

# SÍNDROMES EN FEMENINO. EL DISCURSO MÉDICO SOBRE LA FIBROMIALGIA

BEATRIZ TOSAL HERRERO  
Universidad Miguel Hernández (Elche)

## 1. INTRODUCCIÓN

Parte de la producción sobre género y salud realizada desde las ciencias sociales, durante las últimas décadas, se ha centrado en el discurso médico hegemónico sobre la salud y el cuerpo de la mujer. Haciendo una crítica del androcentrismo presente en la medicina científica occidental<sup>1</sup>, se ha denunciado que, frente a la pretendida racionalidad, objetividad y neutralidad científica, la medicina ha producido y reproducido valores sociales hegemónicos que han servido para justificar y legitimar una situación de inferioridad y de discriminación de la mujer. Este proceso ha supuesto la generación de teorías y prácticas de naturalización de las relaciones sociales y la normativización de las conductas y los cuerpos femeninos<sup>2</sup>.

Este punto de vista masculino, dominante en la producción del conocimiento médico, ha consolidado una representación sobre la mujer y lo femenino en la que las diferencias biológicas se han planteado en términos jerárquicos<sup>3</sup>.

La imagen de la mujer, como un ser humano diferente e inferior al hombre, se ha forjado en torno a la visión de ésta como un sujeto predestinado biológi-

---

1. El androcentrismo científico puede presentarse en diferentes niveles en la producción del nuevo conocimiento médico. Estos niveles van desde la exclusión de las mujeres de la decisión y elaboración teórica, la definición, selección y priorización de los problemas a estudiar, el diseño e interpretación de los experimentos o la selección de las muestras, hasta la formulación de las hipótesis y metodologías utilizadas. ESTEBAN, M.L.: *Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*, Donostia, Tercera Prensa, 2001.

2. ORTIZ, T.: *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*, Oviedo, KRK, 2006.

3. *Ibid.*, p. 165.

camente a la reproducción y la crianza, que por sus características, tanto físicas como psicológicas, se encuentra siempre al límite de la enfermedad<sup>4</sup>.

Este discurso androcéntrico presente en la medicina ha tenido repercusiones, no sólo guiando las interpretaciones médicas en la forma de describir, diagnosticar y tratar las enfermedades *de y en* las mujeres, sino, también, en la justificación y el mantenimiento de la desigualdad entre ambos sexos a través de mecanismos como la medicalización, la invisibilización y la psicologización de la fisiología y las enfermedades de las mujeres<sup>5</sup>.

En el caso de las enfermedades padecidas sólo por mujeres, es decir, de las enfermedades ginecológicas, parece resultar más patente la concepción masculina sobre el cuerpo y la naturaleza femenina. La imagen de la mujer reproductora es el núcleo sobre el que se ha planteado toda la ginecología como especialidad médica.

Esta visión de la mujer tiene importantes consecuencias a la hora de definir y tratar las enfermedades ginecológicas. Así, parte de la fisiología femenina, como la menstruación, el climaterio o el periodo premenstrual, que pertenecen al ciclo vital normal de la mujer, se patologizan y medicalizan porque se consideran estados anormales, ya que son momentos en los que transitoria o definitivamente no es posible la gestación<sup>6</sup>. Por ese mismo motivo, también la infertilidad, a pesar de no tener ninguna consecuencia en términos fisiológicos para la mujer, se considera una enfermedad susceptible de ser tratada<sup>7</sup>.

Esa aproximación a la mujer tiene, también, consecuencias en la construcción de los modelos y las hipótesis sobre la etiología de las enfermedades ginecológicas. En un esquema de conocimiento tan restrictivo, en el que todas las mujeres son, por naturaleza, reproductoras, no existen ni aquellas mujeres que no tienen una vida sexualmente activa ni las homosexuales. Esta concepción, que no tiene en cuenta la orientación sexual de la mujer, ha dado lugar a numerosos errores en la atribución causal y la distribución epidemiológica de determinadas enfermedades como, por ejemplo, el cáncer de cuello uterino o el VIH<sup>8</sup>.

En el caso de las enfermedades que afectan a ambos sexos nos encontramos frente a dos situaciones: que la enfermedad tenga una distribución parecida entre hombres y mujeres o que sea un padecimiento mucho más prevalente en estas últimas. Tanto en un caso como en otro, la visión médica sobre las mujeres va a tener consecuencias en la consideración y manejo de los padecimientos.

4. BERNABEU, J.; CID, A.P.; ESPLUGUES, J.X.; GALIANA, M.E.: «Categorías diagnósticas y Género: Los Ejemplos de la clorosis y la neurastenia en la medicina española contemporánea», *XIII Coloquio Internacional de la AEIHM*, Barcelona, 2006.

5. PEREZ SEDEÑO, M.C.: *Valores cognitivos y contextuales en el periodo de ciencia normal. La medicina clínica*, Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, 2003.

