



**Percepción de
las mujeres con
fibromialgia en
su relación con el
sistema sanitario,
profesionales de la
salud y sociedad**

**Celia Quintana
Díaz**

RESUMEN

La fibromialgia, síndrome de dolor crónico, supone un cambio en la vida de las personas que son diagnosticadas. La afectación multidimensional sobre la vida diaria de las personas con este síndrome supone una adaptación y un cambio en la persona y su vida diaria. Siendo un síndrome que afecta mayormente a mujeres, es otro reto al que se enfrentan por el sesgo de género actual.

El objetivo general de este trabajo es profundizar acerca de las percepciones de las personas con fibromialgia sobre el sistema sanitario, su acercamiento con los/las profesionales y con la población general. Se ha utilizado una metodología cualitativa mediante el uso de la entrevista semiestructurada a 9 mujeres con fibromialgia de la provincia de Valencia. Los resultados exponen la dificultad de realizar una actividad laboral, las consecuencias psicológicas que implica la enfermedad, la afectación en las relaciones con el entorno y la percepción negativa sobre el sistema sanitario y todo lo relacionado con este. Las conclusiones destacan la necesidad de una atención multidisciplinar e integral de las personas con fibromialgia y la necesidad de investigación acerca de este síndrome para poder mejorar la atención.

Palabras clave: fibromialgia, dolor crónico, salud, sistema sanitario, percepción.

ABSTRACT

Fibromyalgia, a chronic pain syndrome, represents a life changing situation for people who are diagnosed with it. The multidimensional impact on people's daily lives involves adaptation and change. Being a disease that mainly affects women, current gender bias presents an additional challenge.

The general aim of this paper is to delve into the perception women with fibromyalgia have about the healthcare system, their approach with the healthcare professionals and with the general population. A qualitative methodology has been used with a semistructured interview to 9 women with fibromyalgia that live on the province of Valencia. The results expose the difficulty women face in their employment, the psychological consequences of the disease, the impact of participation in their environment and the mistrust of the healthcare system, and everything related to it. The conclusions highlight the need for multidisciplinary and comprehensive care for people affected by fibromyalgia. They also emphasize the need for better research about this syndrome in order to improve care.

Keywords: fibromyalgia, chronic pain, health, healthcare system, perception.

PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES CON FIBROMIALGIA EN SU RELACIÓN CON EL SISTEMA SANITARIO, PROFESIONALES DE LA SALUD Y SOCIEDAD

Celia Quintana Díaz

Dirigido por Andrea Sixto Costoya

Grado de Trabajo Social

Facultad de Ciencias Sociales. Universitat de València

Entregado: 23 mayo 2025 / Aceptado: 29 mayo 2025

1. INTRODUCCIÓN

1.1. CONTEXTO DE LA ENFERMEDAD

La fibromialgia es un síndrome caracterizado por el dolor musculoesquelético generalizado, su nombre surge por el dolor muscular y de tejidos fibrosos como son los ligamentos y tendones. Este síndrome surge debido a problemas en la percepción del dolor, por lo que estímulos que generalmente no son dolorosos, una persona con fibromialgia siente dolor (Sociedad Española de Reumatología, 2017). Actualmente, se considera un síndrome debido al desconocimiento de su causa, ya que se establece un síndrome como un conjunto de síntomas que surgen desde una multicausalidad o causa desconocida (Real Academia Nacional de Medicina, 2013). Sin embargo, la literatura actual sobre la fibromialgia la denomina enfermedad en la mayoría de los casos. Por el desconocimiento de la causa de su aparición, hay una serie de hipótesis e investigaciones para poder entender y conocer más de este síndrome, pero del que, actualmente, no han llegado a una conclusión uniforme (Sociedad Española de Reumatología, 2017).

De esta forma, aunque puede no ser conocida por la población general, no se incluye en los parámetros de las enfermedades raras. En la Unión Europea, una enfermedad se incluye en la clasificación de enfermedades raras cuando hay una prevalencia inferior a 5 casos por cada 10000 personas, es decir, que la enfermedad afecta como máximo al 0.05% de la población (Posada et al., 2008). Como la fibromialgia a nivel nacional tiene una prevalencia de un 2.37%, está alejada de

ser una enfermedad rara, afectando considerablemente a una parte de la población (Mas et al., 2008).

La sintomatología es amplia y, aunque hay síntomas comunes, otros pueden pasar más desapercibidos o no ocurrir en gran medida, habiendo una diversificación de síntomas de índole física, psicológica, neuronal y cognitiva. Principalmente, se basa en la presencia de dolor crónico generalizado, pero también de fatiga, problemas psico-emocionales, alteraciones cognitivas como dificultad de concentración o niebla mental, dificultad para el descanso al dormir y rigidez muscular. Hasta el momento, no se ha podido encontrar un patrón en la duración e intensidad de los síntomas, habiendo una constante variación en la disminución o exacerbación del dolor según momentos, días o meses (Menzies, 2016).

Por otro lado, cabe destacar el síntoma conocido como *Fibrofog* o *fibromyalgia fog*. Este término hace referencia a aquello conocido como niebla mental y surge debido a su frecuencia en las personas con fibromialgia. La especificidad de esta palabra sirve para visibilizar una parte de la sintomatología que se ha visto desatendida en personas con fibromialgia y que genera un gran impacto en su vida diaria. Así pues, el *Fibrofog* es el conjunto de problemas cognitivos que surgen junto con otros síntomas físicos frecuentes en la fibromialgia, siendo estos: problemas de concentración, pérdida de la capacidad de memoria a corto plazo y dificultad de realizar diferentes tareas a la vez, lo que deriva en el deterioro cognitivo. Por ello, se adhiere al término “niebla mental”, a causa de la sensación de confusión o pérdida de claridad que sostienen. De forma histórica, ha habido un rechazo sobre la presencia de problemas cognitivos en personas con fibromialgia, centrándose únicamente en la sintomatología relacionada con lo físico. Así pues, este rechazo ha hecho que pueda haber una confusión entre las propias personas al desconocer los motivos o causas de esa sintomatología, pudiendo adherirse los síntomas a otras patologías. (Kravitz & Katz, 2015).

