

Aspectos psico-sociales y jurídico-laborales de la Fibromialgia

Psycho-social, legal and labour issues in Fibromyalgia

J. León*, R. Franco**, C. Mingote***

Resumen

La variada gama de síntomas con que cursa la Fibromialgia –dolores musculoesqueléticos generalizados, fatiga, sueño no reparador, colon irritable o trastornos emocionales– la convierten en un trastorno psicossomático complejo de elevada prevalencia en el panorama clínico actual. Por consiguiente, confluyen en sus afectados, además de los biológicos, factores de tipo psicológico, ambiental y, también, laboral, que merecen ser analizados. A día de hoy, sin haber conseguido determinar aún la etiología y patogenia del proceso, continúa discutiéndose, incluso desde la dimensión psicoanalítica, el momento en que irrumpe la psicopatología en la Fibromialgia, así como la influencia de aquélla en el pronóstico de ésta y, por extensión, en la calidad de vida de quien la sufre. Esta entidad clínica interfiere significativamente en un entorno laboral, que no adopta ninguna medida para mantener integrados o incorporar a este tipo de pacientes, por lo que los conduce a solicitudes masivas de Incapacidad Permanente, en el ámbito de la cual se ha ido generando –no sin controversia– una doctrina general para la valoración de estos supuestos.

Palabras clave: Fibromialgia. Trastornos emocionales. Calidad de vida. Trabajo. Incapacidad permanente.

Summary

The range of symptoms which Fibromyalgia presents –widespread musculoskeletal pain, fatigue, sleep disturb, irritable colon, emotional disorders– turn it into a complex psychosomatic disorder with a high prevalence in the current clinical picture. Therefore, converge in their

*Abogado. Doctor en Medicina

** Jefe Clínico del servicio de Medicina Interna del Hospital de Basurto (Osakidetza). Profesor Titular de la UPV/EHU. Miembro de SEPIA (Sociedad de Estudios Psicossomáticos Iberoamericana)

***Jefe de sección del servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Doce de Octubre de Madrid.

Correspondencia: Dr. D. Javier León Iglesias
Paseo Independencia nº 24-26 - 3ª Planta - Oficina 8ª
50004 Zaragoza
e-mail: derecho_salud@icasv-bilbao.com

patients, in addition to biological, psychological and environmental factors, other labour factors, which deserve to be explored. Today, even without having determined the etiology and pathogenesis of the process, discussion continues, even from the psychoanalytic dimension, in order to determinate the time that breaks the psychopathology in Fibromyalgia, as well as the influence of that on the prognosis of this and, by extension, the quality of life of the sufferer. This clinical entity interferes significantly in a work environment, that takes no action for integrate or incorporate this type of patients, so that leads to massive applications of disability. In this area has generated (not without controversy) a general doctrine for the valuation of these assumptions.

Key words: Fibromyalgia. Emotional disorders. Quality of life. Work. Disability.

INTRODUCCIÓN

Casi dos décadas más tarde desde aquel reconocimiento médico internacional de la Fibromialgia –OMS, 1992– y de su tipificación en el ICD 10 con el código M79-0, a fecha de hoy disponemos de muy poca información de lo que representa, a salvo de su indudable carácter de realidad clínica. No existen, por ello, grandes controversias definitorias: Nos encontramos (Carceller y Fidalgo, 1998; Franco, 2006; Gaspar, Orozco, García-Campayo et al, 2006; Rodríguez, Lindman, Mulero et al, 1994) ante un trastorno de la modulación que se caracteriza por dolor generalizado y crónico no articular, rigidez matutina, sueño no reparador, fatiga y debilidad que pueden llegar a ser invalidantes (Leza, 2003), y que se asocia con frecuencia a cefaleas, colon irritable, fenómeno de Raynaud, síndrome seco y trastornos emocionales. Este amplio cortejo sintomático físico y psicológico, ha llevado a buena parte de la doctrina a catalogarla como un trastorno psicósomático complejo que hasta ahora, en la práctica clínica, se viene extrapolando a la esfera reumatológica, si bien se escuchan voces que postulan la intervención, también, de la especialidad neurológica y la endocrinológica (Leza, 2003).

Aún cuando la inespecificidad de los síntomas de referencia podría condicionar ciertas confusiones con síndromes afines –el más característico es el Síndrome de la Fatiga crónica, definido ya en 1994 (Fukuda, Strauss, Hickie et al, 1994) como una entidad clínica concreta que se caracteriza por fatiga severa incapacitante, en combinación con síntomas que se refieren en forma de trastornos en la concentración y en la memoria breve, trastornos del sueño y dolor musculoes-

quelético–; existen intentos –todavía tímidos– para delimitar los indicadores genéticos de ambos procesos. Así las cosas, se está ensayando una herramienta denominada DNA-CHIP (García, Lao, Fernández et al, 2007), que permitiría establecer el diagnóstico diferencial entre el Síndrome de Fibromialgia y el Síndrome de la Fatiga crónica, a la vez que seleccionar los pronósticos más agresivos en el colectivo afectado por cada uno de ellos.

Como bien es sabido, para su diagnóstico continúan aplicándose los criterios consensuados en 1990 por el American College of Rheumatology (Wolfe, Smythe, Yunus et al, 1990), que se centran en la severa respuesta dolorosa en más de 11 de 18 puntos predefinidos en la anatomía corporal, denominados *tender points*.

Con una prevalencia estimada en nuestro país (Estudio EPISER 2000, 2001) del 2,37% en personas mayores de 20 años, mayoritariamente mujeres –proporción 21 a 1–, algunos autores (Rotés-Querol, 2003) insisten en que las afectadas de Fibromialgia la valoran como más dolorosa, incluso, que la artritis reumatoide.

Una vez descrita la naturaleza clínica de la Fibromialgia, centraremos nuestro trabajo en las repercusiones psicológicas, sociales y laborales –también en su dimensión generadora de solicitudes de la pensión de Incapacidad Permanente o Invalidez– que la misma condiciona a las personas que la sufren.