6. Esta forma de actuación de la biomedicina ha sido criticada por la inclusión como enfermedad de diferentes procesos en ausencia de justificaciones científicas claras, por entenderse como un mecanismo indirecto de control social. ESTEBAN, M.L.: Op. cit., p. 35.

7. PEREZ SEDEÑO, M.C.: Op. cit., p. 170.

8. *Ibíd.*, p. 135.

Las enfermedades que se distribuyen de igual forma en ambos sexos tienden a representarse como si fuesen exclusivamente masculinas. Esta situación se debe a que lo masculino se equipara a lo humano en general y por ello el hombre se convierte en la norma<sup>9</sup>, en este caso, en el patrón de la forma de presentación de la enfermedad. Esta tendencia a plantear la enfermedad en clave masculina afecta tanto a la definición del cuadro sintomático y su epidemiología como al planteamiento de las hipótesis causales o la evolución de la misma, produciendo un importante sesgo de género en su diagnóstico y tratamiento<sup>10</sup>. En este caso, por tanto, se produce una invisibilización de las mujeres que afecta de manera sustancial al conocimiento científico y clínico de dichos procesos patológicos.

En el otro extremo nos encontraríamos con aquellas enfermedades que, no siendo ginecológicas, son padecidas casi exclusivamente por mujeres. Estos padecimientos tienen en general un conjunto de características en las que se manifiesta, de nuevo, la representación médica dominante sobre la naturaleza femenina.

Son enfermedades a las que, en general, se ha prestado poca atención y han sido mucho menos estudiadas por la medicina. Como consecuencia de esta falta de estudio se suelen presentar como cuadros de etiología desconocida (por ello, generalmente, son considerados síndromes). Esta ausencia de una explicación etiológica se solventa mediante el recurso a la psicología diferencial de la mujer, convirtiendo estos cuadros en problemas «oficiosamente» psicológicos.

Esta psicologización<sup>11</sup>, que parte del supuesto de género de la fragilidad mental de las mujeres y su incapacidad «natural» para adaptarse satisfactoriamente a las situaciones estresantes, además de impedir, en cierto modo, la búsqueda de otras explicaciones causales, tiene un efecto directo sobre el estatus de la enfermedad, que pasa a considerarse poco grave, a pesar de que, en muchos casos, se trate de padecimientos altamente incapacitantes.

---

9. *Ibíd.*, pp. 42-43.

10. El sesgo de género se puede definir como «el planteamiento erróneo de igualdad o de diferencias entre hombres y mujeres, en cuanto a su naturaleza, a sus comportamientos y/o razonamientos; el cual puede generar una conducta desigual en los servicios sanitarios, incluida la investigación, y que es discriminatoria para un sexo respecto a otro». Este sesgo puede manifestarse entendiendo que los problemas y riesgos para la salud para hombres y mujeres son iguales, como ocurre en este caso, o bien suponiendo que existen diferencias biológicas o psicológicas donde no las hay. Este último sería el caso de la mayoría de síndromes femeninos. RUIZ CANTERO, M.T.: «Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinante de la estructura de salud de la comunidad», en C. Miqueo, C. Tomás, C. Tejero (eds): *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socio-profesionales de diferencias sexuales no previstas*, Madrid, Minerva, 2001, pp.163-178.

11. La psicologización hace referencia a la explicación en la que se alude a los factores psicológicos que, supuestamente, intervienen en la aparición de una enfermedad, cuando en realidad no existen pruebas que lo justifiquen. Desde esa perspectiva se considera que son los rasgos psicológicos del paciente los que producen la enfermedad aunque no se explica el mecanismo por el que actúan. GOUDSMIT, E.M.; GADD, R.: «All in the mind? The psychologization of illness», *The Psychologist*, 4 (1991), pp. 449-453.

### 1.1. Los síndromes femeninos

Dentro de este conjunto de padecimientos, que podríamos denominar como *síndromes femeninos*, se encuentran numerosos procesos que se han considerados funcionales –por la ausencia de alteraciones físicas objetivables y de una explicación causal– como el síndrome de intestino irritable, la cefalea tensional, el síndrome de fatiga crónica, el síndrome de piernas inquietas, la cistitis intersticial crónica, la sensibilidad química múltiple o el trastorno temporomandibular. A este conjunto de enfermedades habría que añadir otras, para las que sí existen alteraciones físicas o psicológicas constatadas, como el lupus eritematoso, la anorexia nerviosa o la bulimia.

Todas estas entidades morbosas, a las que se atribuye un importante componente psicológico, bien como causa del padecimiento, bien como factor coadyudante en su aparición, han tenido entre sus rasgos definitorios características indeseables que se presentaban como naturales de la condición femenina y que han sido utilizadas para corroborar los estereotipos que, sobre la mujer, se encuentran perpetuados en medicina, como la vulnerabilidad, la debilidad, la inferioridad, la fragilidad o la inmadurez.

