

ORIGINAL

Prejuicios, actitudes y estereotipos de los profesionales de la salud hacia la fibromialgia: una revisión sistemática



Gloria Vázquez-González^a, Regina Allande-Cussó^b, Juan Gómez-Salgado^{c,d,*}, Murat Yildirim^{e,f}, Javier Fagundo-Rivera^g, José Antonio Climent-Rodríguez^h e Yolanda Navarro-Abal^h

^a Escuela de Doctorado, Universidad de Huelva, Huelva, España

^b Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

^c Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública, Facultad de Ciencias del Trabajo, Universidad de Huelva, Huelva, España

^d Programa de Posgrado en Seguridad y Salud, Universidad Espíritu Santo, Guayaquil, Ecuador

^e Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias y Letras, University Agri Ibrahim Cecen, Ağrı, Turquía

^f Psychology Research Centre, Khazar University, Baku, Azerbaiyán

^g Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

^h Facultad de Ciencias del Trabajo, Universidad de Huelva, Huelva, España

Recibido el 18 de noviembre de 2024; aceptado el 5 de febrero de 2025

Disponible en Internet el 13 de marzo de 2025

PALABRAS CLAVE

Fibromialgia;
Profesionales de la salud;
Paciente;
Actitudes;
Estereotipos;
Prejuicios;
Diagnóstico

Resumen

Objetivo: Describir los prejuicios, las actitudes y los estereotipos que tienen los profesionales de la salud, principalmente, de medicina general, medicina de familia, medicina interna, reumatología, salud mental, enfermería y fisioterapia, hacia la fibromialgia.

Diseño: Revisión sistemática.

Fuentes de datos: Pubmed, Web of Science, Scopus, CINAHL y PsycINFO.

Selección de estudios: Se realizó la búsqueda el 17 de junio de 2024. Se incluyeron los artículos originales y reporte de casos, cuya temática fuera afín al propósito principal de este trabajo, y publicados en los últimos 10 años.

Extracción de datos: Dos revisores realizaron la extracción de datos. Se valoró la calidad metodológica con las herramientas de evaluación crítica para estudios no aleatorizados del Joanna Briggs Institute (JBI).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: salgado@uhu.es (J. Gómez-Salgado).

Resultados: Fueron incorporados un total de 19 estudios. El retraso en el diagnóstico, la ausencia de formación en la atención hacia esta patología, así como la subjetividad de su sintomatología, hacen que la fibromialgia sea un gran desafío para los profesionales de la salud. Se describe un prototipo estereotipado de paciente, que convierte la fibromialgia en una enfermedad de prestigio inferior, sin base orgánica que la legitime.

Conclusiones: Los profesionales de la salud señalan la falta de formación adecuada para diagnosticar y tratar la fibromialgia. Las personas que padecen esta enfermedad suelen ser consideradas pacientes difíciles, cuya credibilidad se cuestiona constantemente y están marcadas por el estigma. Este trabajo identifica los factores que generan discordancia tanto en profesionales como en los propios afectados para optimizar la práctica clínica.

© 2025 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc/4.0/>).

KEYWORDS

Fibromyalgia;
Health professionals;
Patient;
Attitudes;
Stereotypes;
Prejudices;
Diagnosis

Prejudices, attitudes, and stereotypes of healthcare professionals towards fibromyalgia: A systematic review

Abstract

Objective: To describe the prejudices, attitudes and stereotypes that health professionals, mainly in general medicine, family medicine, internal medicine, rheumatology, mental health, nursing and physiotherapy, have towards fibromyalgia.

Design: Systematic review.

Data sources: Pubmed, Web of Science, Scopus, CINAHL and PsycINFO.

Study selection: The search was carried out on 17 June 2024. Original articles and case reports, whose subject matter was related to the main purpose of this work, and published in the last ten years, were included.

Data extraction: Data extraction was performed by two reviewers. Methodological quality was assessed using the critical appraisal tools for non-randomized studies of the *Joanna Briggs Institute* (JBI).

Results: A total of 19 studies were included. The delay in diagnosis, the lack of training in the management of this condition, and the subjectivity of its symptoms make fibromyalgia a significant challenge for healthcare professionals. A stereotypical patient profile is described, which contributes to fibromyalgia being perceived as a low-prestige disease, lacking an organic basis that legitimizes it.

Conclusions: Health professionals highlight the lack of adequate training to diagnose and treat fibromyalgia. People suffering from this disease are often seen as difficult patients, whose credibility is constantly questioned and stigmatised. This study identifies the factors that cause discordance between professionals and patients, in order to optimise clinical practice.

© 2025 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

Introducción

La fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica de origen desconocido que afecta profundamente la vida personal, social y laboral de quienes la padecen¹. Su prevalencia global varía entre el 0,2 y el 6,6%, siendo más alta en las mujeres (2,4 al 6,8%)^{2,3}. Los síntomas incluyen dolor musculoesquelético, fatiga extrema, trastornos del sueño, ansiedad, depresión y comorbilidades como afecciones cardiovasculares o digestivas⁴. Su etiopatogenia es compleja y multifactorial, lo que genera un gran desconocimiento sobre sus mecanismos². Además, la enfermedad tiene un impacto significativo en la calidad de vida, las relaciones personales y los costos sanitarios⁵.

El tratamiento farmacológico es insuficiente, por lo que se recomiendan programas multidisciplinarios que integren estrategias cognitivo-emocionales y educativas. Estos

ayudan a los pacientes a aceptar y manejar mejor su condición^{6,7}. Sin embargo, muchos enfrentan dificultades para acceder al sistema de salud, describiendo experiencias negativas y diagnósticos tardíos que pueden tomar años^{8,9}. Los médicos de atención primaria también carecen de formación adecuada, perpetuando malentendidos, estigmatización y explicaciones psicológicas no deseadas⁸. Esta problemática refleja la influencia de prejuicios y estereotipos, como la tendencia a desvalorizar la FM por su falta de evidencia diagnóstica objetiva y su bajo prestigio en la jerarquía médica, lo que afecta la credibilidad de los pacientes⁹⁻¹⁴.

La humanización de la atención sanitaria se propone como solución para mejorar la relación médico/paciente^{10,11}. Este enfoque reconoce al paciente como un agente ético con derechos, promoviendo la empatía y el respeto^{12,15}. La participación activa del paciente en

decisiones terapéuticas y la integración de sus experiencias mejoran la calidad de la atención^{10,16–18}. Modelos como los grupos Balint o el Modelo de Atención Integrada han demostrado ser eficaces en superar prejuicios y estigmas, mejorando la calidad de vida de los pacientes, su estado de ánimo y reduciendo el deterioro funcional^{19–23}.

Es fundamental seguir investigando cómo los estereotipos afectan la atención en diferentes contextos, garantizando un trato justo e igualitario para lograr un control más efectivo de los síntomas y dignificar la experiencia de quienes viven con FM^{9,10}. Por este motivo, el objetivo de esta revisión fue describir las actitudes, estereotipos y prejuicios de los profesionales de la salud en la atención a la FM. Con el conocimiento resultante, se pretende redirigir la atención hacia un enfoque más holístico que beneficie la relación terapéutica y el control precoz de los síntomas.

Métodos

Diseño del estudio

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía siguiendo las instrucciones especificadas en la declaración Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA)²⁴. El protocolo empleado se halla en el Registro Prospectivo Internacional de Revisiones Sistemáticas (PROSPERO) con el código CRD42023407039.

Bases de datos y estrategia de búsqueda

La búsqueda se efectuó en bases de datos electrónicas como son Pubmed, Web of Science, Scopus, CINAHL Y PsycINFO mediante el empleo de las palabras clave obtenidas de la pregunta de investigación planteada siguiendo el formato PICO²⁵ (tabla 1). A partir de estas palabras claves se procedió a consultar el tesoro *Medical Subject Headings* (MeSH), impulsando la utilización de los descriptores *Health personnel*, *Fibromyalgia*, *Prejudice*, *Attitude* y *Stereotyping*.