Centrado en estos términos el debate, la dicotomía proceso orgánico *versus* psiquiátrico ha estado muy presente en la literatura médica de los últimos años: Desde aquéllos (Guitart y Giménez-Grouselles, 1999) que aseguran que los puntos sensibles típicos de Fibromialgia no se

asocian exclusivamente al dolor músculo-esquelético generalizado, sino que representarían una condición anterior a éste y a la propia Fibromialgia, cuyo tránsito aparecería condicionado por un hipotético “*factor personal*”; a aquellos otros (Zubieta, Aragón y Cantalejo, 2003) que se hacen eco de la idea de que la Fibromialgia constituiría una “enfermedad de moda” que enmascararía, bien un trastorno de somatización como consecuencia de la dificultad de afrontamiento de los problemas cotidianos, o bien una forma de vida con ansiedad o depresión.

Sin pasar por alto la importante interferencia de la entidad clínica en la calidad de vida del paciente, que será objeto de un análisis posterior; nos ocuparemos de los criterios judiciales que se han venido consolidando a través del tiempo sobre la incapacidad a que puede dar lugar esta patología; y ello partiendo de la premisa de un entorno laboral no propiamente, en términos generales, para mantener en el activo laboral a estas personas, que se ven abocadas a un procedimiento judicial para la obtención de una pensión de estas características. Y es que, aún cuando desde determinados organismos públicos como el Instituto Navarro de Salud Laboral se habla de una escasa incidencia de la Fibromialgia respecto al total de prestaciones de Incapacidad Temporal –bajas laborales–; algunos trabajos (Collado, Torres, Arias et al, 2004) muestran, que del total de pacientes con dolor crónico en general que habían causado baja en Incapacidad Temporal, el 48% presentaban Fibromialgia y el 18% dolor miofascial regional.

ASPECTOS PSICO-SOCIALES EN LA FIBROMIALGIA

Con carácter previo, nos detenemos –ya lo anticipábamos en la introducción de este trabajo– en el empeño de algunos autores –ya desde el año 1990 (Pastor, López, Rodríguez et al, 1995)– en encasillar a la Fibromialgia en el ámbito de la patología orgánica o, tal vez, psiquiátrica, como, por otra parte, suele ser menester cuando la ciencia no es capaz de hallar unos patrones lesionales concretos para un conjunto de síntomas, siguiendo los postulados de la vertiente más organicista de la medicina –la denominada como científico-natural–.

Quienes siguen las corrientes psicoanalíticas, se remontan al siglo XIX, momento en el que Charcot incluyó como una más a la Histeria, dentro del catálogo de enfermedades, y analizan su influencia en la Fibromialgia (Muro-Gastañaga, 2003), sin perder de vista en ningún momento que los dolores músculo-esqueléticos están presentes, aduciendo que la Histeria recurre en ocasiones al padecimiento corporal, desplazándose a allí el centro de su atención y de su sufrimiento, pues el dolor psíquico hace desaparecer la palabra y el pensamiento, transmutándose, por fin, en dolor físico. Y dicen más: Siguiendo las aportaciones psicósomáticas de Pierre Marty, quizá estos pacientes tratan de resolver a través del cuerpo algo que no pueden manejar de otra forma. No en vano en la biografía de estos pacientes –citamos una de proyección pública, no solamente por plasmarse en un libro, sino por tratar de una verdadera “abanderada” de la causa fibromiálgica, la parlamentaria catalana D^a Manuela de Madre (Sardá, 2007)–, comprobamos alusiones reiteradas a la culpa, con el significado psicoanalítico que dicho sentimiento evoca: “*Retrocediendo en mi pasado, efectivamente yo sufrí un accidente; todo fue culpa mía, por no ver la furgoneta, que tenía la preferencia*”; “*La culpa se mete entre pecho y espalda, y va royendo insistentemente*”, “*Así como el dolor cansa, la fatiga abunda y acaba harta de todo, la culpa me iba carcomiendo*”. En este mismo sentido, se asegura (Franco, 2006) que nos encontramos ante una patología muy ligada al estrés existencial, pues cualquier profesional que se haya acercado a las biografías de estos pacientes, caerá en la cuenta de que su proceso es la expresión psicofísica del estrés, provocado por un conjunto de adversidades mal afrontadas a lo largo de su vida.

Desde otro punto de vista, dichas impresiones que, en efecto, se infieren de la práctica clínica, bien podrían constituir síntomas psicológicos reactivos al sufrimiento que supone la propia entidad clínica, en consonancia con lo que defiende un extendido sector doctrinal. Sirva de ejemplo lo que, al respecto, manifestaba el recientemente fallecido “Padre de Reumatólogos en España” (Rotés-Querol, 2003): Los trastornos psicológicos y los funcionales forman parte del círculo de la Fibromialgia, desde el momento en que la

depresión desmotivada al enfermo con lo que aumenta su dolor crónico; y, de igual forma, la sensibilización central, al provocarle más dolor, le hunde a nivel psicológico. Otros (Yunus, 1994), en cambio, no perciben esta recíproca causalidad con tanta nitidez –“*Como entre el jamón y el huevo*”, la relación entre los factores psicológicos y el dolor crónico en la Fibromialgia no está plenamente clarificada–, pues advierten que la presencia de una psicopatología relevante en un paciente con este diagnóstico, no implica necesariamente que la Fibromialgia sea secundaria, desde el momento en que ambas condiciones pueden coexistir paralelamente sin ninguna influencia entre ellas. Buena prueba de ello es que muchas afectadas a las que se pauta un tratamiento adecuado para las depresiones severas, no mejoran de su patología álgica.