Éste es, también, el caso de la fibromialgia, una enfermedad emergente<sup>12</sup> que, en los últimos 15 años, se ha convertido en una de las etiquetas más frecuentes para diagnosticar cuadros de síntomas inexplicables biomédicamente.

El término fibromialgia fue introducido por Hench en 1976 para remarcar el carácter no inflamatorio de la enfermedad conocida hasta ese momento como fibrositis; pero no fue hasta los años ochenta cuando se generalizó su uso en la literatura científica, fundamentalmente anglosajona (el término fibromialgia apareció por primera vez en la base de datos MedLine en 1981, y fue incluido, como descriptor, en su tesoro en 1989). En 1990 el *American College of Rheumatology (ACR)* estableció los criterios clínicos necesarios para realizar su diagnóstico. La fibromialgia, así definida, fue incorporada por la OMS en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) en 1992, y

---

12. La denominación enfermedades emergentes abarca a un conjunto heterogéneo de entidades nosológicas entre el que se encuentran tanto enfermedades infecciosas –producidas por nuevos agentes infecciosos como el VIH/SIDA, debidas a agentes infecciosos que reaparecen en escena por su extensión o su resistencia a los tratamientos convencionales, como la tuberculosis, o las que surgen como consecuencia del incremento del contacto humano con algunos patógenos, por ejemplo, en el caso del síndrome de las vacas locas– como no infecciosas. Entre estas últimas se encuentran aquellas que se presentan por exposición a sustancias tóxicas, las profesionales y las mentales. Además de otros síndromes mal delimitados, que se han considerados funcionales, entre los que se encuentran el síndrome de fatiga crónica y la fibromialgia. El concepto emergencia hace referencia, también, al proceso social por el cual el sufrimiento individual pasa a formar parte de las agendas públicas (políticas y sanitarias) con la aparición de recursos y dispositivos específicos para su investigación, control y prevención. En el caso de la fibromialgia, como el de muchas otras enfermedades controvertidas desde el punto de vista biomédico, este proceso de emergencia se ha visto profundamente lastrado por la incertidumbre desde el punto de vista clínico y epidemiológico pero, sobretodo, por la invisibilidad social del grupo afectado. PACKARD, R.; BROWN, P.; BERKELMAN, R.; FRUMKIN, H.: *Emerging illnesses and society. Negotiating the public health agenda*, Baltimore, The John HopkinsUniversity Press, 2004.

por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor en 1994<sup>13</sup>. A pesar de que su aparición en el mercado de los diagnósticos es relativamente reciente, su utilización en el ámbito clínico ha aumentado, sobre todo desde finales de los años noventa, considerándose una enfermedad que, para algunos autores, está llegado a proporciones epidémicas<sup>14</sup>.

La fibromialgia se ha definido como un síndrome crónico de etiología desconocida, que se caracteriza por un dolor difuso no articular que afecta a los músculos y que se asocia, típicamente, con fatiga persistente, sueño no reparador, rigidez generalizada y que, con frecuencia, se acompaña de otros síntomas corporales. Los criterios utilizados para su diagnóstico son: la existencia de un dolor difuso presente, como mínimo, durante tres meses, la palpación dolorosa en 11 de los 18 puntos sensibles posibles y la exclusión de alteraciones analíticas y radiográficas<sup>15</sup>.

A pesar de las dificultades que supone calcular la prevalencia de la fibromialgia<sup>16</sup>, ésta se estima en porcentajes que oscilan entre el 1% y el 4% de la población en los países desarrollados. Alrededor del 90% de las personas diagnosticadas son mujeres. En España, según los datos del Informe EPISER del año 2000, la fibromialgia afectaba al 2,4% de la población general, con una prevalencia en las mujeres del 4,2% y del 0,2% en varones, siendo la segunda enfermedad más frecuente en las consultas de reumatología<sup>17</sup>. Dos años más tarde el Informe EPIDOR mostraba, para una subpoblación clínica, una prevalencia del 12,2%. En este último estudio el porcentaje de mujeres fibromiálgicas frente al de hombres era del 94,6%<sup>18</sup>.

