edad joven, un elevado nivel sociocultural y económico y el sexo masculino. Otra variable no médica que se ha visto que influye en la reincorporación laboral es la situación económica de cada país³⁰. El presente trabajo también objetiva la importancia que tienen estas variables económicas (cuantía de la pensión y nivel de ocupación) en la reincorporación al mundo laboral de los pacientes con fibromialgia.

Limitaciones

Aunque el presente trabajo incluye una muestra amplia de 412 pacientes, debemos recordar que no es representativa de todos los paciente con fibromialgia ya que:

- No incluye a los pacientes con fibromialgia que no trabajan o a aquellos que trabajando no solicitaron el trámite la invalidez.
- No incluye a los pacientes > de 54 años.
- No incluye a los que presentaban otras patologías distintas a la FM que pudieran ser susceptibles por sí mismas de incapacidad, salvo los diagnósticos psiquiátricos o la SFC y/o SQM.
- No podemos ignorar que un porcentaje de pacientes pueden trabajar sin estar dados de alta en la Seguridad Social y por tanto constar como no incorporados al mundo laboral.

No nos permite conocer el número de pacientes con fibromialgia a los que se les concede una incapacidad. La muestra es solo representativa de los expedientes valorados antes de agotar el periodo máximo de incapacidad temporal (no se valora un volumen superior compuesto por expedientes llegados al plazo máximo de incapacidad temporal, expedientes internacionales, expedientes de MUFACE, reclamaciones, revisiones, etc.).

Este estudio nos permite saber qué pacientes se reincorporan al mundo laboral pero no en qué puestos.

Por dificultades técnicas para el seguimiento de la comorbilidad, solo se incluyen las patologías más estrechamente

relacionadas con la FM (SFC, SQM y patología psiquiátrica) presentes en el momento de la valoración.

Además de la cuantía económica de la pensión, también pueden influir otras circunstancias económicas como pueden ser las cargas familiares, recibir otro tipo de ayudas sociales o la situación económica del país.

No obstante, se trata de una muestra amplia y representativa de estos pacientes, especialmente de aquellos que presentan clínica más limitante.

Conclusiones

La FM es un cuadro clínico de origen desconocido y una causa frecuente de absentismo laboral.

La edad, la asociación a SFC y/o SQM, la ocupación y la cuantía de la pensión, son los mejores predictores de reincorporación al mundo laboral en los pacientes con IPT por FM menores de 54 años.

Son necesarios nuevos estudios que cuantifiquen el peso de cada una de las variables médicas y socioeconómicas para crear modelos de gestión más eficientes.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Cabo-Meseguer A, Cerdá-Olmedo G, Trillo-Mata JL. Epidemiología y caracterización sociodemográfica de la fibromialgia en la Comunidad Valenciana. *Rev Esp Salud Publica.* 2019;93.
2. Bernardy K, Klose P, Busch AJ, Choy EH, Häuser W. Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2013:CD009796, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009796.pub2>.
3. Cabo-Meseguer A, Cerdá-Olmedo G, Trillo-Mata JL. Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Medicina Clínica.* 2017;149:441–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcle.2017.10.011>.
4. Poyhia R, da Costa D, Fitzcharles MA. Pain and pain relief in fibromyalgia patients followed for three years. *Arthritis Rheum.* 2001;45:355–61, [https://doi.org/10.1002/1529-0131\(200108\)45:4<355::AID-ART348>3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/1529-0131(200108)45:4<355::AID-ART348>3.0.CO;2-K).
5. Resine 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 – 5. PMID: 12966614.
6. Goldenberg DL, Mossey CJ, Schmid CH. A model to assess severity and impact of fibromyalgia. *J Rheumatol.* 1995;22:2313–8. PMID: 8835568.
7. Goldenberg DL. Initial treatment of fibromyalgia in adults. En: Schur, P.H., Romain, P.L., editors. *UpToDate*; 2020. [consultado 11 Ene 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/initial-treatment-of-fibromyalgia-in-adults>.
8. Roth Damas P, Portillo Santamaría M, Folch Marín B, Palop Larrea V. Fibromialgia y empatía: un camino hacia el bienestar. *Aten Primaria.* 2018;50:69–77, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.016>.
9. Rivera J, Rejas J, Esteve-Vives J, Vallejo MA, Grupo ICAF. Resource utilisation and health care costs in patients diagnosed with fibromyalgia in Spain. *Clin Exp Rheumatol.* 2009;27 5 Suppl 56:S39–45. PMID: 20074438.