En lo que parece no existir controversia (Goldenberg y Sandhu, 2002; Nielson y Harth, 2004; Sarró 2002; Sedó y Ancochea, 2002) es en la consideración de la Fibromialgia como una entidad multifactorial, donde intervienen elementos biológicos, psicológicos, ambientales y, también, laborales, cuyo fenómeno central lo constituye una alteración en la modulación del dolor. Dos de los trabajos citados (Goldenberg y Sandhu, 2002; Sedó y Ancochea, 2002), además, relacionan esta perspectiva con el Trastorno por somatización, partiendo, para ello, del hecho de que el mismo se presenta más a menudo en los pacientes con Fibromialgia que en la población en general –en la tesis doctoral de referencia (León, 2005) concurrían en un 5,19% de los supuestos–, apoyando la creencia –se explica– de muchos facultativos de la comunidad Reumatológica de que “en este proceso todo está en la cabeza”. En contra de este posicionamiento, (Nielson y Harth, 2004) en el artículo titulado “*La Fibromialgia: Más allá de la retórica*”, se puntualiza que no hay evidencia de que si los factores sociales y psicológicos fueran eliminados de la ecuación, el síndrome dejaría de existir.

Por su parte, el grupo de trabajo sobre Trastorno por estrés postraumático (Cohen, Neumann, Haiman et al, 2002), llegó a la conclusión que el 57% de las afectadas de Fibromialgia tenían niveles sintomáticos clínicamente significativos relacionados con esta psicopatología: Mayores ma-

nifestaciones de conductas de evitación, de revivir experiencias, ansiedad o depresión, en comparación con la población general.

Continuando con el eterno debate sobre si la psicopatología precede, coexiste o debuta posteriormente a la Fibromialgia, es de destacar el trabajo (González, Fernández, Mingote et al, 2004) en que partiendo del “grado de ansiedad/depresión”, los resultados asociaban significativamente dicha dimensión con una mayor edad, menor actividad y capacidad físicas, peor puntuación en todos los dominios del SF 36, excepto en la función social, mayor cansancio, peor estado general de salud, más síntomas asociados al dolor; así como con el incremento de bajas laborales largas y compensaciones económicas. Por su parte, los que postulan la naturaleza reactiva de la patología psiquiátrica (Junyent, Catalán, Torres et al, 2004), observaron que los pacientes con Fibromialgia con más puntos de dolor, tienen un mayor número de disfunciones psicológicas asociadas –especialmente de tipo afectivo–.

Se advierte, a su vez, que son muchos los grupos de trabajo preocupados por la búsqueda de un perfil de personalidad o un patrón de conducta común para las afectadas, en la forma en la que se señala en el protocolo del Ministerio de Sanidad y Consumo a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (Fibromialgia, 2003). Con este objetivo general, se analizaron (Van Houdenhove, Neerinx, Onghena et al, 2002) a 177 pacientes con Fibromialgia y Síndrome de la Fatiga crónica en relación a otros que padecían esclerosis múltiple y artritis reumatoide. Son tres –así se infiere de los resultados– los aspectos que llaman especialmente la atención en el grupo experimental con las evaluadas: 1.- Insatisfacción con ellas mismas. 2.- Inseguridad. 3.- Necesidad de reconocimiento social. Todo ello les obligaba a concluir que estos sujetos están excesivamente preocupados y afligidos por problemas cotidianos que tienen un severo impacto en su auto-imagen así como en su funcionamiento personal, social y profesional; confiándose esto último en una investigación realizada respecto a la Fibromialgia en nuestro país (Rodríguez de la Serna, 2004), donde se volvía a insistir en que los participantes consideraban que su capacidad de afrontamiento frente a las difi-

cultades en su vida es, o ha sido, en general mala, en comparación con los pacientes afectados de artritis reumatoide.

Algunas series revelan, además, (Hernández, 1998) que el nivel socio-cultural de las afectadas es escaso, observándose, a su vez, un temor a la enfermedad –Hipocondriasis–, y asegurándose, finalmente, que esta inadaptación a la dinámica de la vida diaria, origina que intenten buscar la solución a los problemas desde fuera, “*engatusando a su medio con una actitud victimista, a través de lloriqueos, y así consiguiendo sus objetivos*”.

Existen pocos estudios psicoanalíticos de pacientes afectas de Fibromialgia. Recientemente (Muro-Gastañaga, 2007), a través de varios ejemplos clínicos, se intenta determinar, desde el punto de vista psicoanalítico, qué tipo de personalidad o estructura psíquica presentan estos pacientes; la importancia de su capacidad de mentalización; las vicisitudes de su economía libidinal etc.

Con un rigor doctrinal implecable (Wilhelm Busch, Benno Rosenberg; Sigmund Freud; Pierre Marty; Jean-Michel Porte; C- Smadja; G. Szweck; André Green; Diane L’Heureux, etc...), explora las relaciones que pueden establecerse con el dolor, el masoquismo y la histeria.

Finaliza el magnífico artículo con una acertada cita de Pedro Laín Entralgo: “*El dolor es un hilo de Ariadna, el más decisivo, acaso, respecto de la verdad de nuestra vida. Por eso, la meta del conocimiento médico no es diagnosticar una enfermedad, en el sentido habitual de esta expresión, sino entender la verdad de una vida humana*”.

Desde la perspectiva psicosomática actual, la Fibromialgia se viene considerando como un trastorno de dolor crónico generalizado de origen central y etiología multifactorial, por la interacción de factores genéticos y adquiridos. Partiendo de este posicionamiento general, en un trabajo que acaba de publicarse (López, Gozalo, Mingote et al, 2008), se insiste en que dicho trastorno no puede calificarse como mental sino orgánico, como ocurre en el síndrome de fatiga crónica y el colon irritable, si bien existen numerosas disfunciones orgánicas que no siempre se reflejan en alteraciones bioquímicas y fisiopatológicas específicas, por lo que no se pueden extraer conclusiones definitivas, como ocurre en el presente tra-

bajo. Aun así, se estudiaron 26 mujeres con Fibromialgia y una muestra control de referencia que aceptaron ser sometidas a una serie de pruebas isométricas –sistema que mide con precisión la capacidad de realizar un esfuerzo muscular– y a la obtención de muestras biológicas para cuantificar un perfil bioquímico de estrés –los utilizados para explorar las funciones simpática, serotoninérgica, tiroidea, adrenal y prolactinémica–. Dicha investigación contribuye –aseguran los autores– al conocimiento de las alteraciones neurobiológicas, que constituyen el proceso fisiopatológico central responsable del síndrome Fibromiálgico.

