



REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

FIBROMIALGIA, DESAFÍO MÉDICO LEGAL EN LOS CASOS DE PENSIONES POR INVALIDEZ

Allan Li Canessa*

RESUMEN:

El síndrome de fibromialgia se caracteriza por dolor musculoesquelético crónico que puede asociarse con otros síntomas como fatiga, dificultades para dormir, disfunción cognitiva y estado de ánimo depresivo. La ausencia de pruebas diagnósticas específicas resulta un problema para los médicos realizar el diagnóstico. Desde la perspectiva médico forense, surge un gran reto cuando se trata de valorar enfermedades como la fibromialgia, que no se contemplan en listados o baremos de lesiones permanentes y determinar si alcanza o no el grado de invalidez. El presente artículo pretende considerar ciertos aspectos útiles para el diagnóstico y evaluación médico legal de esta patología como causa de discapacidad y/o invalidez.

PALABRAS CLAVE:

Fibromialgia, Medicina Forense, Pensiones, Invalidez.

ABSTRACT:

Fibromyalgia syndrome is characterized by chronic musculoskeletal pain that may be associated with other symptoms such as fatigue, sleep difficulties, cognitive dysfunction and depressed mood. The absence of specific diagnostic tests is a problem for medical diagnosis. From the forensic medical perspective, arises a great challenge when it tries of assess diseases as the fibromialgia, which is not contemplated in lists or scales of permanent injuries and determining if it reaches or not the degree of invalidity. This article aims to consider some useful aspects for the diagnosis and forensic evaluation of this disease as a cause of disability and / or invalidity.

KEY WORDS:

Fibromyalgia, Forensic Medicine, Pensions, Disability.

* Especialista en Medicina Legal. Correo electrónico: alic@poder-judicial.go.cr



Introducción

Los regímenes o sistemas de pensiones han surgido ante la necesidad que ha tenido el ser humano de tener un respaldo económico al retirarse de su vida laboral, por eventualidades como la invalidez.

En nuestro país, existe un seguro que entró en vigencia el 01 de enero del año 1947 cuya administración le pertenece a la Caja Costarricense del Seguro Social. Tal institución se rige mediante un reglamento llamado Reglamento de Invalidez Vejez y Muerte, que en su Artículo 7° establece la Declaratoria de Invalidez por medio de una comisión Calificadora del Estado de Invalidez, encargada de valorar al asegurado que solicite una pensión de este tipo y de declarar si se encuentra o no inválido, siendo que en el Artículo 8° establece como requisito para pensionarse por Invalidez que el asegurado presente una “alteración o debilitamiento de su estado físico o mental de sus dos terceras partes o más de su capacidad de desempeño de su profesión, de su actividad habitual o en otra compatible con su capacidad residual”.

En caso de que la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez determine que el asegurado no se encuentra inválido, el evaluado podrá presentar una nueva solicitud de pensión una vez transcurrido un plazo mínimo de doce meses, contados a partir del momento en que se le denegó administrativamente su gestión anterior, o bien la persona puede acudir al Juzgado de Trabajo de Trabajo a poner una demanda por Invalidez contra la Caja Costarricense del Seguro Social. (Solórzano, 2008)

Posteriormente, la Autoridad Judicial envía a la persona a una valoración médico legal al Departamento de Medicina Legal donde médicos especialistas en medicina legal de la Sección de Medicina del Trabajo o de una Unidad Médico Legal Regional, determinarán si alcanza o no el grado de invalidez (Ramírez, 2014).

Dictaminar si una persona está inválida, es una de las valoraciones médico forenses más difíciles de realizar en forma precisa, clara y justa y surge un gran reto cuando se trata de calificar enfermedades que no se contemplan en listados o baremos de lesiones permanentes, como es el caso de la fibromialgia (Arguedas, 2002).

A continuación se realizará una revisión bibliográfica de la fibromialgia y se considerarán ciertos aspectos útiles para el diagnóstico y evaluación médico legal de esta patología como causa de discapacidad y/o invalidez.

Fibromialgia

El síndrome de fibromialgia es una patología crónica conformada por diferentes signos y/o síntomas caracterizados por trastornos musculoesqueléticos, donde el dolor es el síntoma pivote en ausencia de alteraciones osteoarticulares, lo que resulta en un problema para los médicos reconocer y realizar el diagnóstico (Jay, 2015) (Ablin, 2013).