En la tabla 2 se describe la estrategia de búsqueda desarrollada para cada una de las bases de datos mencionadas anteriormente.

Criterios de selección

En la selección de los artículos obtenidos se han aplicado los criterios indicados a continuación:

Criterios de inclusión

- Artículos publicados entre 2014 y 2024, debido a los avances en la conceptualización de la FM en comparación con décadas anteriores.
- Artículos originales y reportes de casos.
- Estudios que describen los prejuicios, las actitudes o los estereotipos de los profesionales sanitarios hacia personas con FM o sospecha de padecerla.
- Análisis similares enfocados en estudiantes de pregrado y residentes de profesiones sanitarias.
- Estudios que involucren a profesionales de salud que trabajan habitualmente con pacientes con FM, incluyendo

áreas como medicina general, medicina de familia, reumatología, salud mental, enfermería y fisioterapia, entre otros.

- Artículos que exploran las percepciones de las personas con FM respecto a los prejuicios, las actitudes o los estereotipos de los profesionales sanitarios.

Criterios de exclusión

- Tesis doctoral, artículo de opinión, cartas al director y editorial.
- Estudios que, tras la aplicación de un instrumento de evaluación de la calidad pertinente, presenten una nula o baja calidad científica.
- Estudios en los que se lleve a cabo únicamente, una descripción detallada de la sintomatología, el diagnóstico y el tratamiento de la FM.

Recogida y extracción de datos

Para extraer la información, las búsquedas en las diferentes bases de datos fueron realizadas por 2 investigadores de manera independiente, se descartaron aquellos estudios duplicados seleccionándose las publicaciones dispuestas a ser incluidas, tras llevar a cabo la lectura del título y resumen según los criterios anteriormente indicados. Después, el texto completo de los trabajos probablemente susceptibles de ser integrados en la revisión fue cotejado igualmente por ambos investigadores, compartiéndose por consenso, una decisión tanto de exclusión como de inclusión de los diferentes artículos. Las discrepancias que pudieran surgir fueron resueltas por una tercera persona.

Evaluación de la calidad metodológica

La calidad metodológica de los estudios seleccionados fue precisada de forma independiente por 2 revisores, mediante la utilización de las herramientas de evaluación crítica para estudios del *Joanna Briggs Institute* (JBI)²⁶ de la Universidad de Adelaida (Australia). Estos instrumentos permiten valorar la calidad metodológica de un estudio y definir en qué medida se ha podido minimizar o eliminar el riesgo de sesgo en su planteamiento, conducta y/o análisis. En este trabajo se emplearon las versiones para estudios cuantitativos transversales²⁷ (8 ítems) (material suplementario 1) y para estudios cualitativos²⁸ (10 ítems) (material suplementario 2), ubicando el punto de corte en 6 sobre 8 puntos, o, 6 sobre 10 puntos, para su aceptación e inclusión en este trabajo de revisión.

Resultados

Estudios seleccionados

El análisis inicial de esta revisión identificó 389 referencias, las cuales fueron cribadas progresivamente hasta seleccionar 19 estudios finales (fig. 1)^{30–48}. La calidad de los estudios fue evaluada mediante la herramienta JBI, obteniendo puntuaciones de nivel medio/alto. Los detalles específicos de cada estudio, como autores, país, objetivos, tipo de estudio, participantes, metodología y hallazgos fueron recopilados

Tabla 1 Formato PICO: palabras clave

Población	Profesionales sanitarios, pacientes
Intervención	Determinar los prejuicios, las actitudes y los estereotipos que presentan los profesionales sanitarios en su atención a pacientes con FM, aquellos expresados personalmente, y los percibidos por las personas afectadas
Comparador	Evaluar los prejuicios, las actitudes y los estereotipos que muestran estos profesionales ante los pacientes que presentan una enfermedad diferente a la FM
Outcomes/resultados	Tipo de prejuicios, actitudes y estereotipos de los profesionales sanitarios ante las personas con diagnóstico de FM, aquellos descritos personalmente, y los percibidos por los pacientes. Diferencias entre profesiones y servicios. Análisis y comparación con lo mostrado ante los pacientes con otra afección distinta a la FM
Pregunta de investigación	<i>¿Qué prejuicios, actitudes o estereotipos tienen los profesionales sanitarios de las personas con fibromialgia desde su punto de vista y el del paciente?</i>

FM: fibromialgia.

Tabla 2 Estrategia de búsqueda

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Fecha de búsqueda	Resultados
Pubmed	((Prejudice*[Title/Abstract] OR attitude*[Title/Abstract] OR stereotype*[Title/Abstract] OR stigma*[Title/Abstract]) AND (Healthcare professionals [Title/Abstract] OR Healthcare workers [Title/Abstract] OR Healthcare providers [Title/Abstract] OR Physician*[Title/Abstract] OR Nurse*[Title/Abstract] OR Doctor*[Title/Abstract])) AND (Fibromyalgia [Title/Abstract]))	17/06/2024	61
Web Of Science	Prejudice* or attitude* or stereotype* or stigma* (Topic) and Fibromyalgia (Topic) and Healthcare professionals OR Healthcare workers OR Healthcare providers OR Physician* OR Nurse* OR Doctor* (Topic)	17/06/2024	229
Scopus	(TITLE-ABS-KEY (prejudice* OR attitude* OR stereotype* OR stigma*) AND TITLE-ABS-KEY (fibromyalgia) AND TITLE-ABS-KEY (healthcare AND professionals OR healthcare AND workers OR healthcare AND providers OR physician* OR nurse* OR doctor*))	17/06/2024	43
CINAHL	AB (Healthcare professionals OR Healthcare workers OR Healthcare providers OR Physician* OR Nurse* OR Doctor*) AND AB Fibromyalgia AND AB (prejudice* or attitude* or stereotype* or stigma*)	17/06/2024	32
PsycINFO	Tiab (Healthcare professionals OR Healthcare workers OR Healthcare providers OR Physician* OR Nurse* OR Doctor*) AND tiab (Fibromyalgia) AND tiab (prejudice* or attitude* or stereotype* or stigma*)	17/06/2024	24
Otras fuentes			0
Total			389

en la [tabla 3](#), siguiendo el Manual del Centro Cochrane Iberoamericano²⁹. Este enfoque estructurado permitió un análisis exhaustivo de las características y resultados de los estudios incorporados en la revisión.

En cuanto a sus características metodológicas, 7 estudios fueron cuantitativos de tipo descriptivo transversal^{30,33,36,43-46}, 11 fueron cualitativos y emplearon metodologías como el enfoque fenomenológico, el análisis crítico del discurso o la etnografía

hospitalaria^{31,32,34,37-42,47,48}. Además, un estudio utilizó métodos mixtos³⁵.

Los estudios seleccionados abarcaron diversos países, destacando 5 realizados en España y otros distribuidos en Noruega, Canadá, Francia y otros contextos. Las muestras incluyeron 1.406 profesionales sanitarios de distintas especialidades, 31 estudiantes de medicina, 194 enfermeros, 11 psicólogos, un especialista en comportamiento, un fisioterapeuta y 22 profesionales no definidos. También participaron