- 
13. GUITART, J.: *La fibromialgia y aspectos relacionados*, Madrid, MAPFRE, 2000. VVAA: *Fibromialgia*, Madrid, Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Serie Ordenación de prestaciones, 2003.
  14. SEDÓ, R.; ANCOCHEA, J.: «Una reflexión sobre la fibromialgia», *Atención Primaria*, 29 (2002), pp. 562-564. FUNDACIÓN GRÜNENTHAL-Sociedad Española de Reumatología: «Subestudio de la fibromialgia», en *EPIDOR. Estudio epidemiológico del dolor en Reumatología en España*, Madrid, Edipharma, 2003, pp. 99-117. BALLINA, F.J.: «Fibromialgia», en Sociedad Española de Reumatología (ed.): *Manual SER de las Enfermedades Reumáticas*, Madrid, Panamericana, 2004, pp. 112-115.
  15. WOLFE, F.; SMYTHE, H.A.; YUNUS, M.B.; BENETT, R.M.; BOMBARDIER, C.; GOLDENBERG D.L. et al.: «Criteria for the classification of fibromyalgia, reporter of the Multicenter Criteria Commite», *Arthritis Rheumatism*, 33 (1990) pp. 160-172.
  16. Los datos epidemiológicos ofrecidos sobre la fibromialgia son poco fiables por las dificultades clínicas que plantea su diagnóstico. Por ello es posible que su presencia sea diagnosticada muchas veces como otra entidad, bien porque la difícil definición (ambigua y exclusivamente clínica) hace que sea denominada según los diferentes síndromes compatibles, bien porque sea definida como otra enfermedad más legítima. Por otro lado, debido la inespecificidad de los síntomas muchas veces los enfermos no acuden a las consultas médicas. Y en otros casos no se habrá considerado enfermedad por la ausencia de signos objetivables o aún no se habrá producido el diagnóstico de confirmación.
  17. VALVERDE, M.; JUAN, A.; RIBAS, B.; CARMONA L.: «Fibromialgia», en Sociedad Española de Reumatología (ed.): *Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española*, Madrid, MSD, 2001, pp. 77-91.
  18. FUNDACIÓN GRÜNENTHAL.: Op. cit., p. 107.

Esta diferencia en la distribución de la enfermedad entre los dos sexos obliga a plantearse cuáles son los motivos que provocan ese desproporcionado número de diagnósticos en las mujeres. El aumento podría deberse a la existencia de determinadas características específicas de las mujeres que las hiciesen más susceptibles de padecer la enfermedad, a circunstancias relacionadas con su papel social que pudiesen suponer situaciones de riesgo para desarrollarla o, también, podría deberse a la forma en que se construye y diagnostica la propia enfermedad.

Como veremos a continuación, la búsqueda de las causas que expliquen esa diferencia en la distribución entre hombres y mujeres no ha sido una línea de estudio que haya interesado a los investigadores que han trabajado en fibromialgia, ni desde el punto de vista del género –de los roles sociales o las situaciones de género implicadas en el desarrollo de la enfermedad– ni desde el punto de vista biológico<sup>19</sup>.

Aún así, las hipótesis elaboradas en torno a una especificidad biológica o psicológica de la mujer no se han confirmado, por lo que la feminización del síndrome parece deberse, en gran medida, a la construcción del objeto de estudio en la producción del conocimiento médico y a la reproducción de la ideología médica sobre la biología y el papel social de la mujer.

## **2. LA GESTACIÓN DE UN SÍNDROME EN FEMENINO. EL DISCURSO MÉDICO SOBRE LA FIBROMIALGIA**

La presencia de mujeres con síntomas similares a los de diversos procesos reumatológicos para los que, aparentemente, no existe una causa biológica subyacente ha sido una constante en la práctica clínica<sup>20</sup>.

Las tensiones producidas por la imposibilidad de evidenciar alteraciones somáticas para esos síntomas, la inconsistencia de las explicaciones etiológicas de tipo psicológico propuestas para explicarlos y la necesidad de diferenciar estos procesos de otros problemas reumatológicos condujo, a mediados de los años ochenta, a tratar de elaborar algún tipo de criterio protocolizado que corrigiese, en la medida de lo posible, la «arbitrariedad» (desde el punto de vista biomédico) en el diagnóstico de esos cuadros sintomáticos. En ese contexto surge, en el seno de la especialidad de reumatología, la etiqueta diagnóstica fibromialgia.

---

19. La ausencia de estudios sobre el papel que desempeñan los roles sociales en la aparición y desarrollo de la fibromialgia no resulta extraña dentro de un modelo como el de la medicina científico-occidental, caracterizado por una aproximación biologicista e individualista a la enfermedad. No ocurre lo mismo en el caso del sexo: la práctica inexistencia de trabajos en los que se tengan en cuenta variables relacionadas con el sexo pone de manifiesto el poco interés existente en encontrar una explicación para estas diferencias en la aparición del síndrome. BARKER, K.: *The story of fibromyalgia. Medical authority and women's worlds of pain*, Philadelphia, Temple University Press, 2005.

20. La fibromialgia comparte muchos rasgos clínicos y sociales con otras «expresiones de malestar» medicalizadas y que, en ocasiones anteriores, han dado lugar a padecimientos análogos que se han denominado neurastenia, histeria, fibrositis, dolor miofascial o reuma psicógeno.

Pero la creación del nuevo síndrome no ha servido ni para disminuir la arbitrariedad diagnóstica, ni para corregir el artefacto de género.

Los problemas con los criterios diagnósticos han hecho que la fibromialgia haya sido una entidad marcada desde su inicio por la polémica. La elección de éstos fue criticada desde su publicación por ser un razonamiento tautológico ya que se basó en un estudio en el que se confirmó como criterio diagnóstico específico la existencia de una palpación dolorosa en determinados puntos sensibles, en una muestra de pacientes previamente diagnosticados como fibromiálgicos en función de dichos puntos<sup>21</sup>.

