

Quaderns

de ciències socials

Núm.13

segona època
2009

**El proceso
de la enfermedad
desde el enfoque
de género**

M^a Eugenia González Sanjuán

UNIVERSITAT
DE VALÈNCIA 

Facultat de Ciències Socials

EDITA:

VNIVERSITAT (G) (G)
D VALÈNCIA

Facultat de Ciències Socials

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Antonio Santos Ortega (Juan.A.Santos@uv.es) (Coord.)
Federico López Mora (Federico.Lopez@uv.es)
Carlos Ochando Claramunt (Carlos.Ochando@uv.es)
Susana Sánchez Flores (Susana.Sanchez@uv.es)
Mercedes Martínez Iglesias (Mercedes.Martinez@uv.es)

Quaderns de Ciències Socials

Facultat de Ciències Socials
Edifici Departam. Occidental
(Entreplanta-Deganat)
Avda. Tarongers s/n
46022 - València
e-mail: Quaderns@uv.es
<http://www.uv.es/quaderns>

DEPÓSITO LEGAL:

V-906-2005

ISSN:

1696-1676

DISEÑO E IMPRESIÓN:

Imag Impressions, S.L. Benifaió.

PRESENTACIÓN

Quaderns de Ciències Socials es una publicación cuatrimestral de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Valencia. Su objetivo preferente es divulgar las investigaciones realizadas en el seno de las titulaciones que agrupa la mencionada Facultad y, consiguientemente, en sus diversas áreas de conocimiento -Sociología, Derecho del Trabajo y Seguridad Social, Economía Aplicada, Organización de Empresas y Trabajo Social-. A pesar de esta preferencia, la revista está abierta a toda la comunidad universitaria y a otros autores externos a la Universidad de Valencia.

Esta publicación pretende dar a conocer y difundir los resultados de investigación mediante un doble proceso que conjugará, por una parte, la edición y, por otra, la discusión de dichos resultados. Para ello se seguirá el siguiente procedimiento:

- Selección de los trabajos de investigación y **publicación del número de Quaderns**.
- Convocatoria de un **seminario de trabajo** en la que se presentará y discutirá la investigación publicada. Esta reunión será convocada por el Consejo de Redacción y anunciada en el propio ejemplar de la publicación y a través de carteles. Generalmente, la sesión se celebrará en el plazo del mes siguiente a la publicación del cuaderno y su estructura será la de un seminario abierto, con una breve exposición inicial por parte de los autores publicados y el posterior debate. A estas reuniones se convocará a todos los miembros de la Facultad, aunque la invitación se hará extensiva a todos los interesados mediante su difusión en diferentes medios de comunicación.

Quaderns de Ciències Socials aspira a convertirse en un medio para la publicación de los primeros resultados de proyectos de investigación recientemente concluidos o en curso de realización, así como de investigaciones vinculadas a Tesis Doctorales u otros trabajos de investigación en el marco del Tercer Ciclo. Confiamos en que esta línea de trabajo de ***Quaderns*** sea atractiva, recoja vuestra atención y pueda potenciar la transmisión de resultados de investigación entre diferentes áreas y afianzar la participación de todos.

RESUMEN

El presente artículo trata de desvelar los condicionantes de género en el estado de salud, en la prevalencia de determinadas patologías y en el propio proceso de enfermedad. A partir, fundamentalmente, de las estadísticas, de una encuesta de salud y de entrevistas, el análisis avanza de las cifras a los discursos, de los indicadores objetivos a las vivencias personales. El estudio de la trayectoria de enfermedad se realiza sobre la fibromialgia, una dolencia muy desconocida, que mayoritariamente afecta a las mujeres, por lo que podría constituir un caso paradigmático de la construcción de género y de los sesgos androcéntricos en la ciencia médica.

Palabras Clave: salud, enfermedad, género.

ABSTRACT

This article tries to reveal the gender determining factors in health condition, on the prevalence of certain diseases and in the disease process itself. Taking as our main starting points, statistics, a health survey and interviews, the analysis progresses from figures to discourses, from objective indicators to personal experiences. The study of the disease development is done on fibromyalgia, a big unknown disease, which mainly affects women, so it could be a paradigmatic case of the gender construction and the androcentric biases in the medical science

Key words: health, disease, gender.

SUMARIO

INTRODUCCIÓN

Primera parte: Planteamiento de la Investigación.

1. Problema y objetivos del estudio.
2. Marco teórico.
 - 2.1. La salud.
 - 2.2. El género.
 - 2.3. La relación entre salud y género.
3. Hipótesis y metodología.

Segunda parte: Análisis y Conclusiones.

4. Lo que dicen las estadísticas: los indicadores básicos.
 - 4.1. La esperanza de vida.
 - 4.2. La mortalidad.
 - 4.3. La morbilidad hospitalaria.
5. Lo que dicen las encuestas: ¿cuánta salud?
 - 5.1. Estado de salud y sus determinantes.
 - 5.2. Estilos de vida.
 - 5.3. Problemas de salud.
6. Lo que dicen los discursos: la producción social de la enfermedad.
 - 6.1. La fibromialgia: una enfermedad silenciosa y enigmática.
 - 6.2. La experiencia de la enfermedad: el rol de enfermo/a.
 - 6.3. La atención sanitaria: el rol de paciente.
 - 6.4. Apoyo y percepción social: duele más la incompreensión que la enfermedad.
7. Conclusiones y reflexiones finales.

Bibliografía citada.

El proceso de la enfermedad desde el enfoque de género *

M^a Eugenia González Sanjuán

Universitat de València

INTRODUCCIÓN

“Asumía el dolor, más que como una enfermedad, como algo natural, consustancial al hecho de ser mujer”.

Manuela de Madre, *Vitalidad crónica* (2005: 56).

Es sobradamente conocido que las mujeres viven más años que los hombres. En España, la esperanza de vida al nacimiento asciende en 2005 a 83,5 años para las mujeres y a 77,0 para los hombres. También se sabe que las mujeres españolas registran tasas de mortalidad general inferiores a los hombres, con unos valores en 2007 de 8‰ y 9‰, respectivamente; al igual que sucede con la mortalidad infantil, pues antes de los 12 meses de vida fallecieron el 3,2‰ de las niñas y el 3,7‰ de los niños¹. Así mismo, las estadísticas españolas manifiestan otra constante: las mujeres ingresan menos en los centros hospitalarios y permanecen menor número de días².

Estos indicadores inducen a pensar que el sexo femenino está más sano. Sin embargo, sistemáticamente, las encuestas reflejan que las mujeres se sienten peor en todas las edades, presentan más problemas o enfermedades crónicas, más discapacidades, acuden más a las consultas médicas y consumen más fármacos.

* Este artículo es una síntesis de la tesis doctoral defendida en noviembre de 2007. Para su realización disfruté de dos becas de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, dispuse de la base de datos de la Encuesta de Salud que realiza la Conselleria de Sanidad y conté con la colaboración desinteresada de la Asociación Valenciana de Afectados de Fibromialgia. A las personas que dirigen la asociación, a las profesionales y a las enfermas y enfermos, muchas gracias, siempre estaré en deuda con ellos.

1 Estas cifras proceden de las estadísticas sobre Las Mujeres en España, Instituto de la Mujer.

2 Entre los años 2000 y 2007 el 49,2% de los ingresos fueron de población femenina, lo que significa anualmente alrededor de medio millón menos de ingresos que los varones, y la estancia media en los hospitales fue de 7 días en las pacientes y de 8 en los pacientes (Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, Instituto Nacional de Estadística).

Los datos, pues, son paradójicos, producto de una serie de determinantes que hay que descubrir. Sin eludir la importancia de las diferencias biológicas, el presente estudio se propone mostrar la capacidad explicativa de las diferencias y/o desigualdades producidas socialmente, y la necesidad de incorporar la perspectiva de género para disponer de una imagen más completa y compleja de la salud de hombres y mujeres.