Enlazando ya, con las circunstancias sociales y de calidad de vida de los pacientes de Fibromialgia, nos referimos a la importancia que revisten las capacidades de afrontamiento respecto al curso del proceso. Habiéndose utilizado para su estudio (Martín-Aragón, Pastor, Lledó et al, 2001), los conceptos locus de control –creencia que se tiene respecto a la relación entre la conducta y sus resultados–, expectativas de autoeficacia –juicios de cada individuo sobre sus facultades para alcanzar el rendimiento deseado– y competencia percibida en relación a la salud –expectativa personal sobre la posibilidad de actuar positivamente ante los acontecimientos–, se determinó que las pacientes con mayor nivel educativo creen de forma significativamente diferente, respecto a aquellas con menor formación, que su dolor depende de ellas mismas. Respecto a las concretas estrategias de afrontamiento utilizadas, se alcanzaron las siguientes conclusiones (Soucase, Monsalve, Soriano et al, 2004): –La dimensión de calidad de vida-ansiedad se asoció positivamente con el nivel de dolor informado (EVA) y con la estrategia de afrontamiento al dolor “religión”, mientras que negativamente se correlacionó con las estrategias distracción y autocontrol mental; la depresión se relacionó positivamente con la misma creencia religiosa, lo mismo que la pérdida de control; no así el factor sexualidad que se asociaba negativamente con la misma. Por todo ello, eran la autoafirmación, la búsqueda de información y la religión, las tres estrategias de afrontamiento más utilizadas por aquella muestra, dimensiones de calidad de vida que implican cierto grado de desadaptación a la

enfermedad por parte del paciente, pues medidas más activas frente a las manifestaciones álgicas –las citadas distracción y autocontrol mental– se asociaron significativa y negativamente con las dimensiones analizadas. De ahí que, a nivel terapéutico, exista un consenso en la literatura en favor de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual, en orden a aceptar y elaborar estrategias de afrontamiento positivas frente al dolor; partiendo como primera fase terapéutica –eso sí– de la comunicación al paciente del diagnóstico Fibromiálgico (Gaspar, Orozco, García-Campayo et al, 2006).

Y es que, ciertamente, el dolor se relaciona a menudo con la incapacidad y es el factor de mayor importancia en cuanto a la repercusión en la calidad de vida (Buskila, Neumann, Odes et al, 2001), lo cual, de alguna forma, se ilustraría a través de aquella encuesta a pacientes en el marco del estudio epidemiológico de la Sociedad Española de Reumatología (Estudio EPISER 2000, 2001): Mientras que en el grupo de personas sin criterios de Fibromialgia predominaba una percepción del estado de salud de buena a excelente (73,9%), las afectadas con esta entidad clínica la calificaban, por lo general, de regular o mala (78,8%). No obstante lo anterior, nos encontramos con dos estudios –ambos realizados en España– donde se informa de resultados un tanto dispares.

En el primero de ellos (Pastor, López, Rodríguez et al, 1998), se evaluaron cuatro dimensiones del estado de salud como son la discapacidad –función física, donde, entre otras, se incluían las actividades de la vida diaria y rutinarias del hogar–, estado emocional –función psicológica–, interacción social –función social– y dolor. De los datos obtenidos se infería que, aun cuando el grupo de Fibromialgia obtenía las puntuaciones más altas en todas las áreas de referencia, las diferencias sólo eran significativas en la percepción del dolor y de los problemas emocionales, lo cual se justificaba en atención a lo incierto del diagnóstico y a la ausencia de signos externos, que podría dar lugar al aumento del estrés y de la percepción de los síntomas por los sujetos afectados. Lo sorprendente de este estudio es que las enfermas no percibían muy afectado su funcionamiento cotidiano, en consideración a las puntuaciones

obtenidas en discapacidad funcional e interacción social como medidas indirectas.

Muy posiblemente las diferencias observadas con el trabajo realizado seis años más tarde (Ballina, Hernández, Alegre de Miguel et al, 2004), sea que en éste, del que ahora nos ocupamos, se recogieron las variables de calidad de vida a través del instrumento específico para Fibromialgia –el FIQ– y de la escala genérica PECVEC –Perfil de Calidad de Vida de Enfermedades Crónicas–. Sus resultados revelan un importante impacto de la patología, siendo las áreas más afectadas en el FIQ la fatiga, el descanso nocturno y el deterioro físico. Comparativamente con los valores normativos hallados en mujeres con el cuestionario PECVEC, se evidenciaba que las pacientes con Fibromialgia cuentan con severas pérdidas de calidad de vida en todas las escalas: Capacidad física (53,4%), función psicológica (33,8%), ánimo positivo (44,6%), ánimo negativo (32,6%); y, también, función social (36%) y bienestar social (20%).

Se ha comprobado, a su vez, que el mantenimiento de un cierto grado de actividad diaria redundaba positivamente en el curso de la enfermedad. En este sentido, se concluyó (Ferrer, González y Manassero, 1993) que la realización de una mayor cantidad de actividad de un tipo se relaciona con el desarrollo de un número superior de otros actos, y se asocia, a su vez, con la percepción de menores niveles de impacto del dolor sobre la vida y viceversa.

Centrándonos en uno de los factores de mayor influencia en la calidad de vida del colectivo afectado –la anhedonia–, y, más concretamente, en una de sus variantes, cual es la dificultad o, incluso, imposibilidad de experimentar placer sexual, actualmente se está llevando a cabo una investigación, en aras a clarificar, una vez más, si esta disfunción pre existía o comienza a manifestarse a raíz del proceso.