Además, este criterio, el dolor generalizado o moderado, en al menos 11 de los 18 puntos sensibles, que se consideraba más representativo para diagnosticar el síndrome, sólo presenta una sensibilidad diagnóstica del 88,4% y una especificidad del 81,1%<sup>22</sup>. La poca especificidad y sensibilidad de este criterio supuso que ya en 1992 los propios autores del documento del ACR planteasen la necesidad de flexibilizar su uso en la práctica clínica, quedando la presencia de los puntos gatillo sólo con fines de investigación<sup>23</sup>. Posteriormente, otros estudios han presentado la aparición de estos puntos sensibles en otras muchas situaciones de malestar físico y psicológico que van desde el fallo cardíaco congestivo hasta la pobreza.

Este hecho, junto a la dificultad para encontrar una explicación causal, un marcador biológico objetivo o un tratamiento efectivo para la misma, ha supuesto que en los últimos años el discurso sobre la fibromialgia elaborado por los propios reumatólogos se desmarque de la propuesta de los años noventa, pasando a considerarse más como un constructo clínico que como una entidad nosológica<sup>24</sup>.

Además, la elección de los criterios ya constituyó un claro ejemplo de feminización de la enfermedad. Se utilizaron, como criterios diagnósticos, síntomas que eran más frecuentes en uno de los sexos, ya que los puntos sensibles o puntos gatillo son mucho más frecuentes en mujeres que en hombres, mientras

- 
21. GODFREY, J.: «Toward optimal health: The experts discuss fibromyalgia», *Journal of Women's Health*, 9 (2000), pp. 1055-1060. WHITE, M.; LEMKAU, J.; CLASEN, M.: «Fibromyalgia: A feminist biopsychosocial perspective», *Women and Therapy*, 23 (2001), pp. 45-58.
  22. WOLFE, F.; SMYTHE, H.A.; YUNUS, M.B.; BENETT, R.M.; BOMBARDIER, C.; GOLDENBERG D.L.: Op. cit., p. 161.
  23. WOLFE, F.: «The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: evidence that fibromyalgia is a not discrete disorder in the clinic», *Annals of Rheumatic Diseases*, 56 (1997), pp. 268-271. WOLFE, F.: «Stop using the American collage of Rheumatology criteria in the clinic», *Journal of Rheumatology*, 30 (2003), pp. 1671-1672.
  24. De forma ideal una entidad nosológica tendría una etiología conocida (etiopatológica) que causaría lesiones (anatomopatológicas) y disfunciones (fisopatológicas). Por ello, la fibromialgia, desde este sistema de clasificación tiene muchas dificultades para ser considerada una entidad nosológica. Ante esta situación varios autores han propuesto que la fibromialgia sólo sirve para clasificar, en la clínica, a un conjunto de personas con dolor crónico e idiopático pero que no es posible relacionarlas con ninguna entidad morbosa en particular. WOLFE, F.: «The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables...», op. cit., pp. 268-271. BALLINA, E.J.: Op. cit., p. 112.

que el dolor generalizado es sólo 1,5 más frecuente en mujeres<sup>25</sup> y, además, se validaron en una muestra compuesta fundamentalmente por mujeres<sup>26</sup>.

Esta elección sesgada de los criterios, junto con la diferente forma de expresar los síntomas que existe entre mujeres y hombres<sup>27</sup>, y la expectativa médica de que se presenten en una mujer, pueden explicar la conversión «estadística» de la fibromialgia en una enfermedad femenina<sup>28</sup>.

## 2.1. Las hipótesis sobre la causa

La fibromialgia, como hemos comentado con anterioridad, es una enfermedad de etiología desconocida. Las hipótesis causales planteadas hasta el momento no han resultado fructíferas. La dificultad para elaborar una hipótesis que se pueda verificar se debe, en parte, a que a los síntomas de dolor generalizado y los puntos sensibles se le han añadido, a lo largo de los años, gran cantidad de síntomas físicos y psíquicos que resultan imposibles de explicar conjuntamente de forma coherente<sup>29</sup>.

Por otro lado, los valores implícitos de género de la propia medicina con respecto a la psicología femenina han contribuido a privilegiar un tipo de explicaciones que han sesgado en parte los estudios empíricos sobre la fibromialgia.

Por ello, aunque se han planteado hipótesis sobre la posible etiología orgánica del síndrome como la alteración del sistema inmune o muscular, las infecciones o, más recientemente, las alteraciones neurológicas y genéticas, en la literatura médica son más prevalentes las hipótesis psicológicas o comportamentales<sup>30</sup>. Éstas, además, son apoyadas por aquellos que plantean la causa

25. GODFREY, J.: Op. cit., p. 1057.

26. Este estudio se realizó sobre una muestra de 293 pacientes de los cuales el 88,7% eran mujeres. WOLFE, F.; SMYTHE, H.A.; YUNUS, M.B.; BENETT, R.M.; BOMBARDIER, C.; GOLDENBERG, D.L., et al.: Op. Cit., p. 161.