El trabajo se expone siguiendo las distintas fases que componen la investigación, desde su concepción inicial hasta las conclusiones. Está estructurado en dos grandes partes: la primera presenta el problema y los objetivos de la investigación, los fundamentos teóricos, la hipótesis general y la estrategia metodológica utilizada para su contrastación, cuyo diseño se detalla y argumenta. La segunda parte analiza los resultados obtenidos en el marco de la sociedad valenciana, en torno a tres ejes: en primer lugar, las diferencias por sexo que reflejan las estadísticas oficiales; en segundo lugar, las diferencias que arrojan las encuestas; en tercer lugar, las diferencias que se manifiestan en la producción social de la enfermedad. El estudio se cierra con unas conclusiones y reflexiones finales.

PRIMERA PARTE: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1. PROBLEMA Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

La enfermedad es un fenómeno universal que no afecta en el mismo grado o de la misma manera a varones y mujeres. La explicación no es sencilla, pues la distinta morbilidad y calidad de vida resulta de la combinación de factores biológicos y de factores socioculturales que inciden en la posición social de cada sexo y en los modelos de masculinidad y feminidad.

Sin embargo, la construcción social del sexo biológico o diferencias de género es una línea de análisis escasamente explotada en el campo sanitario. Esta perspectiva, que trata de poner de manifiesto los efectos de la desigualdad, ha denunciado los múltiples sesgos androcéntricos que aún permanecen en la investigación y en la práctica médica, pero apenas se ha detenido en el estudio procesual de la enfermedad, por lo que constituye el problema fundamental de esta investigación.

Los objetivos que se proponen acerca de este objeto de estudio son los siguientes:

Primero, descubrir si existen diferencias de género en la producción de la salud y de la enfermedad. Se trata de averiguar cómo influye en la salud el hecho de pertenecer a un sexo u otro debido a lo que socialmente significa ser hombre o mujer.

El segundo objetivo consiste en desvelar si se producen desigualdades de género,

es decir, si las mujeres se sitúan en una posición desfavorable como consecuencia de la diferente relación con el mercado de trabajo y de las asimetrías en las responsabilidades domésticas, en la asunción de cargas familiares, y en la variedad y cantidad de recursos disponibles. Ahora bien, demostrar la idoneidad del paradigma de género para comprender en qué, cómo y por qué difieren hombres y mujeres en la vivencia de la enfermedad, no significa que se considere el género como la única variable que va a influir en esta experiencia y se reste valor a otras. Es más, es preciso introducirlas para ponderar debidamente el equilibrio entre unos factores y otros, y romper con la uniformización que sobre las mujeres muchos análisis realizan.

En consecuencia, el tercer objetivo del estudio es averiguar si existen desigualdades intragénero. Para ello se deben examinar las diferencias en personas del mismo sexo en función de la edad, la formación académica, el tipo de trabajo, el nivel de ingresos, la estructura familiar, etc. Variaciones que resultan de las diferencias en las condiciones de vida y que atraviesan y profundizan las desigualdades de género.

También se podrían señalar unos objetivos secundarios o derivados que orientan este trabajo, especialmente, mostrar que la perspectiva sociológica proporciona un marco conceptual y metodológico que enriquece el conocimiento del proceso de enfermedad.

El estudio, pues, adopta un enfoque sociológico y de género en la descripción, análisis e interpretación de las diferencias y desigualdades. Como se ha indicado, en absoluto trata de sustituir el reduccionismo biologista, tan común en la ciencia médica, por un reduccionismo sociologista o cultural. No cabe duda de que la investigación del proceso salud-enfermedad precisa de un marco interdisciplinar, ya que sólo una visión multidimensional puede aportar el modelo adecuado.

En definitiva, género y salud son dos construcciones sociales, ver la incidencia de la primera sobre la segunda es el objetivo fundamental de esta investigación, que se comprobará en el ámbito de la sociedad valenciana. Para caminar hacia este objetivo, se dispone de teorías y métodos que la sociología ha ido acumulando.

2. MARCO TEÓRICO

Todo problema científico debe imbricarse en una teoría que defina los conceptos, encuadre las hipótesis, decida lo que se debe observar y explique y dé sentido a los hechos empíricos. Se comenzará por las teorías de la salud para pasar después a las teorías del género y, finalmente, se abordará la interacción encontrada entre salud y género.

2.1. LA SALUD

La investigación empírica sobre los determinantes sociales de la salud se inicia en sociología con los trabajos de la Escuela de Chicago, antecedentes inmediatos de la sociología de la salud. Pese a los avatares en los que ésta se ha visto inmersa, progresivamente han ido conformándose distintos enfoques teóricos, dos de ellos especialmente útiles para el objeto de estudio: el conflictivismo y el interaccionismo simbólico. El modelo conflictivista porque constituye un enfoque adecuado para el análisis de las desigualdades en salud, en tanto que concibe la salud y la asistencia sanitaria como bienes a los que se accede diferencialmente. El interaccionista porque aporta un modelo apropiado para estudiar la enfermedad como proceso mediado socialmente, con sus etapas, alteraciones y desajustes en la vida cotidiana.

Por lo que se refiere a las desigualdades en salud, los estudios muestran extraordinarias diferencias en los niveles de salud de los distintos estratos socio-económicos³. Sin embargo, las teorías que explican las diferencias de clase son insuficientes para interpretar las diferencias entre hombres y mujeres, pues ignoran la influencia de las formas de trabajo no mercantiles y entienden el bienestar como una realidad relacionada con los flujos monetarios. Tales carencias han sido mostradas en los estudios sobre desigualdades en salud con enfoque de género, que se preocupan por la influencia de los papeles sociales de las mujeres y reclaman la integración del análisis de los roles con enfoques más estructurales.

Las investigaciones que conjugan ambas perspectivas revelan cómo la situación de las mujeres está configurada por la realidad familiar y la de clase social de forma conjunta, e informan que tienen mejor salud quienes ocupan posiciones favorables en el hogar y en el mercado de trabajo y peor quienes están en una mala posición en ambos mundos, es decir, las que sufren sobrecarga doméstica unida al desempleo (Popay et al., 1993; Emslie et al., 1999).

Por su parte, el estudio procesual de la enfermedad ha observado modelos característicos de comportamiento o conducta de enfermedad⁴, y ha permitido elaborar diferentes clasificaciones, a modo de tipos ideales, basadas en una sucesión de etapas. Sin duda, son un instrumento muy útil con fines descriptivos y analíticos. El primer intento de describir el proceso de la enfermedad fue realiza-

3 Townsend y Davidson, 1982; Navarro y Benach, 1996; Wilkinson y Marmot, 1999; Regidor, 2002; Virtanem et al., 2005.

4 Condicionada por actitudes y valores culturales, los cambios en el organismo, el peligro percibido, la interferencia en lo cotidiano, los grupos de pertenencia, la clase social o el sexo (Mechanic, 1995: 1208).

do por Barker en 1946 y revisado y ampliado por Lederer más tarde (Coe, 1979: 131-132). Pero fue Edward A. Suchman (1965) quien propuso una clasificación más elaborada que las anteriores, que representa la base de los modelos actuales (Spector, 2003: 27-29).

Sintéticamente, el proceso comienza con la percepción de los síntomas, un momento fundamental porque condicionará la definición que el propio individuo hace de sí mismo como enfermo. Ante la persistencia de malestar y el miedo al diagnóstico de una enfermedad grave, se inicia el autotratamiento. Si los síntomas permanecen o se acentúan, se adopta entonces el rol de enfermo, que implica el reconocimiento como tal por parte de su entorno. El contacto con los servicios de salud marca el paso a la siguiente etapa, en la que el presunto enfermo necesita saber si realmente lo es, el por qué de su malestar y el significado de su enfermedad; es decir, busca información, tratamiento y, lo que es más importante desde un punto de vista social, la certificación oficial de su rol de enfermo. El rol de paciente se adopta cuando se admite el tratamiento terapéutico. Si paulatinamente la salud se recupera, comenzará la última etapa, la rehabilitación, en la que se reestablece el desempeño de las funciones temporalmente abandonadas⁵.