En dicho trabajo, aun no publicado, los autores Franco-Vicario y Carrero-Hernández parten de la premisa de que cualquiera que sea el problema que enfrentamos en la vida, antes o después impacta sobre nuestra sexualidad.

Las similitudes encontradas entre los pacientes afectados de Fibromialgia y los anoréxicos sexuales (término acuñado por Patrick Carnes en 1997),

les llevó a investigar a un colectivo de 60 mujeres diagnosticadas de Fibromialgia, comparándolas con un grupo control de 30 personas, también femenino, sano.

Metodológicamente se utilizaron instrumentos validados: Entrevista estructurada de Masters y Johnson y diversos cuestionarios –historia infantil de malos tratos, importancia del papel de la erótica en la vida, repercusión de la disfunción sexual en la pareja, satisfacción sexual (Golombok Rust Inventory), ansiedad-rasgo (STAY), depresión (BDI), escala de autoestima, salud general (GHQ 28) y medicación actual de las pacientes–.

Entre sus conclusiones se destaca que: 1) La Fibromialgia, como enfermedad crónica, desestabiliza todas las esferas del ser humano. 2) La medicación, la ansiedad, la depresión y el dolor influyen de forma negativa en el deseo sexual de las pacientes. 3) Se constata que los patrones educativos y las experiencias traumáticas anteriores al diagnóstico de la enfermedad influyen de forma negativa en el deseo sexual. 4) El 76% de las personas enfermas entrevistadas confesaban falta de deseo con anterioridad al diagnóstico, existiendo una estrecha correlación con antecedentes de estrés postraumático.

Así las cosas, los autores infieren que la falta de deseo sexual podría ser una causa de Fibromialgia.

PARÁMETROS JURÍDICO-LABORALES RELACIONADOS CON ESTA REALIDAD CLÍNICA

Existen múltiples antecedentes documentados sobre el impacto de la Fibromialgia a nivel laboral. Sirva como ejemplo (McKinley, Cram, Margoles et al, 1992) la epidemia ocurrida a mediados de la década de los 80 en el sector de operadores de teléfono y teclados –Telecom Australia– en la que, sin motivo aparente, un buen número de personas presentaban una serie de menoscabos dolorosos, ocasionados –se pensaba entonces– por esfuerzos repetitivos, lo que motivó múltiples reclamaciones indemnizatorias, procedimientos judiciales, en definitiva, por esta pérdida de la capacidad laboral.

Hoy sabemos que este acontecimiento, que trajo de cabeza a los operadores médico-legales de aquel país, pudo atribuirse a la Fibromialgia.

Y aquel esquema laboral se continúa reprodu-

ciendo en la actualidad: Trabajos penosos y/o rutinarios en posturas forzadas y mantenidas, turnicidad, esfuerzos físicos; todo ello incrementado, en el caso de la mujer, por la duplicidad de tareas a la que –todavía hoy– se ve abocada, al tener que hacerse cargo, a su vez, de las funciones domésticas (Franco, 2006). En efecto, los datos estadísticos ponen de manifiesto que un 59,74% de la muestra analizada en una tesis que versó sobre los aspectos laborales y prestacionales de la Fibromialgia (León, 2005), desarrollaba profesiones de contenido eminentemente físico.

Sin embargo, poco más podemos decir sobre el entorno laboral de las pacientes con Fibromialgia –pues los sectores empresariales hacen muy poco por mantener en el activo laboral a este tipo de trabajadores, no adaptando los puestos de trabajo a sus limitaciones–; y, por el contrario, estamos en disposición de proporcionar multitud de datos sobre los procesos de Incapacidad Temporal (baja laboral) e Incapacidad Permanente (invalides), a los que se ven, finalmente, abocados.

En este sentido, poco cabe esperar de los sectores productivos privados, cuando la propia Administración Pública no deja de poner cortapisas al acceso laboral de las afectadas de Fibromialgia. Es el caso de la convocatoria para la provisión, mediante oposición, de 108 plazas de Policía del Cuerpo de la Policía Foral de Navarra –resolución 2289/2006 de 18 de Septiembre, publicada en el Boletín Oficial de Navarra de 9 de Octubre–. En ella, llama poderosamente nuestra atención el hecho de que en el cuadro de exclusiones médicas se incluyan los procesos articulares y la Osteoporosis, con la coletilla “según repercusión funcional”, mientras la Fibromialgia se excluye sin excepciones y, por ende, impidiendo el acceso a aquellas afectadas con un curso leve de la citada entidad clínica.

Es por todo ello por lo que nos remitimos ya a la definición que confiere nuestra Ley General de la Seguridad Social al concepto de Incapacidad Permanente –sin relación a ningún proceso patológico en particular–, punto de partida, por tanto, de nuestro análisis: *En la modalidad contributiva, es incapacidad permanente la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones*

anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral (...). El primer pasaje de la definición legal que genera controversia en el ámbito de la realidad clínica que nos ocupa, es el que apunta a que las lesiones han de ser determinadas objetivamente, pues, como bien es sabido, lo característico de la Fibromialgia es la práctica normalidad de las pruebas analíticas y complementarias de diagnóstico.

El criterio de los Juzgados y Tribunales sobre la aplicación de este marco legal a la proyección, en su caso, incapacitante del proceso Fibromiálgico, ha ido variando con el devenir de los años. Pongamos como ejemplo a la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, cuyas primeras Sentencias conocidas por quienes suscriben, denegaban, en la mayor parte de los casos, el acceso a la prestación de Incapacidad Permanente de las afectadas, argumentando que en la Fibromialgia no consta patología orgánica, concreta y determinada que la justifique –V.g. resoluciones judiciales de 11-2-03, recurso nº 23/03, y de 29-4-03, recurso nº 691/03, entre otras–. Sin embargo, ya por aquella fecha se perciben los primeros atisbos de que la solución desestimatoria, dejaba a muchas personas con un curso severo del proceso sin protección y, por ello, en la Sentencia que dicta el 18 de Marzo de 2003, ya se vislumbra una actitud abierta respecto a los tintes incapacitantes de algunos supuestos, desde el momento en que asegura que las alteraciones sensoriales –de las que el dolor es la más habitual– son deficiencias a tener en cuenta. En su momento, este órgano judicial intentó solventar la imposibilidad de objetivación de la entidad clínica, con la búsqueda, por parte del enfermo, de “remedios extraordinarios” en las Unidades del dolor, doctrina que se abandona a raíz de la Sentencia de 7 de Marzo de 2006, en la que se señala que “*lo determinante para conocer su alcance no es el tratamiento en la Unidad del dolor, pues desgraciadamente poco o nada palió esta dolencia que comúnmente es tratada y seguida por los servicios de Reumatología*”. Podemos, finalmente, citar, como resoluciones judiciales más próximas, la de 17 de Julio de 2007, a través de la cual se fijan unos parámetros más