Tabla 3 Características de los artículos incluidos en la revisión sistemática

Estudio	País	Tipo de estudio	Objetivo principal del estudio	Perfil de los participantes	Método utilizado	Resultados principales	Calidad del estudio
Album et al., 2017 ⁴⁴	Oslo (Noruega)	Estudio descriptivo transversal	Determinar el prestigio que tiene una enfermedad en la cultura médica, la consideración o la estima de esta	Profesionales de la medicina Año 1990 Muestra (n = 98) Año 2002 Muestra (n = 241) Mujeres (n = 53) Varones (n = 188) Año 2014 Muestra (n = 291) Mujeres (n = 91) Varones (n = 200)	• Datos sociodemográficos • Encuesta realizada en los años 1990, 2002 y 2014. Se solicitó la calificación de 38 categorías de enfermedades en una escala que iba del 1 (calificación más baja) al 9	El rango de prestigio se mantiene estable a lo largo de 25 años. En los primeros puestos se localizan la leucemia, el tumor cerebral y el infarto de miocardio. Las enfermedades que ocupan los últimos lugares son neurosis depresiva, neurosis de ansiedad, hepatocirrosis y fibromialgia	6/8
Aloush et al., 2021 ⁴³	Tel Aviv (Israel)	Estudio descriptivo transversal	Analizar las percepciones de los profesionales de la medicina con respecto a 2 trastornos reumatológicos como son la AR y la FM. Evaluar la relación que tienen con ambos, y de la misma manera, se pretende descubrir la resistencia o disposición a aprobarlos para el tratamiento. Averiguar si el agotamiento o la empatía pueden influir en las percepciones sobre la enfermedad y la relación que se establece entre médico y paciente	Profesionales de la medicina Muestra (n = 45). Mujeres (n = 16) Varones (n = 19) No identificaron su género (n = 10)	• Datos sociodemográficos y laborales • BIPQ • DDPRQ-10 • JSPE • SMVM • SMBM	Diferencias significativas en las puntuaciones totales del BIPQ entre las 2 afecciones (t [43]: 5,584; p < 0,00), puntuación superior para FM. • Percepción de una condición más severa por falta de control terapéutico, mayor carga emocional, mayor preocupación y más elevado impacto en la vida diaria del paciente. Diferencias significativas al aplicar el cuestionario DDPRQ en sus puntuaciones totales (t [43]: 6,044; p < 0,00), puntuación superior para la FM. • Los encuentros con estos pacientes fueron más frustrantes, con una comunicación difícil y quejas vagas. Puntuación total significativamente mayor en el JSPE en el grupo de profesionales con relación no difícil frente a aquellos con relación difícil (91,31 [7,65], n = 13); (84,53 [7,38], n = 30); p < 0,013. • Aquellos facultativos que tenían un elevado grado de empatía tuvieron menos dificultades con los pacientes que padecían FM. La correlación de Pearson dio como resultado una correlación positiva significativa entre la puntuación total obtenida del cuestionario BIPQ y la puntuación del DDPRQ (< 0,004). • Una percepción más grave de la enfermedad se vincula con una relación más difícil con el paciente	8/8

Tabla 3 (continuación)

Estudio	País	Tipo de estudio	Objetivo principal del estudio	Perfil de los participantes	Método utilizado	Resultados principales	Calidad del estudio
Briones-Vozmediano et al., 2018 ³⁹	Lleida (España)	Estudio cualitativo	Explorar las percepciones de los profesionales de la salud sobre los pacientes con FM en España. Analizar las consecuencias que pueden tener estas, en su vinculación a la construcción de la enfermedad y al tratamiento dado a los pacientes, que hacen los profesionales de la salud	Profesionales de medicina general, fisioterapia, reumatología, psiquiatría, psicología y medicina de salud ocupacional Muestra (n = 12) Mujeres (n = 4) Varones (n = 8)	• Datos sociodemográficos. • Entrevista personal en profundidad en base a 3 ejes principales: el diagnóstico, el tratamiento y la relación establecida entre médico-paciente	Tres categorías principales: Prototipo de la paciente con FM. FM como un problema de salud de las mujeres. Actitudes provenientes de los profesionales de la salud hacia los pacientes con FM. El paciente con FM suele ser una mujer que se queja, es de mediana edad, está casada y tiene hijos. Pacientes quejosos, hipocondríacos, problemáticos, tienen exigencia y se victimizan. El diagnóstico de FM desproporcionado en las mujeres se justificó por las diferencias de género existentes en cuanto a las emociones, las distintas formas de comportamiento y la búsqueda de atención médica. Escepticismo ante la enfermedad por parte de los profesionales de la salud En relación con los pacientes:	9/10
Colmenares-Roa et al., 2016 ⁴⁸	Ciudad de México (México)	Estudio cualitativo	Describir y analizar la relación conformada entre los profesionales de la reumatología y los pacientes con diagnóstico de FM, en la atención a la salud en ámbitos públicos y privados del sistema de salud de México	Personas con diagnóstico de FM Muestra (n = 8) Mujeres (n = 5) Varones (n = 3) Profesionales de reumatología Muestra (n = 4) Mujeres (n = 2) Varones (n = 2)	• Datos sociodemográficos. • Técnica de observación. • Entrevista en profundidad para indagar sobre las causas de la enfermedad, las percepciones sobre tal dolencia, los profesionales, la consulta y los tratamientos. Los profesionales hablaron sobre las experiencias en la atención a los pacientes con FM, la enfermedad y sus causas, incluso sobre sus compañeros	En relación con los pacientes: • Estigmatización del paciente. • Percepción de rechazo hacia el paciente. En el ámbito público, se reconoce un modelo de atención centrado en el médico. En el ámbito privado, convive este patrón con el modelo centrado en el paciente. En relación con los profesionales: • Comunicación del agotamiento y la dificultad al tratar a los pacientes con FM. • No describieron a la FM como una enfermedad grave, percatándose de una falta de alternativas a utilizar en el tratamiento	10/10

Tabla 3 (continuación)

Estudio	País	Tipo de estudio	Objetivo principal del estudio	Perfil de los participantes	Método utilizado	Resultados principales	Calidad del estudio
Den Boeft et al., 2016 ⁴²	Ámsterdam (Países Bajos)	Estudio cualitativo	Explorar como reconocen los profesionales de medicina de familia los síntomas físicos sin explicación médica en sus pacientes, y determinar qué subgrupos de estos pacientes, se establecen concretamente en patologías como la FM, SII y SFC	Profesionales de la medicina general y de cuidados geriátricos Muestra (n = 29) Mujeres (n = 13) Varones (n = 16)	• Datos sociodemográficos y laborales. • Grupo focal	Grupo heterogéneo. Sintomatología inespecífica que se mantiene sin diagnosticar. Pacientes con sentimientos negativos, irritados y con resistencia. El tiempo de vida laboral, la afinidad existente con dicha sintomatología y un mayor conocimiento sobre el contexto del paciente en el que tienen lugar esos síntomas, pueden favorecer la detección precoz. Configuración de 5 subgrupos no excluyentes de pacientes que se indican a continuación: paciente infeliz, paciente pasivo, paciente ansioso, paciente angustiado/afligido y paciente desconcertado.	10/10
Durif-Bruckert et al., 2015 ⁴¹	Lyon (Francia)	Estudio cualitativo	Entender la experiencia que tienen los pacientes con FM en relación con la medicación, así como, con la relación establecida con los facultativos, procedente de ese concierto que se instaure entre ambos	Personas con diagnóstico de FM Muestra (n = 35) Mujeres (n = 32) Varones (n = 3)	• Datos sociodemográficos. • Entrevista semiestructurada	Dos ejes fundamentales de argumentación: • Búsqueda ineficaz de un tratamiento eficiente para el dolor y sentimiento de rechazo del paciente. El paciente tiene sentimiento de decepción, incompetencia y rechazo. • Búsqueda de asociación entre médico y paciente y posterior acuerdo sobre la medicación. Adopción de estrategias por parte del paciente para establecerse como actor y socio, todo encaminado al buen manejo de la enfermedad y del dolor	10/10
Ghio et al., 2024 ³⁰	Barcelona (España)	Estudio descriptivo transversal	Determinar cuáles son las actitudes, las opiniones y las herramientas empleadas por los profesionales de la salud, en la atención a pacientes con diagnóstico de FM, tanto en la atención hospitalaria como en atención primaria	Profesionales de la salud Muestra (n = 200) Mujeres (n = 140) Varones (n = 60) Medicina (n = 127) Enfermería (n = 51) Otros profesionales (n = 22)	• Encuesta <i>ad hoc</i> autoadministrada donde se incluyen: • Datos sociodemográficos. • Datos sobre la temática central del estudio. • Grupo focal, obteniéndose: • Información sobre variables que abordan la práctica clínica	Presencia de más connotaciones negativas en la atención a estos pacientes por continua demanda asistencial y escasa respuesta a terapias, y, principalmente, por el diagnóstico de FM: • Medicina: 64,60%. • Enfermería: 29,17%. • Otros profesionales: 36,36%. Existencia de dudas sobre la base fisiopatológica de la FM como categoría de enfermedad	6/8