A partir de la sintomatología descrita, en conjunto a su invisibilidad en las pruebas diagnósticas actuales, no hay una prueba precisa que pueda aportar un diagnóstico. Por el momento, la única prueba actual que se realiza para su diagnóstico es la prueba de los puntos gatillo, en la que se presionan 18 puntos del cuerpo de forma manual y si hay una reacción dolorosa en al menos 11 puntos, se considera que la persona tiene fibromialgia, siendo una prueba imprecisa y que puede generar controversia en algunos sectores sanitarios. Además, se tiene en cuenta el histórico médico de la persona para visualizar su sintomatología previa y poder llegar a su detección (Collado et al., 2011).

1.2. CONSECUENCIAS E IMPACTO EN LA VIDA DIARIA

Las repercusiones para la vida de las personas con fibromialgia afectan de forma biopsicosocial, debido a que el síndrome y su sintomatología repercute a un nivel físico, cognitivo, psicológico, emocional y social.

Desde el área sanitaria, la fibromialgia tiene un diagnóstico tardío por múltiples causas, desde la sintomatología cambiante al sesgo de género. Además, hay estigmatización por parte de los/las profesionales y un bajo apoyo social en comparación con otras problemáticas crónicas. La presencia de una sintomatología invisible a los ojos de los/las médicos/as, el dolor crónico y la falta de apoyo hacia estas personas puede llegar a agravar la sintomatología física. Esto se debe a una conexión entre lo físico y lo psicológico que puede conllevar en que un estado mental negativo derive en el declive o empeoramiento de los síntomas de dolor físico (Menzies, 2016).

Las características sintomatológicas que presentan las personas con fibromialgia en cuanto a incertidumbre en la intensidad y persistencia del dolor resultan incapacitantes, debiéndose a la afectación de la fibromialgia en las diferentes áreas vitales de las personas. Se considera que hay una disminución de la calidad de vida, ya que la persistencia de una cotidianeidad con dolor resulta en problemáticas que afectan a la realización de las actividades de la vida diaria. Así como la dificultad para mantener la vida social, laboral y familiar con la adaptación de las rutinas y modo de vida que han de realizar para convivir con la fibromialgia (Carro et al., 2023).

Respecto a las consecuencias físicas y cognitivas, en lo físico no tiene unas secuelas físicas visibles, sino que la persona se ve afectada por la persistencia y surgimiento de episodios de dolor y malestar generalizado (Sociedad Española de Reumatología, 2017). En cuanto al aspecto cognitivo, se ha demostrado que hay un deterioro cognitivo en cuanto a lo que concierne al deterioro cognitivo subjetivo, es decir, verbalizado por la persona (Wolfe et al., 2021). Este deterioro cognitivo incluye problemáticas como problemas de concentración y de memoria, específicamente de memoria episódica, semántica y de trabajo. Incluso se ha encontrado una correlación en personas con fibromialgia con disfunción cognitiva en lo referido a la influencia de problemas psicoemocionales, dolor, fatiga y problemas de sueño (Glass, 2009).

Respecto al impacto psico-emocional, el afrontamiento de la enfermedad es un proceso complejo con unas fases de abordaje. Cuando las personas con fibro-

mialgia son diagnosticadas de fibromialgia viven un proceso vital en el que han de internalizar y procesar el diagnóstico que les han dado, pasando por diferentes estados emocionales hasta llegar a la aceptación de la enfermedad. Posteriormente, han de aprender a vivir con la sintomatología que tienen y cambiar su rutina y forma de vida para adaptarla a las nuevas circunstancias. La forma en la que la persona evoluciona en el proceso de aceptación de la enfermedad y el nuevo modo de vida que han de llevar, influye en su estado psico-emocional. Además, hay otros factores externos que aportan en la influencia del estado psicoemocional y la autoaceptación como son el apoyo social que reciben, la adherencia a tratamientos y el apoyo desde el área sociosanitaria. El apoyo por parte de un equipo interprofesional interviene en la forma de manejo y tolerancia al ser atendidas desde las diferentes áreas afectadas en la persona, pudiendo colaborar e intervenir desde una visión integral (Hamama & Itzhaki, 2023).

En cuanto al impacto económico-laboral, el 11.5% de personas con fibromialgia tienen una incapacidad laboral temporal o permanente, frente a un 3.5% de la población general (Mas et al., 2008). La elevación del número de personas con incapacidad laboral representa la dificultad en el mantenimiento de la actividad laboral y expresa la existencia de problemáticas en el ámbito económico individual y familiar. En adición, se estima que muchas de las personas con fibromialgia han de dejar sus empleos o son despedidas de ellos por la dificultad para realizar la actividad laboral y el impedimento hacia la adaptación de la actividad y espacio laboral. Con motivo de estar sometidas constantemente a bajas laborales médicas, debido a la incapacidad de desempeñar un trabajo, o situación de desempleo indeseada por su situación, se le atribuye un impacto en los ingresos económicos. En el caso de vivir de forma independiente, es más probable que permanezcan en una situación precarizada, mientras que en la convivencia familiar dificulta la economía del hogar y puede generar conflictos y problemas en la convivencia (Grande et al., 2021).

En cuanto a las repercusiones relacionales, relativas a las relaciones familiares, sociales y con el entorno, las relaciones sociales disminuyen, pudiendo crear una sensación de aislamiento social y familiar para la persona. La sintomatología de constante dolor genera que la persona con fibromialgia no quiera ni pueda disfrutar de las actividades familiares y sociales, además de la imposibilidad de planificar actividades de ocio por la incertidumbre en la intensidad del dolor que se va a sentir. En el ámbito familiar, la participación en las actividades de cuidado familiar y del hogar y la realización o planificación de actividades familiares, se ven afectadas por las dificultades a nivel físico que conllevan. Esto para la propia persona puede

generar una sensación de dejadez, improductividad y culpabilidad. Por otro lado, para los miembros de la familia que conviven con una persona con fibromialgia y las personas de su entorno, es complicado de sobrellevar por la falta de conocimiento o por la frustración de no poder ayudar o realizar actividades con ésta, así como se pueden generar conflictos familiares (Briones et al., 2016).

1.3. PERSPECTIVA DE GÉNERO Y SESGOS DE GÉNERO EN EL ÁMBITO SANITARIO

Dentro de los problemas médicos, hay diferentes rasgos asociados a las enfermedades, problemáticas o síndromes que existen como son la edad o el sexo de la persona. La fibromialgia es un síndrome que poseen en su mayoría mujeres, concerniendo a la salud femenina. A nivel nacional, el 89.7% de las personas con este síndrome son mujeres (Instituto Nacional de Estadística, 2020).