exhaustivos y acordes con la problemática socio-laboral que representa la Fibromialgia: 1º.– *La Fibromialgia es una enfermedad caracterizada por la presencia de un dolor músculoesquelético generalizado, de carácter crónico e intensidad variable*; 2.– *La severidad del dolor, las zonas en las que se manifiesta con mayor virulencia y los signos acompañantes, así como las situaciones que lo agravan, son datos esenciales para verificar la capacidad laboral de quien los sufre, ha de existir una correlación fiable entre aquéllos y ésta*; 3º.– *El dolor es un síntoma subjetivo cuya correcta valoración obliga a atender a factores que proporcionen información útil sobre sus características, como los tratamientos aplicados para mitigarlo y el resultado obtenido, la presencia de síntomas asociados, indicativos de una especial severidad o el historial médico*; 4º.– *La evaluación conjunta e interrelacionada de tales circunstancias (...), permitirá determinar si la sensación dolorosa y los trastornos que la acompañan, tiene entidad suficiente para generar una impotencia funcional para la realización de las tareas fundamentales de la profesión habitual o de toda actividad laboral.*

Una vez expuesta la definición general de la pensión de Invalidez, en la tesis doctoral a la que venimos haciendo alusión, defendida por uno de los autores de este trabajo (León, 2005), se acotó el campo de investigación a dos grados de Incapacidad Permanente –Absoluta y Total–; por otra parte, los que más se solicitan en la práctica jurídica. Y, además, se centró la discusión en Sentencias, pues los afectados suelen terminar –en la mayoría de los casos– incursos en un procedimiento judicial, ante la previa negativa de los denominados Equipos de Valoración de Incapacidades –EVI– a aprobar su pensión.

Nuestra Ley es clara al definir el primero de los grados citados, como la situación que inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio, por lo que le asigna el 100% de la base reguladora; mientras para el segundo señala que se trata de la inhabilidad del trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión habitual, siempre que pueda dedicarse a otra distinta. Su menor –lógicamente– correlato económico se traduce en un 55% de la base reguladora, o en un 75% si, entre otros

requisitos, el beneficiario cuenta con 55 o más años.

En su aplicación a los casos de Fibromialgia, en nuestra tesis (León, 2005) nos planteábamos, a modo de objetivos, conocer las especiales características que presentan aquellas afectadas/os con este proceso que inician –o se les instruye– un procedimiento de Invalidez, respecto a quienes no lo hacen; así como analizar las respuestas a dichas demandas, durante el período seleccionado para la muestra, por parte de los órganos administrativos –los ya mencionados EVI, adscritos a las Direcciones Provinciales del INSS– o judiciales. Para ello se utilizó una metodología cualitativa-descriptiva y analítica –estudio de 77 expedientes en los que figuraba el diagnóstico Fibromiálgico, procedentes de distintas provincias Españolas, y que se defendieron por quien suscribe en el período comprendido entre el 23 de Febrero de 1999 y el 31 de Julio de 2004; y las Sentencias judiciales con las que concluyeron aquéllos–; coadyuvándonos, eso sí, de la estadística. Ello nos permitió, a su vez, hacer un estudio de costes, tanto a nivel farmacológico como de pensiones.

Siguiendo los citados rigores metodológicos se obtuvieron los siguientes resultados: 44,15% de casos aprobados –con una mayor tendencia al éxito cuando quien dictaba la Sentencia era una Magistrada–, de los cuáles el 73,52% correspondían a la Incapacidad Permanente Total y el 26,47% a la Absoluta, dato curioso en relación con la estadística general de pensionistas, en la que no se observaba una diferencia de esta magnitud. Extrapolados estos datos a las cifras generales de pensionistas Españoles con los citados grados de Incapacidad Permanente, se alcanzaban unas conclusiones ciertamente sorprendentes: Estas personas percibirían un 14,66% de todas las pensiones de este tipo que abona el INSS.

El relato de la afectada de Fibromialgia incurso en un procedimiento de Invalidez era el de una mujer de 48 años, residente en un entorno urbano y que desarrollaba una profesión de carga física –como ya hemos anticipado–. Paradójicamente, eran los expedientes de pacientes con actividades laborales de tipo sedentario y/o intelectual, los que más habitualmente prosperaban a

efectos de la prestación, según se infería de los sistemas estadísticos utilizados.

Dicha asegurada, había, además, permanecido en Incapacidad Temporal, previamente al procedimiento de Invalidez, 15 meses, período sustancialmente superior respecto al que había mantenido el colectivo general de pacientes: 9 meses consumiendo este tipo de prestación (Albomoz, Povedano, Quijada et al, 1997).

En su expediente podía comprobarse una anamnesis en la que se ponía de manifiesto una historia patobiográfica de acontecimientos vitales adversos, una disminución o pérdida de la apetencia sexual, y, finalmente, disfunciones cognitivas: Trastornos en la atención, concentración, memoria a corto plazo y disfasia nominativa, fundamentalmente. Asimismo, a modo de comorbilidad, contaba con una variada gama de procesos atróxicos, hemiarios y ansioso-depresivos, los cuáles, por otra parte, fueron los únicos parámetros que permitieron diferenciar a los afectados de Fibromialgia que solicitaban una pensión de Invalidez, respecto a quienes no lo hacían.