27. VAN WIJK, G.; KOLKA, M.: «Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory», *Social Science and Medicine*, 45 (1997), pp. 231-246. BARSKY, A.; PEEKNA, H.; BORUS, J.: «Somatic symptoms reporting in women and men», *Journal of General Internal Medicine*, 16 (2001), pp. 266-275.

28. GODFREY, J.: «Toward optimal health: The experts discuss chronic pain», *Journal of Women's Health*, 11 (2002), pp. 341-345. WERNER, A.; MALTERUD, K.: «It is a hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors», *Social Science and Medicine*, 57 (2003), pp. 1409-1419.

29. Los listados de síntomas asociados a la fibromialgia recogen gran variedad de alteraciones físicas y psicológicas como: rigidez en las extremidades superiores o inferiores, alteraciones del ritmo intestinal, el fenómeno de Raynaud, sequedad bucal, astenia, depresión, ansiedad, estrés, la presencia de otros síndromes funcionales, dispepsia, incontinencia urinaria, dolor de cabeza, movimientos paroxísticos de las extremidades, en especial de las piernas, dificultad de concentración y dificultad para recordar cosas, el aumento de la sensibilidad táctil, escozor generalizado, acúfenos, fosfenos y algunos síntomas neurológicos de incoordinación motora. ALEGRE, C.; RAMENTOL, M.; BERGA, S.: «Fibromialgia», en J. Paulino Tevar: *Reumatología en Atención Primaria*, Madrid, Aula Médica, 2001, pp. 501-512. VILLANUEVA, VL.; VALÍA JC.; CERDÁ G.; MONSALVE V.; BAYONA MJ.; DE ANDRÉS J.: «Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión», *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11 (2004), pp. 430-443.

30. BARKER, K.: Op. cit., pp. 29-38.

biológica ya que siempre hacen referencia a la multicausalidad del síndrome y la necesidad del planteamiento biopsicosocial en el tratamiento de la misma, al que no se recurre en el caso de enfermedades en las que se ha constatado un origen somático<sup>31</sup>.

En el caso de la fibromialgia, basándose en la ausencia de lesiones estructurales y ante la supuesta presencia de anomalías psicológicas y conductuales en las personas que la padecen, muchos autores han dado por hecho que el origen de la misma es psiquiátrico.

«Suele tratarse de enfermos psiquiátricos, que se encuentran a sí mismos muy incapacitados y con muy baja calidad de vida.»<sup>32</sup>

«La abigarrada historia clínica, la sintomatología imprecisa, los trastornos del humor, los déficit cognitivos y las psicopatologías asociadas nos inclinan a considerarla una enfermedad psiquiátrica.»<sup>33</sup>

En algunos casos se considera que la fibromialgia se debe a la existencia de trastornos psiquiátricos en los que el dolor se produce por la conversión del síntoma psíquico en físico<sup>34</sup>:

«... estos pacientes presentan problemas psicosociales y trastornos psiquiátricos, como depresión, ansiedad, somatizaciones, fobias, y trastornos de pánico. A menudo tienen estados distímicos o depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos obsesivos compulsivos y trastornos fóbicos, pueden presentar concomitantemente afecciones de dependencia de alcohol y medicamentos, e incluso tienen diversos trastornos de personalidad.»<sup>35</sup>

En otros, simplemente, a que existen tipos/rasgos de personalidad que hacen que las personas que los poseen sean más susceptibles de padecerla:

«En general, los pacientes con fibromialgia han tenido más trastornos emocionales, un repertorio más escaso de estrategias para afrontar el dolor, una red de relaciones sociales mucho más escasas y vínculos sociales mucho más negativos que el resto de la gente.»<sup>36</sup>

Pero, independientemente de cual sea la hipótesis etiológica, en los casos en los que se apunta a los factores psicológicos como causa de la fibromialgia no se describe el proceso por el cual éstos generan la enfermedad. Es decir, no se explica cómo se relacionan causalmente los factores psicológicos y el dolor, o si se hace es siempre de forma vaga e imprecisa:

---

31. YUNUS, M.B.: «Gender differences in fibromyalgia and other related syndromes», *The Journal of Gender-specific Medicine*, 5 (2002), pp. 42-47.

32. BALLINA, F.J.: Op. cit., p. 114.

33. ALEGRE, C.: «Reflexiones sobre fibromialgia y la utilidad de elaborar un documento de consenso para su diagnóstico y tratamiento», *Reumatología Clínica*, 2-Supl 1(2006), p. 1.

34. HODGKISS, A.: «From Lesion to Metaphor. Chronic Pain in British, French and German Medical Writings, 1800-1914», *Clio Medica*, 58 (2000), pp. 1-218.