La prevalencia de la fibromialgia en la población española es de un 2.37% en personas mayores de 20 años, pero si se divide por sexo, la prevalencia en mujeres aumenta a un 4.2%, mientras que en hombres disminuye a un 0.2% (Mas et al., 2008). Mientras tanto, en la Comunidad Valenciana hay un gran aumento en comparativa con la prevalencia nacional, siendo de un 3.7%. En cuanto a los datos segregados por sexo, en la Comunidad Valenciana hay una prevalencia de 4.5% en mujeres y un 2.9% en hombres (Cabo et al., 2019).

El dolor es uno de los principales síntomas de la fibromialgia. El dolor es la expresión de un acto reflejo (estímulos lesivos), el cual tiene un factor psicológico ya que el dolor puede ser subjetivo debido a la diversidad de respuesta que puede afrontar una persona ante este. Así pues, el dolor tiene una dimensión política, habiendo una respuesta social diferente según el tipo de dolor. En este caso, el dolor invisible tiene una respuesta social diferente al dolor visible (Moscoso, 2015).

La dimensión de género no ha sido incluida históricamente en la medicina, sin embargo, actualmente se está empezando a introducir teniendo en cuenta el factor diferencial biológico y psicosocial en el sexo y género. La percepción del dolor y la expresión de este tiene una diferenciación por sexo, siendo esta diferenciación debido a factores biológicos, estructurales y sociales asociados a los roles de género. La poca investigación en cuerpos femeninos, centrándose en la fisiología masculina, ha llevado a un sesgo de género que ha generado consecuencias en las mujeres por sus diferencias. Asimismo, se ha conocido que las mujeres

solicitan con mayor frecuencia atención sanitaria, sin embargo, los hombres reciben mayor atención sanitaria cuando acuden. Esto puede deberse a la dimensión social de la atención sanitaria, en la que la interiorización de los estereotipos de género encasilla a las mujeres como vulnerables, mientras los hombres son considerados más fuertes. Los roles de género están inmersos en la conducta y comportamiento humano, lo que genera que, de forma interiorizada, haya una influencia sobre la percepción de la enfermedad y el dolor, y la importancia que se le atribuye según su sexo-género (Gallach et al., 2020).

El dolor crónico tiene una mayor prevalencia en mujeres, lo que lleva a una adaptación al mismo, sin embargo, a las mujeres no se les toma tanta consideración de su dolor por el estereotipo de vulnerabilidad en la mujer (Gallach et al., 2020).

En su contraparte, los sesgos de género en medicina pueden manifestarse de manera que en los estudios sobre enfermedades se tenga en cuenta únicamente a los hombres como figura que representa a los seres humanos (Delgado, 2001). Los hombres se han utilizado en los estudios para representar a ambos sexos, suponiendo que ambos son biológica y funcionalmente iguales. Así como la asociación de los resultados en hombres a las mujeres. Esta actuación puede llevar a que las enfermedades de mujeres se vean infrarrepresentadas y, por tanto, menos investigadas (Sanjuán, 2011).

En cuanto a la vivencia de la enfermedad, el aspecto de género y cómo se interiorizan los roles de género se ve representado en la forma de vivirlo y las diferencias frente a la aceptación de la adaptación de las rutinas por la enfermedad. Cuando las mujeres desarrollan fibromialgia, con la sintomatología y consecuencias que ello conlleva, los roles de género se mantienen y por ello el mantenimiento de las tareas y rutinas de cuidados se mantienen. Entre ellas, hay una alta necesidad de mantener la productividad y todas aquellas tareas que les ha sido asignadas, ya pueda ser por el rol común de cuidadoras. La convivencia con el rol de cuidado y una enfermedad crónica supone un deterioro del autocuidado, ya que se antepone el cuidado de otros y del hogar frente a las necesidades propias de adaptación de la vida diaria. Así como la privación del descanso necesario y la priorización de continuar con un ritmo de vida acelerado (Briones et al., 2016). Además, la situación que viven tiene una gran afectación psicológica debido a la carga mental y la frustración a no poder realizar todo aquello deseado (Cañadas, 2011).

1.4. PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL

Los/las trabajadores/as sociales se encargan de todas aquellas problemáticas relacionadas con lo social, generando un vínculo de apoyo social y vinculación de los diferentes aspectos de la vida diaria que puedan verse afectados en la persona. La amplitud de la profesión en su actuación profesional conlleva a un abordaje multidimensional en la vida de las personas con las que interviene.

La atención a personas con fibromialgia desde el Trabajo Social puede realizarse desde centros sanitarios, centros de Servicios Sociales o asociaciones de personas con fibromialgia, entre otros. Esto debido a la diversidad de necesidades que pueden presentar las personas de este colectivo y desde donde pueden ser derivadas o acudir ellas mismas.

En Trabajo Social con personas con fibromialgia, se utiliza el enfoque de Atención Centrada en la Persona. Este enfoque tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de la propia persona, centrando la atención en ella y tomando la persona el control de su propio cambio. Como consecuencia, hay una visión desde la cual la participación y voluntariedad de la persona es la que lleva al cambio y evolución de su situación. De esta forma, la actuación del/ de la trabajador/a social se centraría en la elaboración de un plan de atención individualizado a partir de las necesidades manifestadas y los cambios que pueda presentar la persona. Además de brindar apoyo y autonomía a la persona con la que se interviene (Revilla, 2022).

Las funciones del/ de la trabajador/a social en el marco de la atención a personas con fibromialgia aborda desde el conocimiento de la situación de la persona al ofrecimiento de apoyo psicoemocional. Así pues, desde el Trabajo Social se interviene de forma individual con la persona que tiene fibromialgia y de forma familiar con el entorno familiar de la persona afectada (Cervantes, 2019).

En el caso de la intervención individual con la persona con fibromialgia, las funciones se diversifican en: atención directa para conocer todo aquello necesario de la vida diaria de la persona, identificación de sus necesidades, análisis de la situación, orientación sobre recursos o trámites, facilitación y apoyo en el proceso, favorecer el desarrollo de capacidades, y proporcionar una educación sanitaria sobre aspectos de la enfermedad o de aquello pautado por profesionales con lo que pueda haber tenido dificultades (Cervantes, 2019).

En el caso de la intervención familiar, el entorno familiar de la persona suele ser una parte fundamental de apoyo para la persona con fibromialgia y que también se ve afectada por la enfermedad del/ de la familiar. Por ello, las funciones que puede realizar el/la trabajador/a social con las familias se basan en: el apoyo a las necesidades de la familia, favorecer el diálogo entre los miembros de la familia, facilitar la información y orientación sobre aspectos de la convivencia y relación con personas con fibromialgia, y la educación sanitaria a partir de conceptos de la enfermedad y pautas establecidas por profesionales de la salud que puedan haberles aportado (Cervantes, 2019).