Tabla 3 (continuación)

Estudio	País	Tipo de estudio	Objetivo principal del estudio	Perfil de los participantes	Método utilizado	Resultados principales	Calidad del estudio
Harsh et al., 2016 ³¹	Nebraska (EE. UU.)	Estudio cualitativo	Revelar las experiencias de los médicos residentes en el cuidado de pacientes con síntomas y enfermedades que no tienen una explicación médica, así como aquellos factores profesionales y personales que llevan al enfoque clínico planteado	Profesionales de la medicina, residentes de medicina de familia y de medicina interna Muestra (n = 10) Mujeres (n = 2) Varones (n = 8)	• Datos sociodemográficos. • Visualización de un vídeo • Entrevista semiestructurada	Carencia de formación. Frustración como respuesta ante las diferencias entre el tratamiento y las expectativas de resultados. Sintomatología y enfermedad sin explicación médica son molestas y un desafío para la medicina. Impacto positivo por la colaboración con otros profesionales. La relación de confianza entre profesionales y pacientes puede dar lugar a que los síntomas sean menos molestos. Brechas en el conocimiento biomédico	10/10
Homma et al., 2016 ³³	Tokio (Japón)	Estudio descriptivo transversal	Verificar si las percepciones de enfermedad que poseen los médicos tienen relación con esa frustración o resistencia para la aceptación de estos pacientes	Profesionales de la medicina Muestra (n = 233) Mujeres (n = 23) Varones (n = 210)	• Datos sociodemográficos • IPQ-R • Inventario de invalidación de enfermedades • DDPRQ-10	El 55,8% de los especialistas no quieren aceptar a estos pacientes por diferentes motivos: • Ser un paciente difícil (13,5%), ser una enfermedad psiquiátrica (14,4%), falta de confianza en el tratamiento de la FM (12,9%). Puntuación total media DDPRQ-10: $36,0 \pm 8,3$ puntos. • La frustración se correlacionó significativamente con la dificultad para controlar los síntomas con el tratamiento y el impacto de la respuesta emocional de estos pacientes. Cuanto más acercamiento hacia aquellos factores de riesgo de tipo biomédico, como causantes de la FM, menos resistencia se observó para aceptar a estas personas con diagnóstico de FM	8/8

Tabla 3 (continuación)

Estudio	País	Tipo de estudio	Objetivo principal del estudio	Perfil de los participantes	Método utilizado	Resultados principales	Calidad del estudio
Johannessen et al., 2020 ⁴⁵	Oslo (Noruega)	Estudio descriptivo transversal	Conocer si las enfermeras realizan una valoración de las enfermedades relacionada con el prestigio, así como comparar dicha descripción a la clasificación efectuada por los médicos	Trabajadores de la salud con 3 años de educación superior correspondiente a la categoría profesional de enfermería Muestra (n = 122) Mujeres (n = 96) Varones (n = 26)	• Datos sociodemográficos • Encuesta para la calificación de 38 enfermedades en una escala que va desde el 1 (calificación más baja) al 9	Las calificaciones efectuadas por los profesionales de la enfermería se corresponden con una diferencia significativa entre la parte inferior y superior de la jerarquía, con una variación entre ambas categorías de 4,8 puntos. El infarto de miocardio, la leucemia y el tumor cerebral tienen una puntuación de 7,4, 7,3 y 7,2 puntos, respectivamente. La neurosis depresiva, la neurosis de ansiedad y la FM tienen una puntuación de 3,1, 2,8 y 2,6 puntos, respectivamente	6/8
Kachaner et al., 2023 ⁴⁷	Francia	Estudio cualitativo	Explorar nuevos planteamientos de manejo mediante un análisis cualitativo de la relación médico-paciente	Personas con diagnóstico de FM Muestra (n = 19) Mujeres (n = 16) Varones (n = 3)	• Datos sociodemográficos. • Entrevista telefónica	Tres temas principales: • Vulnerabilidad percibida a una enfermedad no reconocida. • Respuestas a un sistema de salud percibido como rechazado. • Respuestas para hacer frente a esta condición. Brecha de conocimiento de los profesionales de la salud. Falta de empatía	9/10
Martín-Pérez et al., 2023 ⁴⁰	Santa Cruz de Tenerife (España)	Estudio cualitativo	Explorar las actitudes, las creencias y los conocimientos, que tienen las mujeres con diagnóstico de FM hacia la enfermedad	Mujeres con diagnóstico de FM Muestra (n = 12)	• Datos sociodemográficos. • Grupo focal	Seis unidades temáticas principales: • Conocimiento sobre la FM. • Vivencias con la FM. • Estrategias de afrontamiento. • Expectativas sobre el sistema de salud. • Expectativas del profesional sanitario. El 100% de las mujeres no se sintieron comprendidas por los profesionales. El 83,3% de las mujeres piensan que los profesionales consideran que ellas están fingiendo o exageran. Asocian la enfermedad con el hecho de ser mujeres. El 100% de las mujeres ven la figura del médico como profesional de referencia cuando quieren conocer la verdad sobre su enfermedad	9/10

Tabla 3 (continuación)

Estudio	País	Tipo de estudio	Objetivo principal del estudio	Perfil de los participantes	Método utilizado	Resultados principales	Calidad del estudio
Otón et al., 2024 ³⁴	España	Estudio cualitativo	Explorar el itinerario que sigue la persona con diagnóstico de FM en América Latina, para poder determinar los problemas que pueden acontecer en esa atención a la salud, así como en otros ámbitos afines, para dar resolución a los mismos	Personas con diagnóstico de FM Muestra (n = 10) Profesionales de la salud Muestra (n = 33)	• Datos sociodemográficos. • Grupo focal. • Mapa sobre la experiencia de la persona (<i>user experience</i>)	Datos sobre el mapa de agentes e interacciones: Multitud de profesionales que interactúan con las personas con diagnóstico de FM. Datos sobre el mapa del trayecto o viaje que siguen los pacientes: • Antes de acudir al médico, existencia de confusión. • Después de acudir, existencia de diagnóstico y tratamiento erróneos, frustración, incertidumbre, aislamiento. Tras el diagnóstico, sentimiento de alivio, esperanza y desconfianza. Igualmente, presencia de frustración por parte de los profesionales, desconocimiento de la enfermedad y de la atención a ella	9/10
Paul-Savoie et al., 2018 ³⁵	Sherbrooke (Canadá)	Estudio descriptivo (cuantitativo-cualitativo)	Determinar la influencia que tiene la visibilización de los signos físicos y las actitudes empáticas y centradas en el paciente, en un contexto de dolor crónico. Identificar aquellas características de los cuidados que emiten una respuesta distinta, ante la ausencia o presencia de signos objetivos de dolor	Profesionales de la salud que desarrollan su labor en centros de salud Profesionales de medicina (n = 21) Profesionales de enfermería (n = 21) Mujeres (n = 29) Varones (n = 13)	• Datos sociodemográficos. • F-PPOS (participante). • F-JSPE (participante). • SOS-PCC (observador externo). • F-RES (observador externo). • Visualización de 4 videos. • Entrevista individual	El comportamiento centrado en el paciente y empático fue significativamente mayor en el grupo de pacientes que mostraban dolor crónico, pero, además, había signos físicos visibles de su enfermedad ($p < 0,001$). Hubo una mayor diferencia en el comportamiento mostrado centrado en el paciente, según la existencia de signos visibles o no, en el grupo de participantes que tenían menos experiencia clínica ($p = 0,03$). Por el contrario, en cuanto al comportamiento empático, la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,23$). Empatía autoinformada (media: 116,53). Empatía observada (media: 20,70)	8/8