De las diferentes situaciones del proceso, el interés sociológico fundamental reside en conocer el papel de enfermo y el de paciente, cuestiones de las que Talcott Parsons fue indiscutible precursor⁶ (1984: 400-402). A pesar de las limitaciones del modelo parsoniano, la contribución de este autor ha sido innegable para el estudio del proceso de enfermedad, especialmente porque sus polémicas ideas promovieron investigaciones y debates que han contribuido al desarrollo teórico.

2.2. EL GÉNERO

Fue a mediados de los años setenta del siglo XX cuando el término género comienza a ser ampliamente utilizado como categoría científica para descubrir, describir, analizar y explicar el sistema de valores que cada cultura elabora en torno al dimorfismo sexual, convirtiéndose por ello en la herramienta analítica central de la perspectiva feminista⁷.

5 Puede suceder que esa persona no llegue a abandonar nunca el rol de enfermo porque es central y permanente en su vida (enfermedad crónica). Ya no “está enferma”, sino que “es una enferma”.

6 Atribuye cuatro rasgos al rol de enfermo: involuntariedad, exención de las obligaciones habituales, deber de buscar ayuda técnica competente y obligación de cooperar para reestablecerse.

7 Con anterioridad, las obras de Virginia Wolf, de Margaret Mead o de Simone de Beauvoir no habían logrado que el estudio de la elaboración cultural de la diferencia sexual saliera de la marginalidad intelectual, si bien estas dos últimas son directas predecesoras del feminismo de los años setenta (Mead, 1973; 1994; Beauvoir, 1981).

En un intento de discernir entre lo que es biología y cultura, se separan los conceptos de sexo y género, reservándose el primero para designar las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas de hombres y mujeres, y el segundo para denominar las normas sociales que establecen el comportamiento de ambos y cuyos rasgos pueden variar de una sociedad a otra, de una cultura a otra. De este modo, género es un concepto subordinado al sexo biológico, pues éste es la base sobre la que se prescriben roles, actitudes, comportamientos, pensamientos, sentimientos y, en definitiva, a partir del cual se institucionaliza el estatus social y las relaciones de poder y dominación entre hombres y mujeres. De ahí que el estudio de las diferencias y desigualdades de género represente un importante desafío para el conocimiento y transformación de las estructuras sociales.

Para explicar los orígenes fundacionales del género se han propuesto varias teorías (Barberá, 1998: 108-116). Quizá, la que mejor explica la compleja relación sexo-género es la teoría del construccionismo social formulada por Berger y Luckmann, (1968: 209). Según su sexo, el individuo aprende el legado cultural masculino o femenino que existe en toda sociedad, sus contenidos específicos en términos de normas, valores y actitudes, e incorpora las tipificaciones institucionalizadas en relación con las características adecuadas al propio sexo y al contrario. La construcción social resultante llega a ser admitida como una realidad objetiva y necesaria que ayuda a sostener la cultura dominante.

La importancia de los estudios de género ha ido reconociéndose progresivamente dentro de la vida intelectual y académica a lo largo de las últimas tres décadas. Actualmente conforma un área de conocimiento multidisciplinar, una teoría crítica que aporta una forma distinta de interrogar la realidad y emplea un sistema conceptual del que destacan dos conceptos básicos e inseparables: roles de género y patriarcado.

Los roles de género designan la atribución de papeles sociales a los sexos. Históricamente, los ámbitos de la actividad humana necesarios para nuestra supervivencia, es decir, la producción de bienes y servicios, de una parte, y las actividades vinculadas a la reproducción biológica de la especie, de otra, han sido ocupados de forma sexuada, dedicándose los hombres al trabajo productivo y las mujeres al reproductivo. Una división sexual del trabajo que ha consolidado espacios y actividades sociales claramente asociadas a uno u otro. Esta diferenciación de papeles no es en sí problemática, sino que el conflicto deriva de la jerarquización que se establece entre ellos, de la devaluación de las funciones asociadas a las mujeres, hasta tal punto que la diferencia y la desigualdad son indisolubles.

La asignación de papeles, obligaciones y responsabilidades a cada sexo fomenta la producción de diferencias comportamentales. Los roles de género funcionan como mecanismos cognoscitivos y perceptivos por los cuales la diferenciación biológica se convierte en diferenciación social que delimita los contenidos de la masculinidad y feminidad, incide en la identidad subjetiva y crea estereotipos (Martínez Benlloch y Bonilla Campos, 2000: 118).

Por su parte, el patriarcado representa el primer macroconcepto que acuña la teoría feminista para denominar el sistema social de dominación de los hombres en las relaciones económicas, sociales e ideológicas que sancionan y practican la inferioridad de las mujeres. Desde la perspectiva de género, el sistema patriarcal ha dominado la mayor parte de la historia reciente y ha legado un modelo de cultura androcéntrica o dominio de la visión del varón sobre el conocimiento y producción de la realidad. Por ello, desvelar el androcentrismo científico constituyó una prioridad⁸.

Hoy por hoy, el sistema sexo-género afecta a todos los ámbitos de la vida social y a todos los aspectos del comportamiento. El siguiente apartado presenta los principales hallazgos en el campo de la salud.

2.3. LA RELACIÓN ENTRE SALUD Y GÉNERO

“Centenares, miles, muchos miles de mujeres, para la ciencia médica, sucumben de esta o de la otra enfermedad; pero la ciencia social sabe que mueren de trabajo. Al triste fin prematuro contribuye además su espíritu de abnegación y ánimo paciente: convencida de que ha nacido para el sufrimiento, sufre toda la vida y hasta morir”.
Concepción Arenal, *El Pauperismo* (1897: 240-241).

Los efectos perniciosos del trabajo femenino y de los contenidos de la feminidad no constituyen un descubrimiento reciente. Lo que sí es novedoso es la aplicación de la perspectiva de género. Claramente, los múltiples sesgos de androcentrismo que se han encontrado en la medicina y las desigualdades en la atención informal a la salud, sitúan a las mujeres en una posición de desventaja.

El sistema médico-científico ha sido calificado como uno de los principales pilares sociales a la hora de producir y reproducir la subordinación de las mujeres en la sociedad. Y no parece exagerado a tenor de evidencias como las siguientes:

⁸ Prácticamente todas las disciplinas han sido exploradas por el feminismo, desvelándose los sesgos que ha originado que la ciencia haya sido producida exclusivamente por varones (Löwy, 2002: 42).

- Muchos ensayos clínicos se han realizado sólo en hombres⁹. Se ha supuesto que los problemas son similares entre ambos sexos y, consecuentemente, los resultados podían aplicarse a las mujeres, de tal manera que las actuaciones y protocolos diseñados para ellos se han hecho extensivos a la atención y tratamiento de ellas¹⁰.
- Los factores de riesgo detectados en varones se han extrapolado a las mujeres, desconsiderando factores de riesgo para la salud de ellas, como pueden ser los derivados del trabajo doméstico o la sobrecarga de trabajo -productivo y reproductivo-.
- Los sistemas de chequeo que se emplean en medicina preventiva o en salud laboral preventiva detectan la morbilidad prevalente entre los hombres, pero no descubren la existencia de problemas endocrinológicos o carencias de hierro, que son más comunes en la población femenina. Los problemas de salud laboral de las mujeres no se están valorando convenientemente (Messing, 1997: 134).
- La mayoría de las investigaciones sobre adicción a las drogas han ignorado a las mujeres, lo que ha conducido a dar por hecho que el uso de estas sustancias era básicamente un problema de hombres (Castillo Aguilera et al., 2003).
- Existe un sesgo de género en el diagnóstico y el tratamiento de algunas dolencias. A igualdad de patologías o sintomatología se tiende a explorar a fondo a los hombres y a prescribir ansiolíticos y antidepresivos a las mujeres. Esta discriminación está muy documentada en el caso de enfermedades cardiovasculares¹¹, patologías estadísticamente significativas en ambos sexos pero percibidas como más prevalentes en los hombres (Alfonso et al., 2006).
- Las enfermedades crónicas prevalentes entre las mujeres no han sido todavía bien estudiadas, como lo son las enfermedades autoinmunes, las endocrinológicas, las artritis o el dolor articular (Valls Llobet, 2001: 19).