2. OBJETIVOS

A partir de esta información, se genera el cuestionamiento de cómo afecta a las mujeres con fibromialgia la enfermedad desde una perspectiva social y cuál es su percepción de la relación con la enfermedad, el género, las relaciones que mantienen con el sistema sanitario y el entorno.

Por ello, se establece como objetivo general profundizar acerca de las percepciones de las personas con fibromialgia sobre el sistema sanitario, su acercamiento con los/las profesionales y con la población general. Además de tres objetivos específicos como son: explorar acerca de la relación de la persona con fibromialgia con el sistema sanitario y con los diferentes perfiles profesionales sociosanitarios (médico/a, psicólogo/a, trabajador/a social...); descubrir si las personas con fibromialgia perciben sesgos de género tanto en la vinculación con el sistema sanitario como en la relación con los/las diferentes profesionales; e indagar acerca de lo que las personas con fibromialgia perciben sobre su enfermedad en la sociedad en general (amistades, familia, entorno laboral).

3. METODOLOGÍA

3.1. DESCRIPCIÓN DEL UNIVERSO Y MUESTRA

La población objeto de estudio y universo son mujeres adultas con diagnóstico de fibromialgia de la provincia de Valencia. A partir de la cual se seleccionaron a 9 mujeres como muestra para la investigación. El rango de edad de las mujeres era de 20 a 70 años. El método de muestreo fue intencional o por conveniencia, ya que es la persona investigadora la que escogería a las personas participantes

de forma intencionada con un perfil específico. De esta forma, para recoger la muestra de población participante, se contactó con la Asociación Valenciana de Afectados de Fibromialgia (en adelante AVAFI), puesto que así se podía reunir a mujeres con fibromialgia que presentasen voluntad en su participación en la investigación. Las características sociodemográficas básicas pueden consultarse en la Tabla 1.

Tabla 1

Descripción de la muestra

Etiqueta	Edad	Años hasta el diagnóstico	Años desde el diagnóstico	Estado civil	Situación laboral
E01	51	4	16	Casada con dos hijas	Incapacidad laboral
E02	23	4	5	Soltera	Desempleada
E03	63	2	11	Casada con un hijo	Jubilada
E04	43	4	1	Casada	Autónoma
E05	44	1	8	Casada con dos hijos	Baja laboral
E06	35	2	1	Soltera	Baja laboral
E07	60	15	3	Viuda	Incapacidad laboral
E08	55	0	20	Sin pareja, con un hijo	Trabajando
E09	65	10	17	Divorciada	Desempleada

Fuente: Elaboración propia

3.2. MÉTODO DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

La técnica principal utilizada ha sido la entrevista semiestructurada, siendo de gran utilidad por la información que pudieran aportar las personas en base a sus vivencias personales y desde una visión personal y grupal, al reunir una serie de situaciones comunes por la enfermedad y sintomatología común.

Para su elaboración, se desarrolló un modelo de entrevista semiestructurada con preguntas abiertas y aspectos relacionados con los objetivos de la inves-

tigación. Debido a su carácter semiestructurado, se partió de una base general en la entrevista, con preguntas de respuesta abierta que permitían diversificar y ampliar la información recibida. En algunos casos, se hizo uso de preguntas secundarias a partir de los temas emergentes, según las respuestas aportadas de las cuestiones principales.

En el guion de la entrevista se recoge, al inicio, una contextualización del proceso vivido por la persona en su diagnóstico y su historia de vida, pudiendo conocer la situación vivida por la persona y su proceso. Además de conocer las consecuencias que ha podido presentar la enfermedad en su proceso vital, centradas en las consecuencias sociales por su abordaje desde el Trabajo Social. Seguidamente de una serie de cuestiones relacionadas con la experiencia, percepción y relación de la persona con el sistema sanitario y los/las profesionales que lo forman. Así como la inclusión de su opinión basada en la vivencia de presencia de sesgos de género en su proceso en el sistema sanitario. Por último, cuestiones para conocer la percepción de las personas sobre cómo consideran que les perciben las personas de su entorno y profesionales.

3.3. DIMENSIONES DE ANÁLISIS

A partir de los objetivos de la investigación y los temas tratados en el guion de la entrevista, se establecen una serie de dimensiones para dividir el análisis de los resultados recogidos en las entrevistas. De esta forma, se seleccionan las siguientes dimensiones:

3.3.1. Dimensión Laboral

En la dimensión laboral se recogen cuestiones relacionadas con el desempeño de una actividad laboral. En este caso, referido a aspectos como la posesión de un empleo, la capacidad de ejercer una actividad laboral y el desarrollo y evolución en el entorno y actividad laboral.

3.3.2. Dimensión Psicoemocional

En la dimensión psicoemocional se recogen cuestiones relacionadas con el estado psicológico y emocional que refieren las personas. Específicamente en el momento posterior al diagnóstico y relacionado con otros factores y áreas vitales afectadas por la enfermedad, como es la implicación emocional en las consecuencias relacionales.

3.3.3. Dimensión Relacional

En la dimensión relacional se incluye todo lo relacionado con las relaciones con el entorno, de amistad y/o familiares. Se incluyen las percepciones de la propia persona sobre su participación en las relaciones familiares, de amistad y en el entorno, y su percepción sobre cómo le ven las personas con las que se relaciona.

3.3.4. Dimensión de la Relación con el Sistema Sanitario y con la Figura del/ de la Trabajador/a Social

La dimensión de la relación con el sistema sanitario incluye desde la percepción global sobre el sistema sanitario hasta la percepción sobre los profesionales de la salud que lo conforman, haciendo referencia al proceso de diagnóstico y a la experiencia con el diagnóstico establecido. De forma específica, también se comprende la percepción sobre la figura del/ de la trabajador/a social como parte de los/las profesionales de la salud. Además, se comprende el factor de género por su posible implicación en el trato a las pacientes del sistema sanitario por parte de los/las profesionales de la salud.

3.4. PROCEDIMIENTO

Para dar comienzo a la investigación, se elaboró primeramente el guion de la entrevista en base a los objetivos del estudio, junto con el modelo de consentimiento informado que se entregó a las personas participantes del estudio.