Tabla 3 (continuación)

Estudio	País	Tipo de estudio	Objetivo principal del estudio	Perfil de los participantes	Método utilizado	Resultados principales	Calidad del estudio
Silverwood et al., 2017 ³²	Newcastle (Reino Unido)	Estudio cualitativo	Conocer cómo se adquieren las perspectivas y actitudes hacia la FM que tienen los estudiantes de medicina durante su formación	Estudiantes que están realizando el pregrado de medicina Muestra (n = 21) Mujeres (n = 13) Varones (n = 8)	• Datos sociodemográficos • Entrevista semiestructurada	La FM como una condición de gran complejidad y mal entendida. • Existencia de un proceso largo y difícil para el diagnóstico. • Variabilidad en la clasificación de la FM como una condición psiquiátrica, musculoesquelética o neurológica. Diversas fuentes de aprendizaje. • Variabilidad de fuentes para el aprendizaje sobre la FM. • Ausencia de enseñanza formal sobre la FM y duda sobre su legitimidad o prioridad. Consecuencias resultantes de las actitudes negativas provenientes de los profesionales hacia los pacientes con FM. • Gran esfuerzo de las personas que padecen FM para ser tomadas en serio, y para convencer de la autenticidad de los síntomas que padecen	10/10
Skop, 2016 ³⁷	Ontario (Canadá)	Estudio cualitativo	Explorar las experiencias que tienen las personas con diagnóstico de FM en la atención médica	Varones y mujeres con diagnóstico de FM Muestra (n = 35) Grupo focal Mujeres (n = 21) Varones (n = 3) Resto de técnicas (no especificado)	• Entrevista telefónica individual para la obtención de la historia de salud, la confirmación del diagnóstico y la disponibilidad a participar en grupos focales, mapeo corporal y datos sociodemográficos. • Entrevista en profundidad (cuando no se podía asistir a las sesiones de grupos focales). • Grupo focal. • Mapeo corporal	Existencia de barreras estructurales para el acceso a los servicios de atención médica. Actitudes de falta de apoyo por parte de los profesionales de la salud. Las experiencias vividas por los pacientes estuvieron influenciadas por la clase, la raza, el género y la edad. Las personas con FM pusieron en marcha estrategias de autogestión para afrontar esas barreras en la atención médica	10/10

Tabla 3 (continuación)

Estudio	País	Tipo de estudio	Objetivo principal del estudio	Perfil de los participantes	Método utilizado	Resultados principales	Calidad del estudio
Uclés-Juárez et al., 2020 ³⁶	Almería (España)	Estudio descriptivo transversal (<i>ex post facto</i>)	Examinar conocimientos y creencias en relación con la FM, proveniente de los profesionales de diferentes especialidades que trabajan en el ámbito público de salud en la provincia de Almería	Profesionales de la medicina pertenecientes a diferentes especialidades y profesionales de la psicología del ámbito sanitario público Muestra (n = 103)	• Cuestionario creado <i>exprofeso</i>, denominado CCF. Dos apartados principales: • Información de carácter sociodemográfica • Preguntas de opinión sobre la FM	Diferencias significativas en la explicación etiológica de la enfermedad ($\chi^2 = 12,793$; $p < 0,05$). • Conceptualización basada en la «somatización» de la FM: atención primaria (59,7%), medicina interna (66,7%), reumatología (0%). Diferencias significativas en cuanto al diagnóstico ($\chi^2 = 8,034$; $p < 0,05$). • Frente al 57,5% de profesionales de atención primaria, todos los profesionales de reumatología y medicina interna estimaron primordial el diagnóstico. • En contra a la determinación de tal diagnóstico, el 10,6% de los profesionales de atención primaria argumentaría la generación de estigma. Diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 41,404$; $p < 0,001$). • Atención primaria (46,6% consideración como principal responsable en su atención), reumatología (66,7% consideración como principal responsable), medicina interna (66,7% consideración de la atención primaria como responsable más relevante)	6/8

Tabla 3 (continuación)

Estudio	País	Tipo de estudio	Objetivo principal del estudio	Perfil de los participantes	Método utilizado	Resultados principales	Calidad del estudio
Varinen et al., 2022 ³⁸	Tampere (Finlandia)	Estudio cualitativo	Indagar las experiencias de los pacientes con FM durante la fase de diagnóstico en un centro médico de atención primaria. Determinar la forma de mejorar tal cuidado	Personas con diagnóstico de FM Muestra (n = 18) Mujeres (n = 15) Varones (n = 3)	• Datos sociodemográficos • Grupo focal	Siete temas principales: • Proceso de diagnóstico prolongado. • Búsqueda del motivo de su enfermedad. • Pensamientos contradictorios relacionados con el diagnóstico. Importancia de la relación médico-paciente. • Enfermedad e identidad. • Necesidad de compasión y comprensión. • Concepciones que se tienen sobre el tratamiento. Percepción de no comprensión por parte de los familiares y por parte de los profesionales de la salud. Cuestionamiento continuado de la credibilidad por parte de los profesionales de la salud, al no visualizar de forma objetiva la sintomatología, ni observar un estado físico de enfermedad	10/10
Vikelis et al., 2023 ⁴⁶	Grecia	Estudio descriptivo transversal	Evaluar la postura de los profesionales de la medicina en atención primaria en Grecia, en la atención a afecciones médicas comunes, incidiendo en la migraña, principalmente	Profesionales de la medicina Muestra (n = 182) Mujeres (n = 72) Varones (n = 110)	• Encuesta con un cuestionario de 17 ítems y la siguiente información: ◦ Datos sociodemográficos ◦ Situación laboral ◦ Antecedentes personales de migraña o cefalea tensional ◦ Actitud ante la atención administrada a personas con patologías habituales en atención primaria	Preferencia por el trato a los pacientes con afecciones médicas generales como infecciones de las vías respiratorias superiores, diabetes, hiperlipidemia o HTA, frente a la atención a los pacientes con migraña, FM y otras afectaciones neurológicas. La FM obtuvo la puntuación más baja entre 10 enfermedades en la clasificación por simpatía, algunas de estas enfermedades son de mayor puntuación: (HTA: $4,7 \pm 0,6$ e hiperlipidemia $4,6 \pm 0,7$); de menor puntuación: (neuropatía periférica diabética $3,6 \pm 1,0$, migraña $3,6 \pm 1,0$, FM $3,2 \pm 1,0$)	6/8

FM: fibromialgia; HTA: hipertensión arterial.