10. Penrod JR, Bernatsky S, Adam V, Baron M, Dayan N, Dobkin PL. Health services costs and their determinants in women with fibromyalgia. *J Rheumatol*. 2004;31:1391–8. PMID: 15229962.
11. Regal RJ. Características epidemiológicas de los pacientes evaluados por fibromialgia en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid. *Semergen*. 2016;139:449–51, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.12.015>.
12. Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social. BOE n.º 198, de 19 de agosto de 1995; 25.856.
13. García A, Ramos C, Toledo B, Inchausti V, González C, Bardisa H, et al. Evolución del impacto de la cardiopatía isquémica en la reincorporación laboral de trabajadores españoles. *Med Segur Trab (Internet)*. 2015;61:325–41.
14. Tornero J, Vidal J. Impacto social y económico de las enfermedades reumáticas: la discapacidad laboral. *Rev Esp Reumatol*. 1999;26:357–66.
15. Wolfe F, Aarflot T, Bruusgaard D, Henriksson KG, Littlejohn G, Moldofsky H, et al. Fibromyalgia and disability Report of the Moss International Working Group on medico-legal aspects of chronic widespread musculoskeletal pain complaints and fibromyalgia. *Scand J Rheumatol*. 1995;24:112–8, <http://dx.doi.org/10.3109/03009749509099295>.
16. Moldofsky H, Wong MT, Lue FA. Litigation, sleep, symptoms and disabilities in postaccident pain (fibromyalgia). *J Rheumatol*. 1993;20:1935–40. PMID: 8308781.
17. Madden S, Sim J. Acquiring a diagnosis of fibromyalgia syndrome: The sociology of diagnosis. *Social Theory & Health*. 2016;14:88–108, <https://doi.org/10.1057/STH.2015.7>.
18. Olivé A. Passive voice of fibromyalgia. *Reumatol Clin*. 2020;16 2 Pt 1:69–70, <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2019.12.001>. Inglés, Español.
19. Theurer EA, Muñoz AL, Abellán MV. Análisis de la duración de los periodos de incapacidad temporal por procesos en Andalucía. Factores Asociados. *Aten Primaria*. 2009;41:387–93, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2008.10.020>.
20. Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Panopalis P, Ménard 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 Musculoskelet Disord*. 2012;13:179, <https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-179>.
21. Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-ESPA. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:445–51, <http://dx.doi.org/10.1157/13086324>.
22. Goldenberg DL, Mossey CJ, Schmid CH. A model to assess severity and impact of fibromyalgia. *J Rheumatol*. 1995;22:2313–8. PMID: 8835568.
23. García Campayo J, Rodero B. Aspectos cognitivos y afectivos del dolor. *Reumatol Clin*. 2009;5 Suppl 2:9–11, <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2009.03.001>. Spanish.
24. Pérez L, Caballero M, Abril A, Vallejo J, Jáuregui B, López AM, et al. Factores determinantes de la reincorporación laboral tras un programa de rehabilitación cardiaca. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70 Supl 1:198.
25. Romero C, Cabrera M, Sainz JC, Barrenechea JL, Madrid A, Calvo E. Variables moduladoras de la discapacidad asociada al trastorno depresivo. *Rev Calid Asist*. 2011;26:39–46, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2010.11.006>.
26. Catalina C, Martínez P, Quevedo L, Ruiz M, Fernández C, Calvo E. Predictores de la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en los trastornos de ansiedad. *Gac Sanit*. 2013;27:40–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.008>.
27. Bhattacharyya MR, Perkins-Porras L, Whitehead DL, Steptoe A. Predictores psicológicos y clínicos del regreso al trabajo después del síndrome coronario agudo. *Eur Heart J*. Enero de 2007;28:160–5, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehl440>.
28. Styron JF, Barsoum WK, Smyth KA, Singer ME. Preoperative predictors of returning to work following primary total knee arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am*. 2011;93:2–10, <http://dx.doi.org/10.2106/JBJS.I.01317>.
29. Rørth R, Wong C, Kragholm K, Fosbøl EL, Mogensen UM, Lamberts M, et al. Return to the workforce after first hospitalization for heart failure: A Danish Nationwide Cohort Study. *Circulation*. 2016;134:999–1009, <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.021859>.
30. Hämmäläinen H, Mäki J, Virta L, Keskimäki I, Mähönen M, Moltchanov V, et al. Return to work after first myocardial infarction in 1991–1996 in Finland. *Eur J Public Health*. 2004;14:350–3, <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/14.4.350>.