9 Las mujeres han sido excluidas bajo los argumentos de prevenir el riesgo potencial de daño fetal o de evitar la confusión que podría derivarse de los cambios o tratamientos hormonales y del uso de anticonceptivos (Ruiz Cantero y Verdú Delgado, 2004: 120).

10 El popular estudio que demostró el efecto protector del ácido acetil-salicílico contra problemas cardiovasculares fue realizado sobre 22.000 hombres (Valls, 2001: 16).

11 Por ejemplo, las cardiopatías isquémicas se diagnostican más tardíamente y menos eficazmente en las mujeres. Es evidente que este retraso en el diagnóstico puede tener lamentables consecuencias.

- La mayoría de estudios sobre enfermedades de las mujeres se han centrado en la salud reproductiva, lo que con mucha frecuencia ha producido una obstétrico-ginecologización de la salud de las mujeres (Fuentes i Pujol, 2001: 226).
- En una importante proporción, médicos/as de atención primaria califican a sus pacientes femeninas de excesivamente “quejicas” al expresar sus problemas de salud, y a menudo catalogan sus enfermedades como psicopatológicas, lo que raramente se produce en los pacientes masculinos, cuyas demandas suelen estimarse más serias.
- Se supone, sin haberlo probado, que existen diagnósticos con más prevalencia entre las mujeres, como la depresión o la ansiedad. Pero sí se ha comprobado el bajo umbral que adoptan los profesionales médicos para identificar la depresión femenina cuando en las consultas sus pacientes refieren un estado de ánimo depresivo (Caro Gabalda, 2001: 262). Como consecuencia, reciben más ansiolíticos y antidepressivos.

Ante este cúmulo de discriminaciones que poco a poco se visibilizan y denuncian¹², la ciencia y práctica médica debe admitir que estudiar a los varones no es estudiar al ser humano, que las causas de enfermar y las formas de curar difieren entre hombres y mujeres, que los estereotipos de género en la asistencia médica conducen a que se dejen de revisar otros factores, y esta omisión puede producir graves errores de diagnóstico.

En definitiva, hombres y mujeres son diferentes, pero tratados como iguales en las actuaciones y protocolos, y cuando debieran considerarse iguales en la exploración y prescripción de fármacos, son tratados como diferentes. La práctica médica no tiene en cuenta la diferencia cuando procede y sí la introduce cuando no procede.

En relación con la atención informal a la salud que se realiza desde la familia, las desigualdades son muy notorias (Durán, 2002). El rol de género asigna funciones, actitudes y capacidades como propias de las personas según su sexo, y la supuesta idoneidad para el ejercicio del cuidado por parte de las mujeres las ha convertido en las verdaderas protectoras y cuidadoras de la salud en la esfera familiar¹³.

¹² Esta discriminación en contra de las mujeres no obsta para que en otras cuestiones se produzca una discriminación a favor de ellas. Un análisis realizado en Cataluña reveló que las pacientes contaban, de forma estadísticamente significativa, con un registro de datos de interés sanitario mejor que el de los varones, quizá debido a que expresan más sus síntomas y problemas (Sobrequés y Piñol, 2001).

¹³ El Estado del Bienestar no ha desplazado las responsabilidades asistenciales de las familias, como erróneamente se ha supuesto (Esping-Andersen, 2000: 78).

Las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud subrayan la necesidad de no perpetuar a las mujeres como agentes únicos de la salud familiar porque los cuidados entrañan riesgos para su salud física y mental. Es evidente que para modificar esta situación se deben redistribuir los cuidados¹⁴.

Así pues, en el acceso a la salud se interponen aún graves desigualdades entre mujeres y hombres. Hasta el punto de que los profesionales de la salud pública de los países miembros de la Unión Europea han apuntado que la desigualdad entre clases sociales y sexos es uno de los cuatro problemas prioritarios de la salud pública en España, junto con el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales (Weil et al., 1999).

La importancia del enfoque de género en el estudio de la salud ha sido reconocida por los responsables políticos de la sanidad española. Con la creación del Observatorio de la Salud de la Mujer, el gobierno español adquiere el compromiso de mejorar el conocimiento sobre las causas y dimensiones de las diferencias en salud entre ambos sexos y superar las desigualdades y las actitudes discriminatorias.

Como se indicó, hoy por hoy, el problema que aquí se investiga está insuficientemente abordado. Faltan estudios que valoren la influencia del género desde la óptica de la enfermedad como proceso. El apartado siguiente propone la hipótesis desde la que se pretende describirlo y explicarlo, y la metodología empleada para su verificación.

3. HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La hipótesis general que ha orientado la investigación mantiene que en los patrones de socialización diferenciales, en los modelos de masculinidad y feminidad y en el reparto de roles sexuales, se puede encontrar la respuesta a algunas de las desigualdades que surgen en el campo de la salud entre las mujeres y los hombres de la sociedad valenciana. De esta afirmación se han derivado un conjunto de hipótesis específicas o referidas a las dimensiones que han guiado el estudio.

Procede ahora indicar el diseño que se ha seguido para la recogida y análisis de las observaciones. Es innegable que una investigación orientada a conocer la dimensión objetiva y subjetiva de la salud/enfermedad exige el uso de métodos cuantitativos y cualitativos para abarcar ese doble rostro del objeto de estudio.

14 Esto significa que los servicios sanitarios no pueden seguir pidiendo a las mujeres la responsabilidad de ser las cuidadoras y exige que se incluya a los hombres con el mismo nivel de responsabilidad.

Eduardo Bericat, en su ensayo sobre la legitimidad científica de la integración de orientaciones metodológicas de distinta naturaleza, distingue tres estrategias posibles, que de menor a mayor grado de integración son: la complementación, la triangulación y la combinación. Mientras que la complementación emplea separadamente los métodos y produce dos miradas o imágenes en el marco de un mismo estudio, la triangulación implementa los métodos de modo independiente para después converger en los resultados, y la combinación integra un método en el otro, no existiendo independencia ni en el uso de los métodos ni en los resultados (1998: 35-39).

Según esta tipología, el presente estudio adopta la complementación y la triangulación. La complementación con el fin de llenar los vacíos informativos de cada método considerado individualmente, de penetrar en áreas inaccesibles con uno solo, y ello por varias razones. Primero, porque además de aportar datos y cifras, se persigue conocer la perspectiva de los sujetos. Segundo, porque se deben captar los dos niveles de la realidad, el objetivo y el subjetivo, dado que la enfermedad se manifiesta a través de unos síntomas -dimensión objetiva- y es percibida, interpretada -dimensión subjetiva-; tercero, porque es necesario observar diferentes tipos de unidades de análisis, sujetos sanos y enfermos. Por último, por la idoneidad de las orientaciones cuantitativa y cualitativa para aprehender, respectivamente, estructuras y procesos de la realidad social. De esta manera podrá obtenerse una imagen general.

Pero también se empleará la estrategia de la triangulación, puesto que se trata de conocer algunos segmentos del objeto de estudio mediante la doble mirada, utilizando la metodología cualitativa para la búsqueda interpretativa de relaciones entre variables, para completar la lectura de cifras con las vivencias personales, tal y como las expresan los propios sujetos. Esa mirada plural reforzará la validez de los hallazgos, aunque también implica el riesgo de que los resultados no sean convergentes y la dificultad de encontrar las razones de la discrepancia.