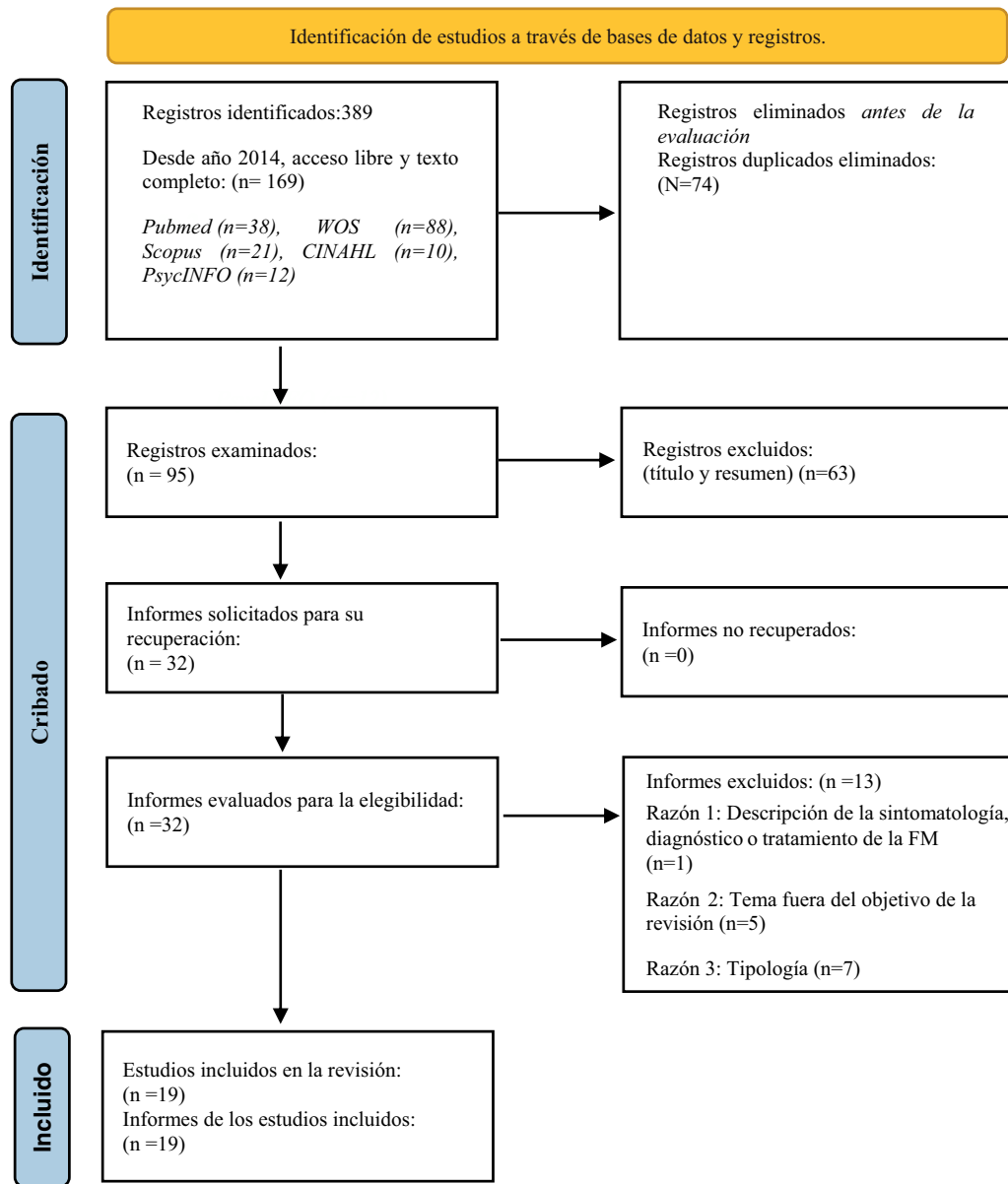


Figura 1 Resultados de la búsqueda. Diagrama de flujo PRISMA.

137 pacientes, mayoritariamente mujeres. No hubo exclusión por idioma, ampliando así la diversidad geográfica y cultural de las perspectivas analizadas.

Resultados principales

En la exposición de resultados se van a describir las principales características encontradas en la relación entre el paciente con FM y el profesional de la salud, en forma de actitudes, estereotipos y prejuicios, así como aquellas conductas que se observan en ese escenario, todo ello, expresado desde los 2 puntos de vista.

El retraso en el diagnóstico de la FM ha sido uno de los temas más destacados, principalmente debido a la dificultad para diagnosticarla. En un estudio realizado por Ghio et al.³⁰, se observó que los profesionales de medicina, enfermería y otros técnicos de la salud percibieron la enfermedad

negativamente, especialmente por esta dificultad diagnóstica. Este retraso se ve exacerbado por la falta de formación en la atención a estos pacientes. Se ha señalado que en muchos casos se etiquetan a los pacientes con diagnósticos erróneos, lo que se denomina «Diagnósticos de papelera»³¹. La falta de enseñanza formal sobre la FM contribuye a la duda sobre su legitimidad y prioridad, lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento adecuado³². Homma et al.³³ también mencionan la falta de conocimiento sobre la enfermedad y la subjetividad asociada a sus síntomas. En otro estudio de Otón et al.³⁴, los profesionales expresaron su frustración, destacando la necesidad urgente de capacitación y mayor difusión de la enfermedad, señalando que la FM puede ser atendida por diversos especialistas de la salud.

La subjetividad de los síntomas de la FM también se ve reflejada en la influencia que tienen los signos físicos visibles en la solicitud de atención sanitaria³⁵. En relación con la conceptualización de la FM como una «somatización», un 59,7%

de los profesionales de atención primaria y un 66,7% de los de medicina interna coincidieron en esta visión, frente al 0% de los profesionales de reumatología³⁶. A pesar de esto, los pacientes con FM a menudo evalúan negativamente la atención médica recibida. En un estudio de Skop³⁷, se destacó la falta de apoyo de los profesionales hacia estos pacientes, influenciada por factores como la edad, raza, clase social o género.

La relación entre médico y paciente también se ve afectada por la falta de comprensión de la FM. Varinen et al.³⁸ mencionan que los médicos no toman en serio la enfermedad, mostrando una falta de empatía y comprensión de las consecuencias que puede acarrear. Homma et al.³³ informaron que un 55,8% de los especialistas no aceptan a los pacientes con FM, debido a que la consideran una enfermedad difícil de tratar, a menudo asociada a un componente psiquiátrico y con síntomas difíciles de controlar.

El estereotipo común del paciente con FM es el de una mujer de mediana edad, quejosa y frustrada. Briones-Vozmediano³⁹ describe a este prototipo, y un estudio de Martín-Pérez et al.⁴⁰ encontró que el 83,3% de las mujeres con FM sienten que los profesionales creen que están fingiendo o exagerando. Esto refuerza la estigmatización, asociando la enfermedad con el hecho de ser mujer. Este sentimiento de decepción y la sospecha de que la enfermedad es imaginaria son comunes entre los pacientes⁴¹. Según Den Boeft et al.⁴², los pacientes con síntomas inexplicables realizan consultas frecuentes y derivaciones a especialistas, mostrando irritabilidad y resistencia frente a todo lo que ocurre a su alrededor.

En cuanto a la comparación con otras enfermedades, como la artritis reumatoide (AR), el 98% de los profesionales de la salud aceptan pacientes con AR, mientras que solo el 53% están dispuestos a aceptar pacientes con FM, reflejando una percepción de falta de control terapéutico y una carga emocional elevada asociada con la FM⁴³. Los estudios sobre el prestigio de las patologías indican que la FM ocupa los últimos lugares en la clasificación de enfermedades, junto con trastornos como la neurosis depresiva y la hepatocirrosis, como muestran los trabajos de Album et al.⁴⁴ y Johannessen et al.⁴⁵. Otros profesionales prefieren tratar afecciones como la diabetes o la hipertensión, en lugar de enfermedades neurológicas, la migraña o la FM⁴⁶.

En cuanto a la legitimidad de la FM, algunos profesionales reconocen el sufrimiento de los pacientes, mientras que otros la consideran una enfermedad ficticia, con síntomas exagerados o falsos, lo que reduce su reconocimiento y lleva a la imposición de etiquetas. Este rechazo también se justifica, en algunos casos, por el género de las personas afectadas³⁹. Kachamer et al.⁴⁷ mencionan la paradoja de que, aunque la FM es una enfermedad considerada benigna, puede alterar significativamente la calidad de vida de quienes la padecen. Además, la situación económica influye en la percepción de la FM, ya que los pacientes con mayores recursos pueden recibir una mejor atención, lo que mejora la percepción de esta enfermedad «desacreditada»⁴⁸.

Discusión

Este estudio analiza las actitudes, los prejuicios y los estereotipos de los profesionales sanitarios hacia los pacientes

con FM, así como las percepciones de los pacientes sobre la atención recibida. Destacan los desafíos asociados a la subjetividad de los síntomas, la dificultad diagnóstica y la estigmatización que enfrentan los pacientes⁴⁹.