Cuando el guion de la entrevista ya estaba finalizado, se contactó con la asociación AVAFI para la selección de la muestra, puesto que es una asociación conformada por personas que reunían las características seleccionadas para la investigación. La forma de contacto con la asociación fue por medio de *email*, con una posterior llamada con la directora de la asociación para concretar la información necesaria, como son los objetivos del estudio y los motivos de necesidad de personas de la asociación. Posteriormente, la asociación se encargó de recoger la información de contacto de las personas que se habían mostrado voluntarias a realizar la entrevista.

Una vez se recogió la muestra seleccionada, fueron contactadas vía *WhatsApp* y telefónica, siendo convocadas las personas que habían expresado su voluntad de participación en un espacio cedido en la sede de la asociación, donde se realizaron las entrevistas de forma individual y en diferentes franjas horarias. De

esta forma, se favoreció la confianza y tranquilidad de las personas entrevistadas mediante el uso de espacios en un entorno conocido por estas.

Previo al inicio de la entrevista, se informó a la persona participante brevemente sobre el motivo de la entrevista, el uso de la información recogida para la investigación, la forma de realización de la entrevista y la necesidad de grabación de audio de esta. Asimismo, se aportó la documentación de consentimiento informado con la firma de las personas participantes y se recordó la voluntad de la participación y la posibilidad de parar la entrevista o no contestar a las preguntas que considerasen.

Las entrevistas fueron grabadas con la grabadora de un dispositivo móvil y se realizaron las cuestiones propuestas en el guion de entrevista. Las entrevistas se realizaron de forma satisfactoria, con un total de nueve entrevistas realizadas en dos días diferentes y una duración media de aproximadamente 30 minutos según las respuestas de cada persona.

Posterior a las entrevistas, para facilitar el análisis de los datos recogidos se realizó la transcripción de los audios de las entrevistas con el programa integrado en *Word* y se codificaron en base a las dimensiones de análisis recogidas para la elaboración de resultados.

3.5. GARANTÍAS ÉTICAS

Durante el proceso de investigación se ha mantenido el compromiso ético con las personas participantes. A través del uso de un formulario de consentimiento informado, se ha explicado la intervención en la que van a participar, sus objetivos, el tratamiento de los datos y los derechos que poseen como participantes. El consentimiento informado recoge la información necesaria, recogiendo la voluntariedad de su participación y el anonimato, confidencialidad y privacidad de los datos recogidos.

4. RESULTADOS

4.1. DIMENSIÓN LABORAL

Tal y como se puede observar en la Tabla 1, la situación laboral generalizada es de desempleo, baja laboral o incapacidad laboral. Las mujeres entrevistadas refie-

ren una gran dificultad para mantener una actividad laboral continuada debido a las consecuencias físicas de la enfermedad. Tal y como menciona la entrevistada E06: “Mi vida se había convertido en un círculo de, por las mañanas estar en casa y no puedo hacer nada, tengo que estar descansando para luego poder trabajar toda mi jornada [...] hasta que un día exploté.” Esta situación la han comentado de forma similar otras de las entrevistadas, manteniendo etapas de bajas laborales. Así pues, aquellas que mantienen el empleo refieren hacerlo con dificultades y con periodos de baja laboral de corta y larga duración.

Cabe destacar que las personas las cuáles les ha sido concedida una incapacidad laboral o baja laboral es debido a otras patologías físicas que tienen, mostrando una gran dificultad en el proceso de demandar una incapacidad laboral con motivo de su sintomatología vinculada a la fibromialgia. Además, la gran mayoría han verbalizado haber realizado los trámites para demandar la incapacidad laboral y haber sido rechazada por la falta de informes médicos o la invalidez de la fibromialgia como una causa para demandar esta.

4.2 DIMENSIÓN PSICOEMOCIONAL

Relacionado con el estado psicológico y emocional de la persona, el estado emocional presenta pequeños cambios cuando están en el proceso de llegar al diagnóstico, ya han recibido un diagnóstico o ha concurrido un periodo de tiempo desde el diagnóstico.

De forma breve, hay una verbalización generalizada de frustración, estrés y tensión debido al desconocimiento de la causa de sus síntomas. Además, la mitad de las entrevistadas refieren haber vivido alguna situación de estrés extremo previamente a la aparición de la sintomatología.

Centrándose en el momento posterior al diagnóstico, el estado emocional de algunas es de alivio por el hecho de conocer qué es lo que les ocurre. Sin embargo, todas las entrevistadas refieren sentirse limitadas psicológica y físicamente, afectando la enfermedad a otras áreas de su vida diaria. Tal y como describe la entrevistada E02: “Después del diagnóstico dije, bueno, vale, por lo menos ya sé lo que tengo, pero era frustrante por otra parte porque te dicen que es crónico y claro, ahí ya dices, ¿Ahora qué hago?”.

Además, otra forma de etiquetar sus sentimientos es de sentirse inútil, desamparada, apática, frustrada, paralizada y agotada. Así como algunas de ellas han

llegado a decir que han tenido ideaciones suicidas, dudar de sus propios síntomas y ver sus metas en la vida frustradas o paralizadas.

Por otro lado, pocas de ellas dicen que con el paso del tiempo desde el diagnóstico presentan de forma activa ganas de mejorar y superar sus límites de forma progresiva. En cambio, todas ellas se sienten limitadas y con dificultad para actuar.

En cuanto a la percepción de las entrevistadas sobre cómo son percibidas por su entorno, generalmente lo que han expresado se refiere a su entorno familiar o del hogar. Algunas de las mujeres entrevistadas se han visto percibidas como una carga familiar, una preocupación para las personas de su entorno o que no les comprenden. También, sienten que han perdido la cercanía familiar por un desapego o falta de ser una figura de apoyo para su familia.

4.3. DIMENSIÓN RELACIONAL

De forma generalizada, la participación en el entorno ha disminuido tras la aparición de la enfermedad, reduciendo o desapareciendo sus círculos sociales y de apoyo. El mayor apoyo que presentan es del entorno de convivencia, aunque tal y como dice la entrevistada E06: “pedir ayuda nunca se me ha dado muy bien, así que intento buscarme la vida y hacer las cosas por mí misma hasta donde mi cuerpo me deja”. Reflejando algunas de ellas su dificultad para pedir esa ayuda a las personas que están en su entorno y refugiándose en ellas mismas.

En su mayoría, dicen haberse aislado de su entorno y no socializar con otras personas en consecuencia a su enfermedad. Asimismo, lo relacionan con una incapacidad de planificar a largo plazo, pudiendo organizar su rutina a muy corto plazo. Por otro lado, pocas han expresado su disposición a intentar mantener una actividad y la participación en la asociación AVAFI.