Para contrastar las hipótesis, pues, la información que resulta relevante es tanto la que exponen los datos como la que muestran los significados. En el primer caso, se dispone de la información, la que suministran las fuentes secundarias. En el segundo, esta información no existe, hay que crearla a través de técnicas. De este modo, la integración de métodos se ha articulado mediante el análisis de materiales de distintas fuentes y carácter: de una parte, los procedentes de estadísticas y encuestas, que constituyen las fuentes secundarias y la información cuantitativa; de otra, los obtenidos con la realización de entrevistas en profundidad y grupos de discusión, que representan las técnicas cualitativas aplicadas.

El primer acercamiento empírico ha consistido en buscar y seleccionar las fuentes secundarias. Se ha comenzado por las estadísticas oficiales que muestran la evolución y la situación actual de la esperanza de vida, las tasas de mortalidad, las causas de las defunciones, el número de hospitalizaciones o las causas de ingreso. Su análisis es el punto de partida para detectar las diferencias que entre un sexo y otro recogen los indicadores básicos. Sin embargo, las estadísticas no aportan la información necesaria para determinar si las circunstancias sociales asociadas a cada sexo guardan algún tipo de relación con las cifras.

Por su parte, las encuestas de salud son una herramienta imprescindible porque suministran información, no recogida por otros sistemas de registro, que es necesario analizar para disponer de la imagen real del fenómeno salud y enfermedad. Por ello, la encuesta es la principal fuente secundaria en este estudio.

Los datos de la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana (ESCV) constituyen un material de indudable interés, tanto por el rigor técnico de su diseño muestral, como por la variedad temática tratada. El tamaño de la muestra fue de 6.691 personas mayores de 15 años, lo que arroja un margen de error de ± 1.2 a un nivel de confianza del 95.5%. El extenso cuestionario utilizado para la recogida de datos suministra una valiosa información sobre percepción de la salud y la morbilidad, utilización de servicios y bienes sanitarios, conductas y estilos de vida, prácticas preventivas y factores de riesgo.

Así mismo, la ESCV recaba información sobre una serie de características demográficas y socioeconómicas de indiscutible utilidad para el análisis sociológico: edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral, ingresos, clase social subjetiva, estado civil, lugar que ocupa en la unidad familiar y número de miembros, cargas familiares y horas de cuidado al día. De este modo, es posible indagar las circunstancias de la estructura social que pueden actuar como variables explicativas. Y en particular, al haber introducido características diferenciales de hombres y mujeres determinadas por la asignación de papeles sociales distintos a cada sexo, permite observar desde una perspectiva de género diversos aspectos relacionados con la salud.

No obstante, la encuesta de salud es insuficiente para conocer cómo afrontan los hombres y las mujeres la enfermedad. Como su propósito es evaluar el estado de salud de la población valenciana sana y enferma, de la que acude o no a los servicios sanitarios, no es posible ahondar en la vivencia de la enfermedad, en cómo este proceso es sentido y afrontado.

La estrategia cuantitativa, en definitiva, presenta limitaciones para indagar en el problema de esta investigación. Hay que recurrir a la estrategia cualitativa para

desplegar plenamente la mirada de género en el estudio del proceso de enfermedad. Para penetrar en la significación de la enfermedad de quienes sufren alguna dolencia, para acercarse a sus percepciones, al sentido de sus acciones y entrar en su individualidad, en sus vivencias personales, hay que escuchar su voz.

Mediante la realización de entrevistas personales se han recogido las experiencias durante la trayectoria de la enfermedad. La técnica de la entrevista cualitativa permite acceder a la perspectiva del sujeto para ver el fenómeno con los ojos y con los sentimientos de los entrevistados. Utiliza la interrogación, pero para ello no se sirve de un instrumento estandarizado y rígido que limita las respuestas, como el cuestionario, sino “que la voz sobresaliente debe ser la del entrevistado” (Corbetta, 2003: 370).

De las diferentes modalidades de entrevista, se ha empleado la denominada semiestructurada, que ayuda a mantener la direccionalidad de la conversación, deja hablar y permite que afloren subtemas no previstos que se revelan pertinentes e importantes, pero evita que la conversación degenera hacia cuestiones totalmente carentes de conexión con el asunto tratado. En la medida de lo posible, quien conduce esta clase de entrevistas dejará expresarse a los sujetos a fin de que puedan hablar libremente con las palabras que deseen y en el orden que convenga, aunque suele disponer de una serie de preguntas-guía, a propósito de las cuales es imperativo que reciba una información por parte de los entrevistados. Con esta finalidad se ha diseñado un guión que ha servido de herramienta para determinar las dimensiones a tratar, pero que en ningún caso ha sido cerrado ni ha determinado un orden. Se pretendía conceder amplia libertad a las personas entrevistadas y garantizar al mismo tiempo que se abordaran todos los temas relevantes. Este guión ha sido útil también para estructurar el posterior análisis.

Las entrevistas fueron realizadas a personas que padecen fibromialgia. En todos los casos, las conversaciones han girado en torno al comienzo de la enfermedad, el rol de enfermo/a, la relación con el sistema sanitario y la vivencia de la enfermedad.

El tamaño muestral vino determinado por los discursos de los entrevistados, de modo que cuando se produjo una reiteración de contenidos, es decir cuando se alcanzó el llamado “punto de saturación”, se concluyó el trabajo de campo. Siguiendo este criterio, 18 personas han sido entrevistadas, 9 hombres y 9 mujeres. En la elección de los entrevistados ha habido cierta sistematicidad, pero más con la intención de cubrir una variedad de situaciones que de construir un micro-universo. Se ha procurado que estuvieran presentes personas de distintas franjas de edad, situación familiar y laboral.

Con objeto de complementar desde otros ángulos la trayectoria de la enfermedad de sujetos con fibromialgia, se han utilizado otras vías, lo que refuerza la articulación metodológica que define el diseño de este estudio. Para recoger el punto de vista de los profesionales, el científico-técnico, se han buscado las opiniones que los médicos reflejan en las revistas especializadas y se ha realizado una entrevista a una observadora privilegiada, la psicóloga de la Asociación Valenciana de Afectados de Fibromialgia AVAFI, puesto que su experiencia aporta una visión directa y profunda de la vivencia de esta dolencia. Para acercarse a la imagen social que se está construyendo de esta enfermedad, se ha consultado lo que dicen de ella los medios de comunicación social y dos libros, cuyas autoras, personas públicas y enfermas de fibromialgia, relatan su experiencia vital como enfermas¹⁵.

El diseño de la investigación se completa con la utilización de otra técnica cualitativa, el grupo de discusión. Se realizaron 8 grupos de discusión, 5 de mujeres y 3 de hombres para comprobar si las diferencias de género se manifiestan en los discursos sobre la salud y la enfermedad. Aunque su papel es secundario y su uso es puntual, ilustra algunos aspectos contemplados en la encuesta o las entrevistas, pero a veces añade otros, lo que redundante en una visión más completa del objeto de estudio.

El análisis de los diferentes materiales ha pretendido explorar algunas cuestiones y describir y/o explicar otras. Para el análisis de la encuesta se aplicó el SPSS, programa cuyos paquetes informáticos permiten cuantificar múltiples datos y a partir de ellos realizar numerosos análisis. En el caso de las técnicas cualitativas, las grabaciones de las entrevistas y los grupos de discusión se han transcrito íntegra y literalmente, y de modo manual se ha procedido a la codificación, para pasar después a su análisis e interpretación.

El diseño propuesto es complejo y ambicioso. Sin embargo, para aproximarse empíricamente al objeto de estudio es necesaria la doble perspectiva: la mirada cuantitativa para conocer hechos, actitudes, comportamientos y opiniones acerca de la salud y la enfermedad de un gran número de personas, y la mirada cualitativa para la comprensión significativa e interpretación motivacional de las actitudes y conductas.

¹⁵ Como enfermas de fibromialgia, la experiencia personal que narran Manuela de Madre (2005), política, y Pilar Castro-Villalba (2003), escritora, se ha incorporado para reforzar algunos hallazgos.