Se reproducían, además, como datos exploratorios relevantes, la presencia de 16/18 puntos sensibles, las restricciones dolorosas de la movilidad, las contracturas musculares o la disminución de la fuerza segmentaria; llamando la atención su polimedicación, lo que generaba un coste total anual –farmacología computada: Amitriptilina, Paracetamol, Antiinflamatorios no esteroideos, Tramadol y Opioides– de 1634,19 Euros.

Para finalizar, nos ocupamos de las opiniones del sector médico en torno a la conveniencia o no de la incapacitación de estos pacientes; las cuáles deben tomarse muy en consideración, desde el momento en que los informes constituyen el soporte documental, en base a los cuáles los Jueces-Magistrados dictan sus Sentencias.

Así mientras el artículo de referencia (White, 2004) critica la actitud de aquellos sectores clínicos que argumentan que la única razón por la que este síndrome –Fibromialgia– existe, es por contar con un sistema de pensiones un tanto generoso que está preparado para ser “desplumado” por unos individuos que reivindican estar demasiado enfermos para trabajar; otros, por el contrario (Bernier, 1996) justifican los efectos contraproducentes de, incluso, la Incapacidad Temporal

en estos pacientes, en el convencimiento de que serán más conscientes del dolor como consecuencia de la inactividad, se sentirán aislados, el descenso en su productividad les llevará a una pérdida de la autoestima, tendrán problemas económicos, perdiendo, además, su estabilidad laboral, estarán atemorizados por el momento en el que, en su caso, hayan de reincorporarse al trabajo, sin olvidar, tampoco, los problemas familiares provocados por todo cuanto antecede.

Podría llegarse, únicamente, a un cierto consenso a la hora de considerar los factores de sobrecarga mecánica de los músculos (Alonso, Álvarez y Alegre, 2000) y de realización de esfuerzos propios de las profesiones de contenido eminentemente físico, como agravantes de los dolores, habiendo de reducirse aquéllos en el puesto de trabajo; no siendo ésta una idea nueva, desde el momento en que ya en una publicación editada en 1929 (Thomson y Gordon, 1929) se trataba de la incidencia que en la, entonces, Fibrositis tenía la exposición al esfuerzo, lo cual se ejemplificaba con los mineros que presentaban dolor en la región dorsal y hombros, como consecuencia del empleo del pico en posición forzada.

CONCLUSIÓN

De los distintos trabajos revisados no se infiere un consenso sobre la influencia que tienen los trastornos psicológicos en la Fibromialgia, ni en torno a las estrategias de afrontamiento que se han de utilizar en el marco de las terapias cognitivo-conductuales –que constituyen uno de los ejes fundamentales del tratamiento–, pues difieren de las creencias y actitudes del colectivo afectado. De ahí que resultaría de gran utilidad el diseño de investigaciones y/o la elaboración de protocolos, sobre cuáles deben ser las pautas terapéuticas más eficaces para mejorar la calidad de vida del paciente. Por su parte, si se tiene en cuenta que la mayoría de estas personas desempeña profesiones de carga física y que, precisamente, se recomienda facultativamente evitar la misma, por contribuir al agravamiento de las algias, corresponde a las Administraciones Públicas competentes y al sector empresarial, el impulso de medidas que favorezcan la adaptación de los puestos de trabajo a las limitaciones fun-

cionales que presenta el concreto trabajador afectado; evitando, así, el importante coste económico, a nivel de pensiones, que la Fibromialgia está generando ya en nuestro país. De cualquier forma, se está consolidando una doctrina judicial que condiciona el acceso a la pensión, a que los afectados acrediten la intensidad severa de su dolor, las situaciones que lo agravan, el agotamiento de los procesos terapéuticos que, a día de hoy, oferta la ciencia médica o los síntomas asociados.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Albornoz J, Povedano J, Quijada J et al.:** Características clínicas y sociolaborales de la Fibromialgia en España: Descripción de 193 pacientes. *Rev Esp Reumatol* 1997; 24: 38-44.
2. **Alonso JL, Álvarez B, Alegre J.:** Fibromialgia. Seminarios de la Fundación Española de Reumatología 2000; 1-4: 199-211.
3. **Ballina FJ, Hernández E, Alegre de Miguel C et al.:** Calidad de vida en pacientes con Fibromialgia remitidos para tratamiento Hospitalario. Estudio abierto con Tramadol. *Revista Española de Reumatología* 2004; 31 (5).
4. **Bernier R.:** Fibromyalgia. *Collège des Médecins du Québec* 1996.
5. **Buskila D, Neumann L, Odes LR et al.:** The Prevalence of Musculoskeletal Pain and Fibromyalgia in Patients Hospitalized on Internal Medicine Wards. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 2001; 30 (6): 411-417.
6. **Carceller JM, Fidalgo MI.:** Tratamiento de la Fibromialgia desde la clínica del dolor. *Dolor* 1998; 13: 116-122.
7. **Cohen H, Neumann L, Haiman Y et al.:** Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder in Fibromyalgia Patients: Overlapping Syndromes or Post-Traumatic Fibromyalgia Syndrome?. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 2002; 32 (1): 38-50.
8. **Collado A, Torres X, Arias A et al.:** Tratamiento multidisciplinar en pacientes con dolor crónico en situación de baja laboral. *Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11: 203-209.
9. **Estudio EPISER 2000.** Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid: SER, MSD, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001. p. 77-91.
10. **Ferrer VA, González R, Manassero MA.:** El West Haven Yale Multidimensional Pain Questionnaire: Un instrumento para evaluar al paciente con dolor crónico. *Dolor* 1993; 8: 153-160.