Los síntomas subjetivos de la FM y la ausencia de un deterioro físico evidente generan escepticismo en los profesionales, quienes frecuentemente atribuyen la enfermedad a causas psicológicas⁵⁰. Este escepticismo retrasa los diagnósticos y el inicio del tratamiento, sometiendo a los pacientes a pruebas innecesarias. Además, el uso discrecional del diagnóstico ha generado altos costos sociales y un impacto negativo en los afectados. Los pacientes suelen sentirse incomprendidos y estigmatizados, tanto por los profesionales como por su entorno social, lo que dificulta la relación médico/paciente^{51,52}.

El diagnóstico representa un hito clave para los pacientes, al validar su experiencia de enfermedad y facilitar el manejo de la condición. Sin embargo, la falta de reconocimiento profesional y la percepción de que la FM no es una enfermedad legítima agravan la desconfianza en el sistema sanitario^{39,53} al estar impregnada la FM de una gran subjetividad⁵⁴⁻⁵⁶. Los profesionales de atención primaria, en particular, reconocen una carencia de formación adecuada para tratar la FM, perpetuando prejuicios y actitudes negativas hacia estos pacientes⁵⁷.

Un perfil estereotipado de las personas con FM —como individuos difíciles, exigentes y con tendencia a victimizarse— incrementa la estigmatización y dificulta el tratamiento^{29,31,34,39}. Este estigma, combinado con factores culturales y psicosociales, afecta la percepción y la gestión de la enfermedad, subrayando la importancia del entorno en su comprensión^{50,55}.

Aunque han mejorado las opciones terapéuticas y el acceso a información, los avances en el diagnóstico y tratamiento de la FM han sido limitados. El estudio recomienda ampliar investigaciones a otros perfiles sanitarios y contextos geográficos para enriquecer la comprensión de la FM y fomentar cambios en las actitudes profesionales, incluyendo una mayor formación y empatía hacia los pacientes^{50,58}.

Conclusiones

Los profesionales sanitarios a menudo presentan actitudes, prejuicios y estereotipos hacia los pacientes con FM, influenciados por el diagnóstico tardío, la falta de formación, la subjetividad de los síntomas y las limitaciones en los tratamientos, lo que genera frustración y resistencia para tratar a estos pacientes. Además, de manera estereotipada, la persona con FM es una paciente considerada «difícil», lo que refuerza la estigmatización, dificulta la relación médico/paciente y cuestiona la legitimidad de la enfermedad. Aunque este tema ha sido estudiado, el trabajo actual subraya la necesidad de investigaciones cualitativas que exploren las percepciones tanto de los profesionales como de los pacientes en el contexto actual. Comprender sus experiencias es esencial para identificar las causas de los prejuicios y diseñar estrategias que reduzcan el estigma, mejorando la atención y la calidad de vida de los pacientes. El estudio también destaca que una relación basada en la confianza mutua puede mejorar significativamente la atención médica, y enfatiza la urgencia de otorgar mayor

oficialidad a la FM para promover su reconocimiento en el ámbito sanitario y superar el «limbo asistencial» en el que aún se encuentra esta enfermedad.

Autoría

Todos los autores han contribuido intelectualmente al trabajo, han cumplido las condiciones de autoría y han aprobado su versión final.

Responsabilidades éticas

Esta revisión sistemática se basa únicamente en estudios publicados y disponibles públicamente. Como no se recopilaban ni analizaban nuevos datos directamente de participantes humanos o animales, no se requirió aprobación ética ni consentimiento informado. El protocolo utilizado figura en el Registro Internacional Prospectivo de Revisiones Sistemáticas (PROSPERO) con el número de código CRD42023407039.

Financiación

Este estudio no ha recibido financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

The protocol used is listed in the Prospective International Register of Systematic Reviews (PROSPERO) with code number CRD42023407039

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.aprim.2025.103251](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2025.103251).

Bibliografía

1. Triviño Martínez Á, Solano Ruiz MC, Siles González J. La cronicidad de la fibromialgia: una revisión de la literatura. *Enferm Glob.* 2014;13:273–92.
2. Pascual Marques A, De Sousa A, Assumpção Berssaneti A, Akemi Matsutani L, Lee King Yuan S. Prevalence of fibromyalgia: Literature review update. *Rev Bras Reumatol.* 2017;57:356–63.
3. Berwick R, Barker C, Goebel A. The diagnosis of fibromyalgia syndrome. *Clin Med J R Coll Physicians Lond.* 2022;22:570–4.
4. Queiroz LP. Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep.* 2013;17:356.
5. D'Onghia M, Ciaffi J, Ruscitti P, Cipriani P, Giacomelli R, Ablin JN, et al. The economic burden of fibromyalgia: A systematic literature review. *Semin Arthritis Rheum.* 2022;56:152060.
6. Siracusa R, Paola RD, Cuzzocrea S, Impellizzeri D. Fibromyalgia: Pathogenesis, Mechanisms Diagnosis and Treatment Options Update. *Int J Mol Sci.* 2021;22:3891.
7. Medrano JCR, Juan Guillermo Rojas. Fibromialgia ¿Qué deben saber y evaluar los profesionales de Enfermería? *Investig Educ En Enferm.* 2011;29:305–14.
8. Otón T, Carmona L, Rivera J. Patient-journey of fibromyalgia patients: A scoping review. *Reumatol Clin.* 2024;20:96–103.

9. Heggen KM, Berg H. Epistemic injustice in the age of evidence-based practice: The case of fibromyalgia. *Humanit Soc Sci Commun.* 2021;8:1–6.
10. Barragán N. La comunicación centrada en el paciente. *Folia Humanística.* 2016:1–14.
11. Vidal Blan R, Adamuz Tomás J, Feliu Baute P. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enferm Glob.* 2009:1–9.
12. Ubillos Landa S, Páez Rovira D, Mayordomo López S. Actitudes: definición y medición Componentes de la actitud. Modelo de acción razonada y acción planificada. Pearson Educación. 2004:301–26 [consultado 17 Abr 2024] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=998959>
13. Ramírez Lago R. Estereotipos, prejuicios y discriminación: ¿por qué debemos evitar prejuzgar? 2016 [consultado 18 Ene 2025] Disponible en: <https://psicologiyamente.com/social/estereotipos-prejuicios-discriminacion>
14. Suárez-Álvarez J, Sánchez B, Soto A, Muñiz J, García-Cueto E. Prejuicios, estereotipos y asignación de culpa. *Rev Electrónica Metodol Apl.* 2011;16:1–12.
15. Rueda Castro L, Gubert IC, Duro EA, Cudeiro P, Sotomayor MA, Benites Estupiñán EM, et al. Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal. *Rev Iberoam Bioet.* 2018;8:1–15.
16. Montes Galdeano FL. Comunicación sanitaria con las mujeres afectadas por Fibromialgia=Health communication with women suffering from Fibromyalgia. *Rev Esp Comun en Salud.* 2013;4:43–53.
17. Beltrán Salazar ÓA. Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de Enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería.* 2006;24 [consultado 17 Abr 2024] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072006000200016
18. Tizón JL. ¿Cómo mejorar la perspectiva integrativa de los médicos clínicos?: una revisión acerca de los grupos Balint y los grupos de reflexión (I). *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría.* 2019;39:19–43.
19. Rodríguez Rodríguez JC, García Laborda A. Factores personales en la relación terapéutica. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría.* 2005;25:29–36.
20. Dias A, Santana S. Cuidados integrados Um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde. *Rev Port E Bras Gest.* 2009;8:12–20.
21. Vargas I, Barros X, Fernández MJ, Mayol M. Rediseño en el abordaje de personas con multimorbilidad crónica: desde la fragmentación al cuidado integral centrado en las personas. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2021;32:400–13.
22. Díaz Veiga P, Sancho Castiello M, García A, Rivas E, Abad E, Suárez Pérez de Eulate N, et al. Efectos del Modelo de Atención Centrada en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros gerontológicos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2014;49:266–71.
23. Martínez Rodríguez T, Díaz-Veiga P, Rodríguez Rodríguez P, Sancho Castiello M. Informes Envejecimiento en red, nº 12. 2016 [consultado 17 Abr 2024] Modelo de atención centrada en la persona «Presentación de los Cuadernos prácticos». Disponible en: <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/modelo-de-atencion-centrada-en-la-persona-presentacion-de-los-cuadernos-practicos>.
24. Yepes-Núñez J, Urrutia G, Romero-García M, Alonso-Fernández S. Declaración PRISMA 2020 una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol Engl Ed.* 2021;74:790–9.
25. Mamédio de Costa Santos C, Andrucioli De Mattos Pimenta C, Cuce Nobre R. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2007;15:508–11.
26. Jordan Z, Lockwood C, Munn Z, Aromataris E. The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *JB I Evid Implement.* 2019;17:58–71.

27. Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R. JBI Manual for Evidence Synthesis. En: Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In: Aromataris E, Munn Z (Editors); 2020 [accessed 26 Jul 2024] Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>
28. Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: Methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *Int J Evid Based Heal*. 2015;13:179–87.
29. Higgins J, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page M, et al. Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones. Cochrane. 2023 [consultado 26 Jul 2024] Disponible en: <https://training.cochrane.org/handbook/current>.
30. Ghio GA, Jaen Manzanera A, Torguet Carbonell J, Donoso Isla CI, Falcón Marchena AJ, Martínez Pardo S. Health personnel perception about central sensitivity syndrome-fibromyalgia patients. *Reumatol Clin*. 2024;20:73–9.
31. Harsh J, Hodgson J, White MB, Lamson AL, Irons TG. Medical Residents' Experiences With Medically Unexplained Illness and Medically Unexplained Symptoms. *Qual Health Res*. 2016;26:1091–101.
32. Silverwood V, Chew-Graham CA, Raybould I, Thomas B, Peters S. 'If it's a medical issue I would have covered it by now': Learning about fibromyalgia through the hidden curriculum: A qualitative study. *BMC Med Educ*. 2017;17:160.
33. Homma M, Ishikawa H, Kiuchi T. Association of physicians' illness perception of fibromyalgia with frustration and resistance to accepting patients: A cross-sectional study. *Clin Rheumatol*. 2016;35:1019–27.
34. Oton T, Messina OD, Avila DGF, Roman MRS, Mata D, Arguissain C, et al. The patient journey of fibromyalgia in Latin America. *Reumatol Clin*. 2024;20:32–42.
35. Paul-Savoie E, Bourgault P, Potvin S, Gosselin E, Lafrenaye S. The Impact of Pain Invisibility on Patient-Centered Care and Empathetic Attitude in Chronic Pain Management. *Pain Res Manag*. 2018;2018:6375713.
36. Uclés-Juárez R, Fernández-Carreño D, Fernández-Miranda López S, Cangas Díaz AJ. Conceptuation on fibromyalgia: Consensus or discrepancy among healthcare providers from Spain? *Rev Esp Salud Publica*. 2020;94.
37. Skop M. The art of body mapping: A methodological guide for social work researchers. *Aotearoa N Z Soc Work*. 2016;28:29–43.
38. Varinen A, Vuorio T, Kosunen E, Koskela TH. Experiences of patients with fibromyalgia at a Finnish Health Centre: A qualitative study. *Eur J Gen Pract*. 2022;28:157–64.
39. Briones-Vozmediano E, Öhman A, Goicolea I, Vives-Cases C. «The complaining women»: Health professionals' perceptions on patients with fibromyalgia in Spain. *Disabil Rehabil*. 2018;40:1679–85.
40. Martín-Pérez IM, Martín-Pérez SE, Martínez-Rampérez R, Vaswani S, Dorta-Borges M, Martín-Pérez IM, et al. Knowledge, attitudes, and beliefs towards the disease in women with fibromyalgia. A qualitative study based on a focus group. *Rev Soc Esp Dolor*. 2023;30:79–94.
41. Durif-Bruckert C, Roux P, Rousset H. Medication and the patient-doctor relationship: A qualitative study with patients suffering from fibromyalgia. *Health Expect*. 2015;18:2584–94.
42. Den Boeft M, Huisman D, Van der Wouden JC, Numans ME, Van der Horst HE, Lucassen PL, et al. Recognition of patients with medically unexplained physical symptoms by family physicians: Results of a focus group study. *BMC Fam Pract*. 2016;17:55.
43. Aloush V, Niv D, Ablin JN, Yaish I, Elkayam O, Elkana O. Good pain, bad pain: Illness perception and physician attitudes towards rheumatoid arthritis and fibromyalgia patients. *Clin Exp Rheumatol*. 2021;39 Suppl 30:54–60.
44. Album D, Johannessen LEF, Rasmussen EB. Stability and change in disease prestige: A comparative analysis of three surveys spanning a quarter of a century. *Soc Sci Med*. 2017;180:45–51.
45. Johannessen LEF, Album D, Rasmussen EB. Do nurses rate diseases according to prestige? A survey study. *J Adv Nurs*. 2020;76:1691–7.
46. Vikelis M, Argyriou AA, Antoniou A, Spingos KC, Skliros AE, Biliak K, et al. A Survey of Greek Primary Care Physicians on Their Likeability in Treating Migraines and Other Common Diseases. *Medicina (Mex)*. 2023;59:734.
47. Kachaner A, Harim M, Combier A, Trouvin AP, Avouac J, Ranque B, et al. Management perspectives from patients with fibromyalgia experiences with the healthcare pathway: A qualitative study. *Front Med*. 2023;10, <http://dx.doi.org/10.3389/fmed.2023.1231951>.
48. Colmenares-Roa T, Huerta-Sil G, Infante-Castañeda C, Lino-Pérez L, Alvarez-Hernández E, Peláez-Ballestas I. Doctor–Patient Relationship Between Individuals With Fibromyalgia and Rheumatologists in Public and Private Health Care in Mexico. *Qual Health Res*. 2016;26:1674–88.
49. Taylor AG, Adelstein KE, Fischer-White TG, Murugesan M, Anderson JG. Perspectives on Living With Fibromyalgia. *Glob Qual Nurs Res*. 2016;3, 2333393616658141.
50. Bidari A, Ghavidel Parsa B, Ghalehbaghi B. Challenges in fibromyalgia diagnosis: from meaning of symptoms to fibromyalgia labeling. *Korean J Pain*. 2018;31:147–54.
51. Chen AT, Swaminathan A. Factors in the Building of Effective Patient–Provider Relationships in the Context of Fibromyalgia. *Pain Med*. 2020;21:138–49.
52. Gil Sola CM. Therapeutic communication in Fibromyalgia. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 2019;10:179–98.
53. Briones-Vozmediano E, Vives-Cases C, Ronda-Pérez E, Gil-González D. Patients' and professionals' views on managing fibromyalgia. *Pain Res Manag*. 2013;18:19–24.
54. Byrne A, Jones K, Backhouse M, Rose F, Moatt E, van der Feltz-Cornelis C. Patient and primary care practitioners' perspectives on consultations for fibromyalgia: A qualitative evidence synthesis. *Prim Health Care Res Dev*. 2023;24:1–23.
55. Adams N, McVeigh JG, Cuesta-Vargas A, Abokdeer S. Evidence-based approaches for the management of fibromyalgia syndrome: A scoping review. *Physical Therapy Reviews*. 2023;28:1–17, <http://dx.doi.org/10.1080/10833196.2022.2157945>.
56. Conversano C, Marchi L, Rebecca C, Carmassi C, Contena B, Bazzichi LM, et al. Personality Traits in Fibromyalgia (FM): Does FM Personality Exist? A Systematic Review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2018;14:223–32.
57. Hayes SM, Myhal GC, Thornton JF, Camerlain M, Jamison C, Cytryn KN, et al. Fibromyalgia and the therapeutic relationship: Where uncertainty meets attitude. *Pain Res Manag*. 2010;15:385–91.
58. Mu R, Li C, Zhu JX, Zhang XY, Duan TJ, Feng M, et al. National survey of knowledge, attitude and practice of fibromyalgia among rheumatologists in China. *Int J Rheum Dis*. 2013;16:258–63.