SEGUNDA PARTE: ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

4. LO QUE DICEN LAS ESTADÍSTICAS: LOS INDICADORES BÁSICOS

Las estadísticas oficiales ofrecen abundante información sobre la salud de los ciudadanos y permiten diseñar instrumentos sumamente útiles para cuantificarla, aunque sea de forma parcial y mediata. Son los denominados indicadores de salud, que sirven para medir la situación sanitaria de una población en un periodo de tiempo y en un lugar determinado, e imprescindibles para objetivar una situación y establecer comparaciones. De estos indicadores, la esperanza de vida, la mortalidad y la morbilidad son los que fundamentalmente informan del estado de salud y enfermedad. Su análisis permite constatar diferencias por sexo en la Comunidad Valenciana.

4.1. LA ESPERANZA DE VIDA

La esperanza de vida, indicador de salud por excelencia, refleja una diferencia significativa a favor de las mujeres (tabla 1). Esta diferencia no sólo se mantiene en el último cuarto del siglo XX, sino que experimenta un ligero aumento, aunque tiende a remitir en los primeros años del siglo XXI. Los últimos valores se sitúan en 82,7 años en la población femenina y 76,5 en la masculina; las mujeres viven 6,2 años más.

Tabla 1. Esperanza de vida al nacimiento, por sexo. Comunidad Valenciana.

AÑO	TOTAL	MUJERES	VARONES	DIFERENCIA
1975	73,19	75,91	70,42	5,49
1980	74,87	77,66	72,02	5,64
1985	76,00	78,99	72,96	6,03
1990	76,48	79,92	73,07	6,85
1995	77,36	80,68	74,06	6,62
2000	78,33	81,69	75,02	6,67
2001	78,77	82,07	75,50	6,57
2002	78,89	82,18	75,63	6,55
2003	78,90	82,19	75,67	6,52
2004	79,26	82,47	76,10	6,37
2005	79,57	82,70	76,46	6,24

Fuente: Indicadores Demográficos Básicos (Instituto Nacional de Estadística). Elaboración propia.

La desigual longevidad en función del sexo suscita cada día nuevas hipótesis. Gran parte de ellas restan valor explicativo a las causas estrictamente biológicas y enfatizan las de género, en particular la división sexual del trabajo. Pero lo cierto es que la incorporación de las mujeres a la esfera pública no ha alterado hasta el momento las diferencias por sexo, bien porque su acceso ni es masivo ni ha trastocado apenas la distribución de roles sexuales en el ámbito doméstico, o bien porque es pronto para realizar una valoración concluyente, pues se trata de un fenómeno relativamente reciente. No obstante, de mantenerse decreciente la diferencia de esperanza de vida que se observa a partir del año 2000, podría estar reflejando en la salud los cambios en los roles de género.

La esperanza de vida libre de incapacidad matiza el indicador anterior. Aunque las mujeres presentan mayor esperanza de vida libre de incapacidad, se acortan las diferencias por sexo en aproximadamente 3 años.

4.2. LA MORTALIDAD

La tasa de mortalidad ha sido y sigue siendo superior en la población masculina. En el año 2008 alcanza el 8,6‰ en los varones y ronda el 7,9‰ en las mujeres, como revelan los datos de la tabla 2.

Tabla 2. *Tasas de Mortalidad, por sexo. Comunidad Valenciana.*

AÑO	TOTAL	MUJERES	VARONES	DIFERENCIA
1991	8,89	8,14	9,66	1,52
1995	8,89	8,21	9,60	1,39
2000	9,05	8,37	9,75	1,38
2001	9,05	8,43	9,69	1,26
2002	9,00	8,33	9,70	1,37
2003	9,24	8,71	9,78	1,07
2004	8,61	8,07	9,16	1,09
2005	8,79	8,34	9,24	0,90
2006	8,22	7,73	8,71	0,98
2007	8,28	7,82	8,75	0,93
2008*	8,23	7,85	8,61	0,76

* Cifras provisionales.

Fuente: Indicadores Sociales de España 2004 (Instituto Nacional de Estadística) e Indicadores sociales de la Comunitat Valenciana (Institut Valencià d'Estadística). Elaboración propia.

Sobre esta inequívoca desigualdad a favor de las mujeres se ha discutido ampliamente. Muchos investigadores han puesto el acento en que los hombres

mantienen, en mayor medida, hábitos y formas de vida que los hacen más vulnerables a la muerte (mayor consumo de tabaco y alcohol, trabajos más arriesgados). Pero basta comprobar que incluso las tasas masculinas de mortalidad infantil son más elevadas que las femeninas para rechazar cualquier explicación basada exclusivamente en los hábitos de vida¹⁶.

En efecto, la tasa de mortalidad infantil es igualmente superior en el sexo masculino, y arroja una notoria diferencia de valores para la Comunidad Valenciana en el año 2007: 3‰ en las niñas y 4‰ en los niños¹⁷.

Por su parte, los indicadores de muerte evitable e innecesariamente prematura sitúan a los varones en clara desventaja. Tanto en las muertes por enfermedades prevenibles como en las vidas que podrían haberse salvado con los cuidados médicos, la población masculina presenta unas cifras muy superiores, especialmente en el primer caso, cuyos valores triplican a los de la población femenina.

Las causas de muerte también difieren. Durante los primeros años de este siglo el motivo principal en ambos sexos son las enfermedades cerebrovasculares; sin embargo, mientras que el infarto agudo de miocardio y el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, son las siguientes causas en los hombres, en las mujeres son la insuficiencia cardíaca y el cáncer de mama. Ahora bien, de un año para otro se incrementan los fallecimientos de mujeres debidos a tumores asociados al tabaquismo, de tal manera que la proporción que suponen las mujeres entre el total de muertes por esta causa es cada vez mayor¹⁸.

4.3. LA MORBILIDAD HOSPITALARIA

Los hombres de la Comunidad Valenciana parecen estar más enfermos que las mujeres, al menos así se desprende de los datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH) desde 1997¹⁹ hasta 2007. Según esta fuente, año tras año los varones reciben más tratamiento hospitalario: entre el 51% y el 52% del total de ingresos (tabla 3). Pero si se excluyen los internamientos por causas obstétricas, los ingresos de varones representan unos valores cercanos al 58%.

16 También se sabe que los fetos masculinos sufren más abortos espontáneos (Durán Heras, 2007: 145).

17 En 1991 las cifras eran de 6‰ en las niñas y de 7,5‰ en los niños (Institut Valencià d'Estadística).

18 En diversos países, el cáncer de pulmón en las mujeres ya ha superado al de mama.

19 En 1997 se inaugura la publicación electrónica de la información.

¿Realmente los hombres están más enfermos? Las razones no están claras. Puede suceder que los problemas de salud que padecen los hombres sean más graves o que exista menor disposición de las mujeres para ingresar. Pero también puede significar un trato discriminatorio, un sesgo de género en el esfuerzo terapéutico, ya que si ellos reciben más tratamiento hospitalario tienen mayor acceso a las tecnologías más desarrolladas, que se localizan en estos centros (Healy: 1991)²⁰.

Tabla 3. Ingresos hospitalarios, por sexo. Comunidad Valenciana.

AÑOS	TOTAL	MUJERES		VARONES	
		Absolutos	%	Absolutos	%
1997	3.264.748	1.590.333	48,7	1.674.415	51,3
1998	3.158.210	1.515.203	48,0	1.643.007	52,0
1999	2.996.827	1.461.259	48,8	1.535.568	51,2
2000	2.975.466	1.438.142	48,3	1.537.324	51,7
2001	2.912.502	1.420.872	48,8	1.491.630	51,2
2002	2.964.942	1.430.672	48,3	1.534.270	51,7
2003	3.124.411	1.489.401	47,7	1.635.010	52,3
2004	2.940.922	1.424.955	48,5	1.515.967	51,5
2005	2.915.202	1.411.801	48,4	1.503.401	51,6
2006	2.904.777	1.405.374	48,4	1.499.402	51,6
2007	2.973.055	1.441.800	48,5	1.531.255	51,5

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (Instituto Nacional de Estadística). Elaboración propia.