11. **Fibromialgia. Madrid:** Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud; 2003.
12. **Franco R.:** La Fibromialgia. Un paradigma de estrés existencial. *Gaceta médica de Bilbao* 2006; 103: 7.
13. **Fukuda K, Strauss SE, Hickie I, et al.:** The Chronic Fatigue Syndrome: A Comprehensive Approach to Its Definition and Study. *Ann Intern Med* 1994; 121: 953-959.
14. **García FJ, Lao JI, Fernández J et al.:** Genetic profile differences between severe Fibromyalgia and Chronic Fatigue Syndrome. Fort Lauderdale Florida: 8th International IACFS, Conference on Chronic Fatigue Syndrome, Fibromyalgia and other Related Illnesses; 2007.
15. **Gaspar JI, Orozco F, García-Campayo J et al.:** Protocolo para el abordaje de la Fibromialgia. Zaragoza: Gobierno de Aragón, Departamento de Salud y Consumo; 2006.
16. **Goldenberg DL, Sandhu HS.:** Fibromyalgia and Post-Traumatic Stress Disorder: Another Piece in the Biopsychosocial Puzzle. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 2002; 32 (1): 1-2.
17. **González MR, Fernández MP, Mingote C et al.:** Aspectos psiquiátricos de los pacientes con Fibromialgia. *Revista Española de Reumatología* 2004; 31 (5).
18. **Guitart J, Giménez-Grouselles J.:** Prevalencia de puntos dolorosos tipo Fibromialgia en una población reumatológica. Evaluación de diversas variables. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 1999; 6: 412-419.
19. **Hernández M.:** Estudio de la personalidad psicológica de los pacientes con Fibromialgia. *Rheuma* 1998; 3: 44-47.
20. **Ju nyent M, Catalán R, Torres A et al.:** Fibromialgia: Psicopatología y Puntos de dolor. *Revista Española de Reumatología* 2004; 31 (5).
21. **León J.:** Búsqueda de nuevos criterios de valoración del menoscabo funcional en los procesos de Incapacidad Permanente con causa en la Fibromialgia y/o Síndrome de la Fatiga crónica. Un enfoque multidisciplinar. Leioa: Universidad del País Vasco; 2005.
22. **Leza JC.:** Fibromialgia: Un reto también para la neurciencia. *Rev Neurol* 2003; 36(12): 1165-1175.
23. **López M, Gozalo A, Mingote C et al.:** Indicadores Bioquímicos y Pruebas Isométricas en Fibromialgia. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 2008; 54 (213): 47-66.
24. **Martín-Aragón M, Pastor MA, Lledó A et al.:** Percepción de control en el síndrome fibromiálgico: variables relacionadas. *Psicothema* 2001; 13 (4): 586-591.
25. **McKinley W, Cram J, Margoles M et al.:** Innovations in Soft-Tissue Jurisprudence. *Trial Diplomacy Journal* 1992; 15: 199-208.
26. **Muro-Gastañaga J.:** Algunas reflexiones en torno a la Fibromialgia. *Revista de Psicoanálisis de la APM* 2007; 52: 105-127.
27. **Muro-Gastañaga J.:** Fibromialgia: Un misterio doloroso. Reflexiones en clave "F" 2003; 1: 14-18.
28. **Nielson WR, Harth M.:** Fibromyalgia: Beyond the Rhetoric. *The Journal of Rheumatology* 2004; 31 (4): 631.
29. **Pastor MA, López S, Rodríguez J et al.:** Estado de salud percibido en enfermos con Fibromialgia. *Revista de psicología de la salud* 1998; 10 (1): 3-13.
30. **Pastor MA, López S, Rodríguez J et al.:** Evolución en el estudio de la relación entre factores psicológicos y Fibromialgia. *Psicothema* 1995; 7(3): 627-639.
31. **Rodríguez R, Lindman R, Mulero J et al.:** Fibromialgia. Actualización y nuevas perspectivas. Madrid: ICN Huber; 1994.
32. **Rodríguez de la Serna A.:** Valoración de las alteraciones en la esfera de la psicopatología y de la fisiopatología de sueño mediante polisomnografía en pacientes con Fibromialgia. Estudio comparativo en pacientes con artritis reumatoide. *Dolor* 2004; 19: 159-170.
33. **Rotés-Querol J.:** La Fibromialgia en el año 2002. *Rev Esp Reumatol* 2003; 30 (4): 145-149.
34. **Sardá G.:** Manuela de Madre, Vitalidad crónica. Convivir con la Fibromialgia. Barcelona: Editorial Planeta; 2007.
35. **Sarró S.:** Fibromialgia reumática. Aspectos psiquiátricos. *Actas Esp Psiquiatr* 2002; 30 (6): 392-396.
36. **Sedó R, Ancochea J.:** Una reflexión sobre la Fibromialgia. *Aten Primaria* 2002; 29 (9): 562-564.
37. **Soucase B, Monsalve V, Soriano JF et al.:** Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de Fibromialgia. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2004; 11: 353-359.
38. **Thomson FG, Gordon RG.:** Las enfermedades reumáticas crónicas, diagnóstico y tratamiento. Barcelona: Manuel Marín - editor; 1929. p.18-28.
39. **Van Houdenhove B, Neerincx E, Onghena P et al.:** Daily Hassles Reported by Chronic Fatigue Syndrome and Fibromyalgia Patients in Tertiary Care: A controlled Quantitative and Qualitative Study. *Psychother Psychosom* 2002; 71: 207-213.
40. **White KP.:** Fibromyalgia: The Answer Is Blowing in the Wind. *The Journal of Rheumatology* 2004; 31 (4): 636-639.
41. **Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB et al.:** The American College of Rheumatology 1990 Criteria for

the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Athrits and Rheumatism* 1990; 33 (2): 160-172.

42. **Yunus MB.:** Psychological aspects of Fibromyalgia syndrome: a component of the dysfunctional

spectrum syndrome. *Baillière's Clinical Rheumatology* 1994; 8(4): 811-837.

43. **Zubieta AJ, Aragón A, Cantalejo M.:** La Fibromialgia: una enfermedad del pasado, actual y con futuro. *Rheuma* 2003; 6: 9-22.