La etiología de la fibromialgia es desconocida, el dolor crónico y generalizado que aquejan los pacientes se localiza a nivel de las inserciones de los músculos y tendones con la presión digital, y que además incluye la presencia de trastornos del sueño, fatiga crónica, episodios depresivos, ansiedad, y otros síndromes somáticos funcionales (Fraïoli, 2013).

Este síndrome ha sido clasificado en primaria y concomitante. La fibromialgia primaria implica que la persona portadora no presenta ninguna enfermedad asociada que podría contribuir al dolor, y se considera fibromialgia concomitante si se asocia con otras enfermedades como osteoartritis, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico e hipotiroidismo, sin embargo no existen diferencias específicas entre ambas (Jay, 2015).

La fisiopatología de esta enfermedad se ha relacionado con el procesamiento anormal del dolor en el sistema nervioso periférico, central y simpático y con el procesamiento anormal en el eje de respuesta al estrés hipotálamo-hipofisis-suprarrenal. (Dynamed, 2015)



Fibromialgia y trastornos psiquiátricos

La presentación clínica de la fibromialgia es heterogénea a pesar de que el Colegio Americano de Reumatología solo ha incluido el dolor físico como criterio para el diagnóstico de la enfermedad. Los investigadores han identificado varios síntomas que están presentes comúnmente en pacientes con fibromialgia. Un estudio del mismo Colegio Americano de Reumatología determinó que de un 73% a un 85% de los pacientes reportaron fatiga y trastornos del sueño. Parestesias, dolor de cabeza y ansiedad estuvieron presentes de un 45% a un 67% de los pacientes y síndrome de colon irritable en un 22% a 36 % de los evaluados. Otros síntomas comunes reportados incluyen trastornos cognitivos y problemas de concentración (Castro, 2008)

El deterioro cognitivo es otra de las quejas frecuentes asociadas a la fibromialgia, cuya causa se ha centrado en las anomalías neuroendocrinas y la presencia del dolor. Se ha logrado documentar que los niveles anormales de cortisol afectan el rendimiento cognitivo, principalmente en atención y memoria. Por su parte, el dolor genera una demanda importante de atención dentro de la actividad cerebral llegando a disminuir el rendimiento cognitivo a ese nivel (Castro, 2008).

Diagnóstico

La fibromialgia se diagnostica sobre la base de los síntomas característicos y la exclusión de otras enfermedades que pueden conducir al mismo patrón de síntomas (Häuser, 2009). Tal diagnóstico se ha aceptado con cautela, sobre todo porque no existe ninguna prueba específica que pueda confirmarlo.

La evaluación se basa en los criterios del American College of Rheumatology (ACR) 1990, los cuales implican:

- Historia de dolor generalizado que se encuentra presente durante al menos tres meses.
- Dolor en ambos lados del cuerpo y por encima y por debajo de la cintura.
- Dolor en 11 de los 18 puntos dolorosos a la palpación digital (ambos lados del cuerpo): occipucio, cervical, trapecios, supraespinosos, segunda costilla, epicóndilos laterales, glúteo, trocánter mayor, rodillas.

Los puntos sensibles duelen sólo en el área donde se aplica, y no hay dolor referido (Chaves, 2013)

Para realizar la valoración existe un instrumento conocido como un dolorímetro que se puede utilizar para aplicar exactamente 4 kg de presión a través de los puntos sensibles durante el examen.

Posteriormente la American College of Rheumatology (ACR) propuso en el año 2010 nuevos criterios que complementan los criterios establecidos en 1990, mediante el uso de dos nuevas escalas, la WPI (widespread pain index) y el SSS (symptom severity score), con el fin de facilitar el diagnóstico en la práctica clínica y para ello requieren de las siguientes puntuaciones:

- WPI ≥ 7 y SSS ≥ 5 o
- WPI 3-6 y SSS ≥ 9

Lo anterior con síntomas presentes en un nivel similar de ≥ 3 meses y en ausencia de otro trastorno que explique el dolor. (Wolfe, 2010).

Adicional a esto, se logró establecer que la escala SSS permite la evaluación de la gravedad de los síntomas de fibromialgia y es considerada útil en la evaluación longitudinal de los pacientes con marcada variabilidad de los síntomas.