Desde la asociación AVAFI, fue un tema emergente por parte de las profesionales el agradecimiento por visibilizar y dar a conocer la fibromialgia. Destacaron nunca haber recibido propuestas de investigación desde el ámbito universitario. Asimismo, las mujeres entrevistadas, además de mostrar su voluntad de participación expresaron su agradecimiento por la realización de entrevistas.

La incapacidad para planificar su rutina es un pensamiento generalizado, lo cual refieren que ha deteriorado sus relaciones familiares, de amistades y sociales.

En su mayoría, las relaciones externas que tenían previamente a la enfermedad se han deteriorado por una falta de comprensión por éstas y la limitación y frustración que sienten y tienen.

4.4. DIMENSIÓN DE RELACIÓN CON EL SISTEMA SANITARIO Y CON LA FIGURA DEL/ DE LA TRABAJADOR/A SOCIAL

El paso por el sistema sanitario es constante y todas las mujeres participantes han relatado sus múltiples pasos por centros de salud y centros hospitalarios, médicos/as de cabecera y médicos/as especialistas.

En cuanto a la percepción sobre el sistema sanitario, las respuestas han sido similares en cuanto a la impresión de una desatención frecuente, la falta de recursos relacionados con el seguimiento y la necesidad de atención desde un enfoque multidisciplinar. Además, algunas han expresado la lentitud en el acceso a recursos o realización de intervenciones, así como la falta de recursos que atiendan sus necesidades. Luego, la cantidad de años que han transcurrido hasta tener un diagnóstico es de entre 0 y 15 años en las mujeres participantes.

Con motivo de esta percepción sobre el sistema sanitario, la mitad de las entrevistas han recurrido a los servicios de sanidad privada o la contratación de seguros privados. De esta forma, han buscado la agilización de pruebas médicas o una atención especializada.

En relación con el sistema sanitario, la percepción de los/las profesionales de salud es dispar. La mitad de las entrevistadas dicen haber tenido una experiencia totalmente negativa con los/las profesionales de la sanidad pública que les han atendido. Algunos de los aspectos comentados son la falta de conocimiento por parte de los/las profesionales sobre la fibromialgia, el rechazo de atención con médicos/as especialistas y la necesidad de insistencia en verbalizar sus síntomas para sentirse escuchadas o atendidas. La otra mitad tienen una opinión neutral o positiva hacia los/las profesionales y su trato.

De igual importancia, en conexión con su percepción sobre los/las profesionales, la mitad han referido haber buscado información sobre la enfermedad en diferentes recursos científicos de investigación o por parte de los recursos de la asociación AVAFI. Esto relacionado con aquellas que han dicho presentar una desatención o falta de información.

Al mismo tiempo, la mayoría de las entrevistadas han percibido que los/las profesionales de salud han dudado de su sintomatología. Siendo la mitad de las entrevistadas que han verbalizado que profesionales han dudado de su sintomatología y la otra mitad que han percibido que tanto profesionales como personas de su entorno han dudado de sus síntomas.

En cuanto a las experiencias con profesionales de Trabajo Social, la imagen asociada sobre los/las profesionales de Trabajo Social son sobre las funciones burocráticas y administrativas, por lo que su contacto ha sido principalmente por motivos administrativos. Pocas no han tenido contacto en el área de Trabajo Social. Por otro lado, algunas han sentido a los/las profesionales como una figura de apoyo.

Para finalizar, la relación de género no la han visto reflejada con su trato en el sistema de salud. En su mayoría, han indicado que no han sentido diferencias de trato por el hecho de ser mujer. Sin embargo, algunas a lo largo de su discurso concluyeron que, aunque no consideran que haya una diferencia de trato por su género, quizá no hubieran vivido las mismas situaciones si fueran hombres. Asimismo, en su mayoría han asociado la diferencia de trato al hecho de tener fibromialgia. Tal y como dice la persona entrevistada E01:

Yo siempre he dicho que cuando yo voy al médico, en la pantalla les tiene que salir un cartel en rojo, como eso de peligro, peligro, fibromialgia. Porque eso, vas a muchísimos médicos y no te quieren, es que ni te miran a la cara. Y dicen, no, no, le voy a dar el alta porque ya no se ajusta a protocolo.

5. DISCUSIÓN

En esta sección se discutirá sobre los resultados obtenidos en las entrevistas a nueve mujeres con fibromialgia. Las cuestiones abordadas en relación con las diferentes dimensiones de análisis han arrojado información relevante que ha permitido realizar comparativas con otros estudios realizados, así como aportar una nueva perspectiva en este trabajo.

En relación con los resultados obtenidos en la dimensión laboral, estos concuerdan con otros estudios disponibles. De acuerdo con lo mencionado por Grande et al. (2021), la sintomatología relacionada con la fibromialgia impide y/o dificulta el desempeño de la actividad laboral, tal y como refieren las mujeres

entrevistadas. La mayoría de las mujeres participantes en el estudio no realizan una actividad laboral, sin embargo, tal y como refiere Ramos (2016), actualmente no hay datos específicos que reflejen el impacto del dolor de forma general en el ámbito laboral. Sí es cierto que las incapacidades laborales concedidas a personas con fibromialgia son tres veces mayores a la población general (Mas et al., 2008).

En este caso, se puede dividir la no realización de una actividad laboral entre aquellas que están desempleadas y aquellas que tienen una incapacidad laboral. Tal y como destaca Grande et al. (2021), esta situación de desempleo puede surgir de la renuncia al empleo por parte de las personas debido a su dificultad para realizar la actividad, o que sean despedidas por la negación a la adaptación de la actividad laboral, lo que está relacionado con las respuestas de las mujeres entrevistadas del estudio.

Respecto a los resultados de la dimensión psicoemocional, de forma general, la expresión de las emociones de las mujeres entrevistadas concuerda con las fases de afrontamiento y aceptación de la enfermedad que destacan Hamama & Itzhaki (2023). Sin embargo, los resultados muestran una falta de aceptación de la enfermedad, ya que la mayoría, aunque tengan un diagnóstico desde hace varios años, siguen describiéndose de forma negativa frente a sus capacidades y su estado psicológico actual. Así como la nula diferenciación de su estado psicológico en las diferentes fases de diagnóstico de la enfermedad. Por otra parte, aunque la mayoría han verbalizado la adaptación de su vida diaria, hay una continuación de las emociones negativas frente al cambio que han tenido que realizar en su rutina. Los resultados exponen una permanencia de la frustración y estrés, según González (2014), la asistencia psicológica proporciona herramientas y puede facilitar el proceso de abordaje y aceptación de la enfermedad crónica.