Las mujeres también permanecen menos días hospitalizadas. En los últimos años la media es de 7 días en la población masculina y 6 días en la femenina. Naturalmente, los ingresos por parto, cuya estancia es baja, reducen el promedio en las mujeres.

Las enfermedades que ocasionan mayor número de ingresos hospitalarios son las del aparato circulatorio en los dos sexos. Los problemas respiratorios y las tumoraciones malignas representan, respectivamente, el segundo y tercer motivo de hospitalización en la población masculina. En la femenina, los problemas obstructivos y abortos, y las enfermedades del aparato digestivo, respectivamente.

20 La revisión de historias clínicas de pacientes con problemas cardíacos en hospitales norteamericanos demostró un subdiagnóstico en mujeres, lo que las discriminaba en el tratamiento y en el seguimiento de su enfermedad.

Sin embargo, aunque mujeres y hombres compartan la causa principal de hospitalización, se aprecia una diferencia muy significativa en la dolencia específica del aparato circulatorio que provoca el ingreso, en particular en el caso del infarto agudo de miocardio (siete de cada diez ingresados fueron varones). Podría pensarse que las mujeres están más protegidas frente al infarto, pero las investigaciones indican que tienen un 33% más de infartos “silenciosos” que ellos, por lo que si a los infartos agudos se añaden estos otros se equiparan las cifras entre sexos (Valls Llobet, 2001: 19). También se ha comprobado que las mujeres requieren más tratamiento después del alta (Brugulat et al., 2001: 58) y que la mortalidad tras el infarto es 30 veces superior en las mujeres (Valls Llobet, 2003: 43).

Los estudios concluyen que los ingresos de mujeres son menores, fundamentalmente, porque tienen menor frecuencia de los síntomas típicos, lo que retrasa el diagnóstico y puede explicar la mayor tasa de complicaciones y letalidad posthospitalización a corto plazo (Ruiz Cantero y Verdú Delgado, 2004: 120). No obstante, no se descarta que la mayor letalidad obedezca a que los profesionales demoran la asistencia y al retraso de las mujeres en la llegada a urgencias desde que se inician los síntomas (Rohlf s et al., 2004: 59; Informe *Salud y Género 2005*: 44-45).

Respecto a las hospitalizaciones provocadas por tumores malignos, la primera causa de ingreso en las mujeres es el cáncer de mama, mientras que en los hombres ese lugar lo ocupa el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón. Los cánceres asociados al tabaquismo son demostradamente más elevados en los hombres, aunque esta razón de género favorable a las mujeres ha cambiado en los últimos años hacia una mayor igualdad a medida que ambos sexos comparten los mismos factores de riesgo.

Mediante la EMH no se puede valorar, más allá de lo indicado, la repercusión de roles de género en la enfermedad. Si este enfoque se incorpora en la recogida de datos epidemiológicos, se podrá contrastar si las dolencias que precisan hospitalización varían dependiendo, por ejemplo, de si las mujeres realizan un trabajo extradoméstico.

5. LO QUE DICEN LAS ENCUESTAS: ¿CUÁNTA SALUD?

Como se ha señalado, la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana (ESCV) es una fuente de información inigualable para conocer la salud de la población. A partir de las opiniones expresadas por las 4005 mujeres y los 2686 varones se analiza la salud subjetiva, los estilos de vida y los problemas de salud, observándose numerosas diferencias por sexo, algunas ratificadas por los grupos de discusión.

5.1. ESTADO DE SALUD Y SUS DETERMINANTES

El formulario que emplean las encuestas de salud suele comenzar solicitando una calificación de la salud personal. Este juicio constituye el concepto de autopercepción de la salud, un buen índice global de salud que puede diferir de la evaluación que realizan los profesionales o de otras medidas empleadas para determinar el nivel de salud. En España, las valoraciones que las mujeres y los hombres expresan en las encuestas ilustran a la perfección la discrepancia entre la dimensión objetiva y subjetiva: mientras que todos los indicadores objetivos apuntan que la población femenina goza de más salud, las mujeres declaran sistemáticamente peor estado.

Los datos sobre autopercepción de la salud en el ámbito autonómico confirman esta pauta invariable, de tal manera que frente a casi el 80% de los hombres que califica su estado de salud de bueno o muy bueno, en las mujeres se reduce al 70% (tabla 4). La población femenina también emite un juicio más negativo al comparar su estado actual con el de hace un año o con el de otras personas de su misma edad y condición.

Tabla 4. Estado de salud subjetiva, por sexo

	VARONES	MUJERES
Muy bueno	21,6	16,3
Bueno	58,1	53,5
Regular	15,3	23,2
Malo	4,3	6,1
Muy malo	0,7	0,8
TOTAL	100,0	100,0

Fuente: Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana (2000-2001).

¿Por qué las mujeres informan de un peor estado de salud? Es posible que si las mujeres son más longevas y viven más años con incapacidad, tengan peor salud. Sin embargo, la ESCV no parece corroborarlo: las diferencias en la autovaloración de la salud se mantienen en todos los grupos de edad y, además, la media de edad de los entrevistados mayores de 65 años es casi idéntica en ambos (79 años).

Los grupos de discusión mostraron el efecto que puede presentar el climaterio en la valoración de la salud de las mujeres. Muchas viven con desazón esta etapa de desequilibrios hormonales y de alteraciones endocrinas y metabólicas.

“Si encima de que tienes que asumir que te haces mayor [...] que ya no estás tan guapa, que empiezas a coger kilos, que llegas y no encuentras tu talla... (riendo)... que bueno... una serie de cosas, ¿no?... y encima te encuentras mal... pues claro... te hundes... Si tienes además un montón de... todas tenemos gente en casa, ¿no?, que tienes que atender... que te sientes, que dices: “pues si yo hace diez años que limpiaba la casa... luego me iba de compras... luego... me ponía a planchar... y... y ... y nada, y estaba bien”, y hoy te limpias la casa... y estás hecha polvo” (G. 1).

No obstante, se deben buscar otras razones que expliquen por qué las mujeres manifiestan un estado de salud peor que sus coetáneos varones. Primera, las mujeres tienen una relación más identitaria con su cuerpo²¹, lo que puede favorecer el reconocimiento de síntomas. Segunda, culturalmente es más aceptable que las mujeres expresen problemas de salud. Tercera, mujeres y hombres pueden presentar umbrales y maneras diferentes de vivir el malestar. Cuarta, el rol de ama de casa puede afectar a su salud por el efecto simbólico del trabajo doméstico. Quinta, el papel de protectoras de la salud que realizan puede hacerlas más críticas y sensibles ante estas cuestiones. Por último, la dominación masculina y la subordinación de las mujeres tienen fuertes implicaciones en el desarrollo de la subjetividad de ambos, y puede exteriorizarse con muestras de malestar en ellas.

Las razones apuntadas no agotan todas las propuestas de explicación, pero son suficientes para mantener que el género puede mediar en la vivencia de la salud de múltiples formas, aunque no es el único factor que influye. El status socioeconómico es otra variable central en los análisis sobre desigualdades en salud, por lo que procede analizar la influencia simultánea de estas dimensiones.

Los estudios señalan que pertenecer a la clase baja, tener un ínfimo nivel de estudios o disponer de escasos ingresos son factores de riesgo (Regidor, 2002). En la sociedad valenciana, la desigual percepción de la salud por sexo se mantiene en todas las clases sociales, pero son los varones de clase alta y las mujeres de clase baja quienes presentan la mejor y peor salud, respectivamente. La educación formal mejora la salud en ambos sexos, pero de nuevo las mujeres califican su salud peor que los varones en todos los niveles de instrucción, siendo el grupo más desventajoso en términos de salud el representado por las mujeres sin estudios²². También se observa que a mayor nivel de ingresos mejor nivel de salud; ahora bien, cuando

21 Por la menstruación, la gestación, el postparto o la lactancia materna.

22 Para interpretar convenientemente estos datos hay que incorporar a la variable género la variable generacional. Las dificultades de acceso al sistema educativo que sufrieron las generaciones más viejas implican que las personas con menos estudios sean ancianas y de clase social más baja.

hombres y mujeres tienen elevados ingresos, el estado de salud de las mujeres es mejor, lo que induce a pensar que ante rentas elevadas el malestar de las mujeres se reduce.