Cintura escapular izquierda	Pierna inferior izquierda
Cintura escapular derecha	Pierna inferior derecha
Brazo superior izquierdo	Mandíbula izquierda
Brazo superior derecho	Mandíbula derecha
Brazo inferior izquierdo	Tórax
Brazo inferior derecho	Abdomen
Nalga izquierda	Cuello
Nalga derecha	Espalda superior
Pierna superior izquierda	Espalda inferior
Pierna superior derecha	

Tabla 1. Índice de dolor generalizado (WPI). Un punto por cada localización.

Fatiga	Sueño no reparador	Síntomas cognitivos
0= Sin problemas	0= Sin problemas	0= Sin problemas
1= Problemas leves e intermitentes	1= Problemas leves e intermitentes	1= Problemas leves e intermitentes
2= Problemas moderados considerables presentes a menudo	2= Problemas moderados considerables presentes a menudo	2= Problemas moderados considerables presentes a menudo
3= Problemas graves generalizados constantes e inquietantes	3= Problemas graves generalizados constantes e inquietantes	3= Problemas graves generalizados constantes e inquietantes

Tabla 2. Escala de Severidad de Síntomas (SSS).

Diagnósticos diferenciales

La existencia de otros trastornos relacionados, entre ellos la simulación, vuelve un más compleja la valoración de estos casos y es fundamental diferenciar la fibromialgia de otras dolencias similares, como la somatización. Existen elementos que pueden ayudar en el diagnóstico diferencial con trastornos de somatización, en estos casos los síntomas fluctúan de una consulta a otra y parecen olvidar los que no les parecen problemáticos. En contraposición, los síntomas de fibromialgia son estables y recurrentes. Los pacientes con somatización tienden a cambiar constantemente de médico y se rehúsan a tomar medicación, mientras que los pacientes con fibromialgia manifiestan disfuncionar sin la medicación (Montoya, 2011).

Las personas hipocondriacas, experimentan una reducción, aunque sea temporal, de su ansiedad después de cada visita médica y regresan a la consulta cuando nuevos síntomas aparecen acompañados de nuevos brotes de ansiedad y miedo a la enfermedad. Mientras que los síntomas de la fibromialgia se caracterizan por su estabilidad y consistencia, y su actividad diaria merma en respuesta al dolor físico y no como consecuencia de miedo irracional (Montoya, 2011).

Por lo que, la estabilidad y recurrencia de los síntomas y la seriedad con que el paciente se adhiere al régimen de medicación y visitas médicas, son elementos esenciales para considerar el diagnóstico de fibromialgia (Montoya, 2011).



Estudios adicionales

Las pruebas no son necesarias para confirmar el diagnóstico clínico de fibromialgia, éstas se utilizan de rutina para evaluar otras posibles causas de los signos o síntomas, dentro de las pruebas indicadas se encuentran: Hemograma completo, velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C-reactiva (PCR), creatina quinasa, perfil metabólico, pruebas de la función tiroidea, pruebas de rutina para los anticuerpos antinucleares (ANA) o el factor reumatoide, otros estudios como la medición de ferritina en sangre, capacidad de fijación del hierro y el porcentaje de saturación, niveles de vitamina D, estudios radiológicos, pruebas neuropsicológicas para pacientes seleccionados (pacientes con deterioro cognitivo severo/ pacientes que necesitan tranquilidad de que no están desarrollando demencia) y estudios para la apnea del sueño y movimientos repetitivos de las extremidades; en casos positivos, valorar realizar una polisomnografía durante la noche. (Dynamed, 2015)

Tratamiento

De igual forma que se dificulta para el clínico realizar el diagnóstico de la fibromialgia, debido a la variedad de síntomas, también lo es el brindar el tratamiento más adecuado. En la actualidad, existe una multitud de opciones de tratamiento farmacológico y no-farmacológicos como la acupuntura, vitaminas, homeopatía, dietas, quiropraxia, masajes, entre otros. (Montoya, 2011). Con respecto al tratamiento farmacológico, no existe nada específico, si no una heterogeneidad de medicamentos cuyos efectos deseados principalmente es el alivio del dolor, a continuación se describen los más comúnmente utilizados:

Categoría	Drogas representativas
Andidepresivos e ISRS	Amitriptilia, Nortriptilina, floxetina
Bloqueadores de canales de calcio	Pregabalina, Gbapentina
Canabinoides	Nabilon
Analgésicos	Tramadol, acetaminofen
Agonistas de neurotransmisores	Tropisetón (Serotonina), Ropinirole (dopamina)
Sedativos	Zopiclona, Zolpiden
Antagonistas de NMDA	Ketamina