Asimismo, la permanencia de un estado psicológico negativista puede relacionarse con la experiencia en el sistema de salud y la relación con los/las profesionales sociosanitarios/as. Carro et al. (2023) establece que tener una red de apoyo social de protección ayuda a la autopercepción de la enfermedad y las propias capacidades de la persona. De esta forma, la mejora del estado emocional y la aceptación de la enfermedad son más probables.

En relación con la percepción de las entrevistadas sobre cómo se ven percibidas por su entorno, se ha podido observar una sensación generalizada de que para el entorno familiar pueden ser una carga, no poder ser una figura de apoyo u otros adjetivos menospreciantes. Hay una relación de género con este pensamiento, tal y como menciona Briones et al. (2016), la forma de vivencia de la enfermedad se

ve diferenciada por el hecho de ser mujer. El sentimiento de culpa y la necesidad de mantener el rol de cuidado y otras tareas asignadas de forma generacional son experiencias vitales comunes en las mujeres cuando tienen enfermedades crónicas (Grande et al., 2021). Además, según Bartkowska et al. (2018) es común en mujeres con fibromialgia la excesiva responsabilización y la superación de metas, esta necesidad está ligada con las expectativas sociales impuestas sobre estas y su necesidad de cumplir las expectativas pese a las consecuencias y a la enfermedad.

En adición a lo mencionado, la realización de esfuerzos excesivos por mantener las responsabilidades en el ámbito familiar reduce la red de apoyo al contexto de convivencia familiar. Así pues, la excesiva responsabilización y la imposición de metas, alimenta la frustración y el estrés. Las redes de apoyo externas al hogar se ven afectadas con su disminución o desaparición, ya que la sintomatología variada, tal y como menciona Menzies (2016), acarrea unas consecuencias en diferentes ámbitos de la vida diaria. La presencia permanente de dolor dificulta las relaciones sociales por sus propias consecuencias físicas y está ligado con una sensación de aislamiento social.

Seguidamente, una forma de relación con la comunidad es la participación en asociaciones de afectados/as por una enfermedad o problemática. En este caso, AVAFI es la asociación de referencia para las mujeres con fibromialgia de Valencia. Pujal et al. (2017) afirma que las asociaciones de afectados/as conforman una unión comunitaria de apoyo mutuo, así como un beneficio individual y comunitario, ya que estas comunidades promueven el conocimiento, la concienciación sobre su situación y la mejora del estado emocional. Asimismo, el agradecimiento por parte de AVAFI y de las mujeres entrevistadas por la realización del estudio puede relacionarse con su poca visibilidad, ya que fue generalizada la expresión de agradecimiento y un ofrecimiento de ayuda para el estudio.

Acerca de la relación con el sistema sanitario, las personas con fibromialgia, teniendo en cuenta su categorización como afección crónica, acuden de forma rutinaria a los servicios de salud, por lo que su experiencia con el sistema sanitario es amplia. Otón et al. (2024) confirma el paso constante de las personas con fibromialgia por los diferentes servicios del sistema sanitario, además de la falta de conocimiento de los/las profesionales de atención primaria sobre síndromes de dolor crónico. Según Cabo et al. (2017), las personas con fibromialgia hacen uso de los servicios sanitarios el doble que la población general.

Específicamente en lo referido a la percepción sobre los/las profesionales de salud, los estudios en relación a la visión de los/las profesionales, como es el caso

del estudio de Otón et al. (2024), concuerdan con la visión de las mujeres con fibromialgia recabada sobre estos/as. Los resultados de Otón et al. (2024) reafirman la generalidad en la visión de las mujeres con fibromialgia sobre la desatención, falta de apoyo y de recursos sanitarios. Asimismo, Ghio et al. (2024) recoge como los/las propios/as profesionales sanitarios también sienten frustración por la falta de recursos y herramientas para aportar una atención de calidad a las pacientes con fibromialgia. La falta de información que reciben las personas con fibromialgia y el desconocimiento por parte de los/las profesionales de salud, justifica que la mitad de las mujeres entrevistadas en este estudio hayan recurrido a la búsqueda de respuestas de forma externa en asociaciones, bases de datos, entre otros.

El hecho de que la mitad de las mujeres del estudio hayan tenido que recurrir a los servicios sanitarios privados corrobora lo mencionado por Otón et al. (2024), siendo así que la experiencia sanitaria puede tener una gran diferencia según el país en el que sea la atención y si es un servicio público o privado. Cada sistema sanitario es diferente y por ende cada profesional, por lo que la experiencia puede variar según el centro médico, el/la profesional por el/la que es atendido/a y si es un recurso privado o público. Sin embargo, la lentitud en la atención por parte de los servicios sanitarios públicos o la mala experiencia en el sistema sanitario, son los factores que suelen conllevar a que la persona acuda a los servicios de salud privados.

El rechazo relacionado con la persistencia de sintomatología que tienen las personas con fibromialgia viene atribuido al desconocimiento del origen o causa de la enfermedad. La falta de visibilidad de la enfermedad en las pruebas médicas, según Sanjuán (2011), genera una inclinación de diagnóstico hacia la somatización de los síntomas, siendo común en enfermedades que tienen una sintomatología variable.

En contraposición, aunque las funciones desde el Trabajo Social son variadas y abarcan todo lo referido a lo social, la función administrativa y burocrática es por la que todas las mujeres entrevistadas han acudido a el/la trabajador/a social. Esta imagen social del Trabajo Social impone la necesidad de difundir el valor de la profesión y así ser una figura de apoyo social para estas personas.

Como último punto, las mujeres entrevistadas han relacionado su diferencia de trato al hecho de tener fibromialgia, en lugar de relacionarlo con el género. El estudio realizado por Ghio et al. (2024), confirma que de forma generalizada, los/as médicos/as atribuyen que el diagnóstico de fibromialgia influye en la atención

que se les proporciona. Adicionalmente, las mujeres entrevistadas con edad menos a 40 años asocian una diferencia de trato y desatención por razón de edad, habiendo recibido comentarios relacionados con su juventud.