35. GARCÍA-BARDÓN, F.; CASTEL-BERNAL, B.; VIDAL-FUENTES, J.: «Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención», *Reumatología Clínica*, 2-supl 1 (2006), pp. 38-43.

36. *Ibíd.*, p. 39.

«La ansiedad crónica produce tensión muscular y aumento de la receptividad o disminución de la tolerancia al dolor, así como mantenimiento del ‘sentimiento doloroso’, una vez cesado el estímulo nociceptivo.»<sup>37</sup>

Es interesante destacar, además, que aunque en múltiples estudios se ha evidenciado que no existen ni una patología psiquiátrica, ni un perfil psicológico específico, ni una respuesta emocional diferente, en los textos de medicina se siguen haciendo alusiones a las causas psicológicas como las más plausibles para explicar el síndrome<sup>38</sup>.

Por otro lado, mientras que en el caso de las mujeres la fibromialgia se explica en términos psicósomáticos, en el caso de los hombres no se considera que exista una relación entre sus características psíquicas y la fibromialgia. Por ejemplo, a pesar de que algunos estudios plantean que no existen diferencias en las escalas psicológicas para la depresión, la ansiedad y el stress, en el caso de los hombres las características psicológicas no se consideran tan importantes como en el caso de las mujeres<sup>39</sup>.

Los hombres, en líneas generales, resultan invisibles en la definición y descripción de la fibromialgia, pero cuando aparecen lo hacen como excepciones, como formas más graves de enfermedad, y presentan una sintomatología y etiología diferente para su padecimiento en la que priman las explicaciones de tipo biológico<sup>40</sup>.

En cualquier caso, en el desarrollo de las hipótesis, tanto biológicas como psicológicas, casi nunca aparece de forma explícita la referencia al sexo o al género de las personas que lo padecen como factor causal, desencadenante o coadyudante. Esa «presente ausencia» del sexo y el género en la idea de fibromialgia, como la denomina Kristin Barker, es una muestra más del desinterés médico por la etiología y, por tanto, la solución de un «síndrome femenino»<sup>41</sup>.

37. *Ibid.*, p. 39.

38. PASTOR, M.A.; LOPEZ, S.; RODRIGUEZ, J.; JUAN, V.: «Evolución en el estudio de la relación entre los factores psicológicos y fibromialgia», *Psicothema*, 7 (1995), pp. 627-639.

39. YUNUS, M.B.; CELIKER, R.; ALDAG, J.C.: «Fibromyalgia in men: comparison of psychological features with women», *Journal of Rheumatology*, 31 (2004), pp. 2464-2470.

40. Las explicaciones causales se justifican ‘físicamente’ en hombres y en niños, como, por ejemplo, a través de trastornos del sueño (apnea obstructiva), déficit en la hormona del crecimiento, las infecciones, o hiperlaxitud articular. BUSKILA, D.; NEUMANN L.; HALÁOSLE, A.; ABU SHAKRAM, A.: «Fibromyalgia syndrome in men», *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 30 (2000), pp. 47-51. Además, cuando la fibromialgia se presenta en varones se plantea como una forma más grave de la enfermedad, confirmando la hipótesis planteada por algunas autoras sobre la tendencia a considerar como más graves y a tomar con mayor seriedad los síntomas presentes en hombres que en mujeres. MALTERUD, K.: «The (gendered) construction of diagnosis interpretation of medial signs in women patients», *Theoretical Medicine and Bioethics*, 20 (1999), pp. 275-286. MIQUEO, C.: «Genealogía de los sesgos de género en la ciencia y práctica médica contemporánea», en J. Martínez, M.I. Porras, P. Samblás, M. del Cura (coords.): *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*, Cuenca, Universidad de Castilla la Mancha, 2004, pp. 45-66.

41. Por ejemplo, de los 139 artículos recuperados con el descriptor fibromialgia en la base de datos IME, tan sólo uno estaba relacionado directamente con una variable de género/sexo (menopausia) frente a los 20 centrados en los aspectos psicológicos y psicopatológicos del síndrome.

## 2.2. La caracterización de la enferma

El tipo de hipótesis utilizadas, junto con la elección sesgada de las muestras de pacientes, han determinado en gran medida el campo de investigación de la fibromialgia y la caracterización del «sujeto tipo», definiendo quiénes son las personas susceptibles de padecerla.

En la literatura médica se presenta *ser mujer* como principal factor de riesgo para padecer una fibromialgia.

«Como factores de riesgo debemos considerar el ser mujer, divorciada, con una edad superior a 50 años, obesidad, el haber padecido un traumatismo de tipo latigazo cervical, supresión de tratamiento con corticoides y antecedentes de abuso sexual en la infancia.»<sup>42</sup>

«... se ha visto como antecedentes importantes de la fibromialgia el sexo femenino, las experiencias adversas durante la infancia (particularmente los abusos sexuales y el aprendizaje de comportamientos maladaptativos), así como la victimización de adultos, con la consecuente *incapacidad para manejar los avatares de la vida diaria.*»<sup>43</sup>

En cuanto a la caracterización psicológica, que en la mayoría de los casos se presenta de forma encubierta, se tiende a representarlos como personas frágiles, tendentes a exagerar sus síntomas y con poca tolerancia al estrés, y a situar en esos rasgos de personalidad el origen del cuadro<sup>44</sup>. Por otro lado, sea cual sea el rasgo psicológico, incluso en casos en los que son rasgos opuestos, las características psicológicas justifican la aparición del síndrome<sup>45</sup>.