Tabla 3. Tratamientos farmacológicos disponibles para la fibromialgia

Los tratamientos complementarios y alternativos no poseen estudios suficientes para recomendarlos. Se ha descrito con un nivel de evidencia medio que la electroacupuntura puede mejorar el dolor a corto plazo la rigidez y la fatiga, terapias mente-cuerpo (incluyendo Tai chi, yoga, meditación, hipnosis, imaginería agradable) pueden reducir los síntomas, terapias manuales (incluyendo la terapia de masaje, la quiropráctica, manipulación osteopática) y los ejercicios de fuerza y aeróbicos pueden ser también útiles (Dynamed, 2015).

Fibromialgia y discapacidad laboral

Los trastornos musculoesqueléticos son de las principales causas de incapacidad temporal, provocando que el número de días de baja por enfermedad sea de tres a cuatro veces superior a otros trabajadores. Sin embargo, hay discrepancias en los porcentajes de incapacidad permanente por fibromialgia, situándose en un rango entre el 12% y el 30% según el tipo de trabajo. (Abásolo, 2008) (Collado, 2011).



En estudios incluidos en una revisión por Henriksson y Alabama en el 2005, del 34-77% de los pacientes portadores de fibromialgia eran capaces de seguir trabajando, sobre todo al realizarles ajustes en relación con las tareas y horario del trabajo (Henriksson, 2005). En tal caso, según el Código de Trabajo de nuestro país, una persona que deba ser reubicada de su puesto de trabajo, se podría considerar hasta un 30% de incapacidad para laborar, porcentaje que se encuentra dentro del rango antes señalado que indican los estudios realizados.

La evaluación del grado de discapacidad en los pacientes con fibromialgia es compleja y controvertida, esencialmente por la falta de una medida objetiva del dolor y la imposibilidad de diagnosticar dicha enfermedad a través de pruebas de laboratorio o de gabinete. De ahí que tal síndrome se excluye de los baremos de calificación del grado de discapacidad. Pese a esto, desde el punto de vista médico legal, es preciso que las valoraciones se hagan en una forma técnica y profesional, con la claridad de un marco teórico que fundamente las conclusiones de los dictámenes médico legales y ante la necesidad de establecer un porcentaje de discapacidad, es necesario demostrar que las alteraciones anatómicas y/o funcionales sean objetivables, es decir, que se puedan constatar médicamente de forma ineludible. (Arguedas, 2002).

Uno de los instrumentos validados para evaluar el impacto de la fibromialgia en la calidad de vida de las personas es el denominado "Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia" (FIQ, por sus siglas en inglés), este cuestionario se completa en alrededor de 3 minutos, y es muy utilizado por clínicos e investigadores. Este test valora una serie de 10 preguntas, con puntaje total de 100 puntos y así se han establecido los siguientes intervalos de gravedad: < 39 (leve), ≥39 hasta <59 (moderado), ≥59 (grave). (Bennet, 2009).

Evaluación Psiquiátrica y Psicológica

Debido a los síntomas psiquiátricos (deterioro en la memoria, pérdida del vocabulario y autopercepción de lentitud) y otros trastornos ansiosos y depresivos asociados a este síndrome, es necesario establecer desde la esfera psiquiátrica y psicológica si las manifestaciones aquejadas abarcan algún grado de deterioro funcional y cognitivo hasta diagnósticos de una severidad incapacitante (Castro, 2008)

En la actualidad, si bien hacen falta investigaciones para determinar el deterioro de la función cognitiva en la fibromialgia mediante test específicos, existen otras pruebas y test psicológicos que han demostrado ser una fuente objetiva y confiable para obtener información (Castro, 2008). Posterior a la realización e interpretación de estas pruebas, además que se logre determinar la refractariedad de las alteraciones pese a recibir el tratamiento adecuado, es posible ubicar el deterioro funcional en las tablas de baremos de discapacidad por enfermedades mentales, como por ejemplo los de la Asociación Médica Americana (AMA), donde se establecen porcentajes según los grados de discapacidad.