6. CONCLUSIÓN

La implicación de los resultados obtenidos expone la necesidad de continuar la investigación de la fibromialgia para poder resolver aquellas incógnitas latentes sobre esta. La inclusión de la perspectiva social de la enfermedad está empezando a ser visible en la comunidad científica y ha de continuar avanzando para poder ejercer una visión multidisciplinar y ahondar en todas aquellas problemáticas que pueden surgir de forma simultánea a la enfermedad.

A partir de los resultados obtenidos, se invita a reflexionar a los/las profesionales sociosanitarios/as sobre la realización de la práctica profesional y cómo la intervención con estas personas puede generar un impacto en ellas. El uso de la escucha activa y aportar un espacio seguro a las personas con las que tratan, influye en el afrontamiento de la enfermedad y la visión de las personas sobre los/las profesionales. Además, se pretende promover la ampliación del conocimiento en los/las profesionales para poder dar una atención especializada.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Bartkowska, W., Samborski, W., & Mojs, E. (2018). Cognitive functions, emotions and personality in woman with fibromyalgia. *Anthropologischer Anzeiger*, 75(4), 271-277. <https://doi.org/10.1127/anthranz/2018/0900>
- Briones, E., Vives, C., & Goicolea, I. (2016). “I’m not the woman I was”: Women’s perceptions of the effects of fibromyalgia on private life. *Health Care for Women International*, 37(8), 836-854. <https://doi.org/10.1080/07399332.2016.1178265>
- Cabo, A., Cerdá, G., & Trillo, J. L. (2017). Fibromialgia: Prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Medicina Clínica*, 149(10), 441-448. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.008>
- Cabo, A., Cerdá, G., & Trillo, J. L. (2019). EPIDEMIOLOGÍA Y CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA. *Rev Esp Salud Pública.*, 93. <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v93/1135-5727-resp-93-e201912099.pdf>
- Cañadas, M. V. (2011). *Vivencia de las mujeres con dolor crónico: Qué sienten y qué esperan* [Trabajo de Fin de Máster, Universidad de Almería]. https://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/470/VIVENCIA_%20DE_%20LAS_%20MUJERES_%20CON_%20DOLOR_%20CR%C3%93NICO_%20QU%C3%89_M%C2%AA_Victoria_Ca%C3%B1adas_Garcia.pdf?sequence=1
- Carro, T., Vila, A., & Santos, S. (2023). Factores biopsicosociales y calidad de vida en fibromialgia desde la terapia ocupacional. Un estudio cualitativo. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 31, e3500. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoao68235003>
- Cervantes, M. J. (2019). *Papel del trabajador social en el abordaje de la fibromialgia*. 1, 30-32.
- Collado, A., Cuevas, M. D., Estrada, M.-D., Flórez, M. T., Giner, V., Marín, J., Pastor, Á., Rodríguez, B., & Sanz, R. (2011). *Fibromialgia*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Delgado, A. (2001). Salud y género en las consultas de atención primaria. *Atención Primaria*, 27(2), 75-78. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)78777-X](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78777-X)

- Gallach, E., Bermejo, M. A., Robledo, R., Izquierdo, R. M., & Canos, M. A. (2020). Determinantes de género en el abordaje del dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 27. <https://doi.org/10.20986/resed.2020.3802/2020>
- Ghio, G. A., Jaen Manzanera, A., Torguet Carbonell, J., Donoso Isla, C. I., Falcón Marchena, A. J., & Martínez Pardo, S. (2024). Percepción del profesional sanitario sobre el paciente con síndrome de sensibilidad central-fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 20(2), 73-79. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2023.07.004>
- Glass, J. M. (2009). Review of Cognitive Dysfunction in Fibromyalgia: A Convergence on Working Memory and Attentional Control Impairments. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 35(2), 299-311. <https://doi.org/10.1016/j.rdc.2009.06.002>
- González, M. (2014). Dolor crónico y psicología: Actualización. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(4), 610-617. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70081-1](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70081-1)
- Grande, M. L., Calero, M. J., & Ortega-Martínez, A. R. (2021). Impacto social y familiar de la fibromialgia. *Seminario Médico*, 63(1), 13-27.
- Hamama, L., & Itzhaki, M. (2023). Coping with fibromyalgia—A focus group study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 18(1), 2204622. <https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2204622>
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Enfermedades crónicas diagnosticadas por sexo y edad*. [Dataset]. Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia. https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?-tpx=51641#_tabs-tabla
- Kravitz, H. M., & Katz, R. S. (2015). Fibrofog and fibromyalgia: A narrative review and implications for clinical practice. *Rheumatology International*, 35(7), 1115-1125. <https://doi.org/10.1007/s00296-014-3208-7>
- Mas, A. J., Carmona, L., Valverde, M., & Ribas, B. (2008). Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: Results from a nationwide study in Spain. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 26(4), 519-526.
- Menzies, V. (2016). *Fibromyalgia Syndrome*. 116(1), 24-32.
- Moscoso, J. (2015). *El dolor como epidemia*. 48, 30-38.

- Otón, T., Carmona, L., & Rivera, J. (2024). Patient-journey of fibromyalgia patients: A scoping review. *Reumatología Clínica*, 20(2), 96-103. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2023.07.006>
- Posada, M., Martín-Arribas, C., Ramírez, A., Villaverde, A., & Abaitua, I. (2008). Enfermedades raras: Concepto, epidemiología y situación actual en España. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 31. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272008000400002>
- Pujal, M., Mora, E., & Schöngut, N. (2017). Fibromialgia, desigualdad social y género. Estudio cualitativo sobre transformación del malestar corporal en malestar psicosocial. *Duazary*, 14(1), 70. <https://doi.org/10.21676/2389783X.1745>
- Ramos, C. (2016). Salud dolor y trabajo. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 23(2), 53-55.
- Real Academia Nacional de Medicina. (2013). Síndrome. En *Diccionario de términos médicos* (1.ª ed.). https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=s%C3%ADndrome
- Revilla, A. M. (2022). *Trabajo social, salud mental y modelo de atención centrado en la persona*. Universidad de Valladolid.
- Sanjuán, M. E. G. (2011). *Androcentrismo en la asistencia médica. Un estudio exploratorio sobre los sesgos en la atención a pacientes con fibromialgia*. 4, 29-46.
- Sociedad Española de Reumatología. (2017). *Fibromialgia*.
- Wolfe, F., Rasker, J. J. J., Ten Klooster, P., & Häuser, W. (2021). Subjective Cognitive Dysfunction in Patients With and Without Fibromyalgia: Prevalence, Predictors, Correlates, and Consequences. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.20351>