«El síndrome de fibromialgia primaria es especialmente frecuente en jóvenes sanas con tendencia a ser *depresivas, ansiosas y luchadoras.*»<sup>46</sup>

En el caso de las mujeres, las características de independencia, autonomía y objetividad se consideran anómalas; por otro lado, las de dependencia, sumisión y sentimentalismo, consideradas más «propias» de la mujer, también las sitúan en el borde de la enfermedad<sup>47</sup>.

## 2.3. Otras formas de feminización

Otras formas más sutiles de feminización del síndrome pasan por la redacción gramatical y la iconografía en los libros de texto y otros materiales médicos. Aunque, en un principio, los términos utilizados para la definición son

---

42. ALEGRE, C.; RAMENTOL, M.; BERGA, S.: Op. cit., p. 502.

43. GARCÍA-BARDÓN, F.; CASTEL-BERNAL, B.; VIDAL-FUENTES, J.: Op. cit., p. 40.

44. GREENHALGH, S.: *Under the medical gaze. Facts and fictions of chronic pain*, Berkeley, California Press, 2001.

45. Existe un «doble estándar» en la consideración de los síntomas en hombres y mujeres, ya que no se valoran de la misma forma los mismos rasgos de personalidad en ambos sexos a la hora de describir el comportamiento normal/anormal. CHESLER, P.: *Women and madness*, New Cork, Doubleday, 1972.

46. BERKOW, R. et al. cif. en PEREZ SEDEÑO, MC.: Op. cit., p. 265.

47. Esta situación se debe a que el modelo de equilibrio psicológico, y por tanto el de normalidad, siempre ha estado representado por las características propias de la personalidad masculina. RUIZ, MJ.; JIMENEZ, I.: «Género, mujeres y psiquiatría», *Frenia*, 3 (2003), pp. 7-29.



Figura 1

de texto médicos pero también en publicaciones divulgativas y de las propias asociaciones de enfermos. La señalización de los puntos gatillo sobre cuerpos de mujeres ha sido la forma dominante de representación iconográfica de la enfermedad sobre todo durante los años noventa. En los últimos años, sin embargo, cada vez son más frecuentes las ilustraciones de cuerpos o figuras sin sexo, como la que utiliza, por ejemplo, la Fundación Internacional del Dolor (Figura 2).

También se la relaciona con otros síndromes funcionales como el de intestino irritable, la cefalea tensional o el de piernas inquietas, más presentes en mujeres. Y con otros problemas femeninos como el síndrome premenstrual, la dismenorrea o la menopausia lo que sirve a su vez para justificar otros diagnósticos y naturalizar un tipo de síntomas.

### 3. CONCLUSIONES

Como conclusión podríamos decir que el discurso académico sobre la fibromialgia, al abrigo de la pretendida objetividad científica, ha magnificado la posible etiología psicológica, la prevalencia y la presentación del cuadro clínico en las mujeres, incorporando y reproduciendo en su discurso los valores y prácticas sobre género hegemónicos en la medicina y en la sociedad.

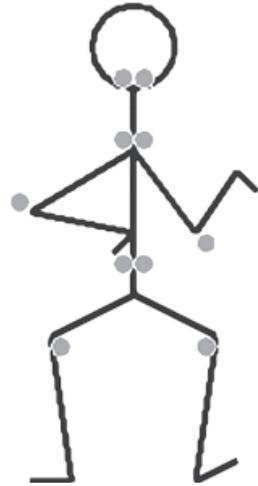


Figura 2

48. Una forma de negar la existencia de un sesgo de género en la realización de los estudios es no hacer explícito el número de hombres y mujeres que componen la muestra o seleccionar el número de hombres y mujeres según el porcentaje en que se estima aparecen en la población con lo cual se controla la variable sexo, por lo que desaparece del estudio como variable explicativa.

Esta conceptualización de la enfermedad tiene consecuencias de diversos tipos. Por un lado, la producción de un importante sesgo de género en el diagnóstico, sobrediagnóstico en mujeres e hipodiagnóstico en hombres, que afecta al conocimiento de la distribución epidemiológica «real» de este tipo de dolor crónico. Por otro, el que se considere una enfermedad femenina incide en el esfuerzo desarrollado en la investigación de las causas del síndrome. Además, su psicologización dificulta la exploración de otras hipótesis diagnósticas y deslegitima la presencia de los síntomas repercutiendo en el estatus de la enfermedad.