Evaluación del Dolor

Existen diferentes test y herramientas que pueden ser útiles para evaluar y cuantificar el dolor de las personas con fibromialgia, como las de la Federación Latinoamericana de Sociedades del Dolor, dentro de las cuales se encuentran las escalas numéricas del dolor que miden la intensidad de éste del 1 al 10. También se puede calificar con escalas funcionales del dolor, que lo caracterizan dependiendo de la magnitud con la que ocasionen limitación las actividades de la vida diaria, de la siguiente manera (Rabah, 2015):

Valor	Descripción
0	Sin dolor
1	Tolerable (y no impide ninguna actividad)
2	Tolerable (pero impide ciertas actividades)



3	Intolerable (pero puede contestar el teléfono, ver TV, o leer)
4	Intolerable (pero no puede contestar el teléfono, ver TV, o leer)
5	Intolerable (e impide la comunicación verbal por dolor)

Por su parte, es posible valorar el dolor mediante indicadores no verbales, observando las conductas del paciente durante el reposo y con el movimiento, se coloca 0 si el parámetro no está presente y 1 si está presente.

Conducta	Con movimiento	En reposo
Vocalizaciones (Suspiros, lamentos, gritos, llanto)		
Muecas faciales (Ojos, dientes, labios apretados, frente arrugada)		
Abrazar (Sujetarse a los muebles, sostener el área afectada durante el movimiento)		
Inquietud (Constante o intermitente cambio de posición, mecerse)		
Frotarse (Masejeando el área afectada)		
Quejidos orales (palabras como ay, ya esta bueno)		
Score subtotal		
Score total		

La utilización de diferentes escalas fáciles de aplicar, podrían ayudar a obtener un acercamiento más real del dolor de los pacientes evaluados.

Como se indicó previamente, si bien no se presentan alteraciones estructurales primarias en la fibromialgia, cuando el dolor es real y severo puede generar cambios estructurales objetivables al examen físico, de tal manera que el Dr. Ojeda realiza una estadificación clínica de la fibromialgia en tres grados:

Grado 1: Sin alteraciones estructurales objetivables, sin atrofia clínica de la masa muscular, signos negativos radiográficos de osteopenia ni alteraciones articulares, los arcos de movilidad articular son normales, y puede existir disminución de la fuerza de prehensión y parestesias con electromiografía normal.

Grado 2: Se puede apreciar leve atrofia de la masa muscular, puede observarse aumento de peso a expensas de ganancia de tejido graso, que puede no variar, debido a la pérdida de músculo, comienzan a adaptarse posiciones viciosas, contracturas musculares, con limitación parcial de los grados de movilidad de las articulaciones, sin presentar signos radiográficos positivos.

Grado 3: Aunque como se indicó previamente, no existe evidencia acerca de que la fibromialgia ocasione alteraciones estructurales, éstas pueden ser ocasionadas por el sedentarismo, la obesidad, posiciones viciosas, la distrofia, entre otros. Por lo que sea cual fuere la causa, las alteraciones estructurales definen el grado y permiten cuantificar el grado de discapacidad. Se definen aquí las rigideces articulares graves, signos de artrosis y osteopenia por desuso en las radiografías, posiciones viciosas del tronco y los miembros, necesitando incluso el uso de férulas de descanso, y aumento de peso por la escasa o nula actividad física.



Ante la ausencia de baremos de calificación para esta enfermedad, obliga a valorar los síntomas de esta patología como si constituyeran alteraciones autónomas y con la utilización de tablas de valores combinados como los de la AMA, se puede obtener un porcentaje de incapacidad mayor objetividad (Ojeda).

Por otra parte, deben de considerarse las actividades laborales habituales que realizan las personas, dados los síntomas mencionados, ya que las personas afectas con fibromialgia, podrían tener mayor dificultad en los trabajos que ameriten de esfuerzos físicos continuos, movimientos repetitivos del aparato músculo esquelético, mantenimiento de posturas prolongadas y labores en las que se necesite de especial concentración, o que generen altos niveles de estrés.

De tal manera, será cada caso concreto, en el que se debe valorar si la persona afectada con fibromialgia se encuentra inhabilitada para realizar las tareas esenciales que constituyen su profesión habitual.

Conclusión

La valoración de la fibromialgia como enfermedad incapacitante es todo un reto para el médico forense y es necesaria la creación de un baremo útil que evalúe el menoscabo funcional de esta enfermedad. Los rangos de porcentaje de incapacidad son muy variados, encontrándose en la literatura entre el 12% y el 30% según el tipo de trabajo. Como parte de la fundamentación que requieren las valoraciones por invalidez, es necesario objetivar y cuantificar el dolor y los demás síntomas asociados, para lo cual el médico forense puede hacer uso de diferentes instrumentos de evaluación, el examen clínico enfocado en la búsqueda de alteraciones funcionales e interconsultas a profesionales en psicología y psiquiatría forense, determinando así el deterioro físico y mental que envuelve esta enfermedad.

Bibliografía

1. Abásolo, L., Carmona, L., Lajas, C., Candelas, G., Blanco, M., Loza, E., Hernández, C. & Jover, J. (2008). Prognostic factors in short-term disability due to Musculoskeletal Disorders. *Arthritis & Rheum*, 59(4), 489-96.
2. Ablin, J. & Buskila, D. (2013). Fibromyalgia syndrome – Novel therapeutic targets. Elsevier, *Maturitas*, 75, 335–340.
3. Arguedas, M. (2002). El estado de invalidez y su definición, un desafío médico legal. *Med. Leg. De Costa Rica*, 19, 2.
4. Bennet R, Bushmakina A, Cappelleri J, Zlateva G, Sadosky A. (2009). Minimal clinically important difference in the fibromyalgia impact questionnaire. *J Rheumatol*, 36(6), 1304-11.
5. Chaves, D. (2013). Actualización en fibromialgia. *Med. Leg. de Costa Rica*, 30, 1.
6. Collado, A; et al. (2011). Fibromialgia. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
7. Costa Rica. (2008). Código de Trabajo, (26° ed). San José, Costa Rica: Editec.
8. Costa Rica. CCSS. Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte de la Caja Costarricense de Seguro Social. Recuperado en fecha 07 de noviembre de 2015 de: <http://costarica.eregulations.org/media/reglamentoinvalidez.pdf>,
9. Fibromialgia. Extraído el el 07/11/2015. de: <http://dynamed.com/topics/dmp-AN-T116339/Fibromyalgia>
10. Fraioli, A., et al. (2013). Clinical researches on the efficacy of spa therapy in fibromyalgia. A systematic review. *Ann Ist Super Sanità*, 49 (2), 219-229.



11. Garro, K. (2010). *Valoración en Medicina del Trabajo*. Med. Leg. de Costa Rica, 27, 1.
12. Häuser, W., et al. (2009). Fibromyalgia Syndrome Classification, Diagnosis, and Treatment. *Dtsch Arztebl. Int.*, 106 (23), 383–91.
13. Henriksson, C. M., Liedberg, G. M. & Gerdle, B. (2005). Women with fibromyalgia: work and rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 27(12), 685-95.
14. Jay, G. & Barkin, R. (2015). Fibromyalgia. *Disease-a-Month*, 61(2), 66–111.
15. *Manual de la Evaluación y Calificación del grado de discapacidad*. Recuperado el 10/11/2015. de: file:///E:/Users/Administrador/Downloads/Manual_evaluacion_y_calificacion_discapacidad%20(Final).pdf.
16. Montoya, D. (2011). Actualización breve sobre Fibromialgia: Diagnóstico diferencial y opciones de tratamiento disponibles. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17 (2), 189-198.
17. Ojeda, J. *Actualizaciones acerca del síndrome fibromiálgico. Consideraciones etiológicas, diagnósticas, terapéuticas y medicolegales como causa de invalidez*. Recuperado el 07/11/2015 de: <http://www.peritajemedicoforense.com/JOUVENCEL35.htm>,
18. Rabah, E. *Guías de dolor*. FEDELAT (Federación latinoamericana de Sociedades de Dolor). Recuperado el 14/11/2015 de: www.fedelat.com/info/5-herramientas-de-evaluacin-del-dolor.html,
19. Ramírez, J. (2014). *Análisis de los Criterios de Invalidez en la Valoración Médico-Legal por Asunto de Pensión por Invalidez en el Departamento de Medicina Legal*. Tesis para optar por el grado de Medicina Legal. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
20. Solórzano, S. (2008). *Valoración Médico Legal de las Pensiones por invalidez otorgadas en el Departamento de Medicina Legal*. Tesis para optar por el grado de Medicina Legal. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
21. Wolfe, F., et al. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res(Hoboken)*, 62(5), 600-10.