De este modo, el estatus socioeconómico, medido a través de la clase social subjetiva, el nivel de instrucción y el de renta, mantiene una estrecha y directa relación con la salud, repetidamente confirmada y hasta calificada como la causa fundamental de las diferencias socioeconómicas en salud (Lostao y Regidor, 2002: 413).

Tampoco genera dudas, porque existe evidencia empírica suficiente, que el derecho de toda persona a disfrutar con plenitud de la vida se ve seriamente afectado por lo que implica socialmente ser de un sexo o de otro. El tipo de trabajo, el tipo de hogar o las cargas familiares constituyen variables cardinales que actúan en perjuicio del bienestar de las mujeres.

El trabajo reproductivo quizá contenga algunas claves. Su aislamiento, su escasa valoración social o ser un rol impuesto y una actividad ininterrumpida, pueden actuar como mecanismos que promuevan el malestar femenino. Frente al reproductivo, el trabajo remunerado incrementa las oportunidades de recompensas y satisfacción y, con ello, refuerza el bienestar y la salud general a lo largo de la vida²³. No obstante, lo cierto es que aunque las mujeres disfruten de empleo, la atención del hogar y de la familia les lleva a desempeñar el rol de ama de casa y el de “trabajadora”.

Algunos estudios destacan que el desempeño de varios roles beneficia la salud al constatar que las asalariadas muestran mejor salud que las amas de casa²⁴ (Rohlf et al., 1997; Khlát, 2000). Otros apuntan que la acumulación de tareas aumenta el esfuerzo físico y mental, y la imposibilidad de atender todas las demandas provoca ansiedad y agotamiento, y reduce la capacidad para afrontar enfermedades (Artázcoz, 2001: 60). Además, las asalariadas-madres viven conflictivamente las exigencias de las dos condiciones (González de Chávez, 2001a: 25).

Los datos de la ESCV indican que disponer de un trabajo remunerado beneficia la salud de ambos sexos, en especial la de las mujeres. Las empleadas tienen una salud subjetiva no sólo mejor que las que trabajan en casa, sino también mejor que los hombres desempleados y los amos de casa, siendo este último grupo el que presenta una salud más deficiente. Estos resultados parecen sugerir que el rol de ama o amo de casa es lo que en sí mismo hace que se enferme porque es más

23 Naturalmente, todos estos beneficios dependerán de la calidad del puesto de trabajo.

24 Pero se discute si el doble papel de las mujeres beneficia la salud porque aumenta el umbral para percibir los síntomas cuando una persona está muy ocupada o por el beneficio personal del empleo.

insatisfactorio, y con efectos más nocivos en los varones al ser considerado un trabajo femenino.

Estudiosos del tema mantienen que las actitudes hacia el trabajo, y no tanto las características objetivas del mismo, condicionan el estado de salud. Así se infiere también de la ESCV: la satisfacción laboral favorece la salud de los hombres y de las mujeres, independientemente del tipo de trabajo que realicen.

Respecto al tipo de hogar, dos hechos son remarcables. En primer lugar, que los hombres casados o con pareja de hecho presentan una salud similar a los separados o divorciados, mientras que las mujeres separadas o divorciadas tienen una salud bastante más deteriorada que las que viven con su cónyuge o pareja. En segundo lugar, que el aumento de miembros resulta más gravoso para las mujeres asalariadas²⁵. Es posible que si el poder adquisitivo de la familia le permite disponer de ayuda externa remunerada, la salud de las mujeres no se resienta, como insinúan las cifras sobre clases sociales. Pero si los ingresos familiares no lo permiten, la conciliación parece que se sufraga con la salud personal.

El cuidado de personas dependientes es un indicador básico en tanto que el desigual reparto se mantiene como elemento fundamental en la construcción social de género. Los datos evidencian que cuidar influye en la salud en función de la extensión e intensidad del cuidado: si se trata de hijos menores se advierte que a medida que aumenta el número de hijos o las horas de atención descende la percepción de muy buena salud en ambos sexos; si consiste en el cuidado de una persona mayor, las mujeres y los varones que les atienden presentan una salud más deficiente que los que no tienen esta responsabilidad, si bien el empeoramiento es más acusado entre las mujeres. En cualquier caso, mientras las encuestas no introduzcan preguntas específicas sobre los “cuidados informales”, no será posible verificar con rigor, a través de esta fuente, el malestar que genera la tarea de cuidador/a.

Finalmente, se ha observado que la evaluación de salud de las mujeres es peor que la de los hombres ante problemas físicos similares y que en ambos sexos la valoración global de su salud está muy asociada a problemas psíquicos (muy significativamente en los varones que han sufrido o sufren depresión). Asimismo, una buena vida social y convivencia familiar se correlaciona con una buena autovaloración de la salud de ambos. No sorprende encontrar en las cifras las consecuencias patológicas de la violencia contra las mujeres: las mujeres maltratadas manifiestan peor salud.

25 Encuestas anteriores han mostrado que el mal estado de salud de las mujeres aumenta con el número de miembros, pero no sucede así en la población masculina (Moreno, 2001: 68). También se ha comprobado que en las mujeres de estratos socioeconómicos altos no se da esta relación, (Artázcoz et al. 2002: 83).

5.2. ESTILOS DE VIDA

Los estilos de vida son hábitos y comportamientos que dependen tanto del individuo como del contexto en el que se inscriben. Se supone que los varones siguen estilos de vida menos saludables, entre otras razones, porque adoptan más conductas de riesgo para afirmar su masculinidad o porque éstas se convierten en mecanismos sociales por los que se construye el género (Courtenay, 2000).

Sobre los hábitos saludables, los datos indican que la práctica de actividad física es superior en la población masculina, y que los hombres y las mujeres con cargas familiares, casi en la misma proporción, reducen el ejercicio periódico en relación con las personas de su sexo que no las tienen²⁶. Las diferencias en las horas de descanso son irrelevantes, aunque es mayor la proporción de mujeres que descansa menos de 7 horas, siendo las mujeres con trabajo remunerado y cargas familiares las que se sitúan en la posición más desventajosa. Por su parte, la realización de revisiones de carácter preventivo, otra estrategia para mantener la salud, es muy similar en los dos sexos; ahora bien, estar al cargo de personas dependientes descuida la salud personal de las mujeres, pero no de los hombres.

De los comportamientos perjudiciales, el consumo de tabaco o el abuso de alcohol son hábitos muy extendidos e indiscutibles condicionantes de la salud, aunque a veces se minimiza su importancia y no se es consciente de la adicción. Respecto al tabaquismo, el 40,5% de los hombres y el 23,8% de las mujeres fuman todos los días²⁷, si bien el abandono del hábito es casi tres veces superior en la población masculina²⁸ (tabla 5).

Tabla 5. Hábito tabáquico, por sexo

	VARONES	MUJERES
Nunca ha fumado	37,7	65,9
No fuma, pero ha fumado	17,5	6,4
Fuma esporádicamente	4,2	3,9
Fuma diariamente	40,5	23,8
NS/NC	0,1	-
Total	100,0	100,0

Fuente: Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana (2000-2001).

26 En cualquier caso, los hombres realizan más ejercicio, favorecido sin duda por la menor asunción de cargas. El tiempo de las mujeres es menos autónomo.

27 La población femenina también es más moderada en el consumo diario.

28 Los motivos difieren: la autodisciplina es más importante en las mujeres y la salud en los hombres.

La edad se correlaciona estrechamente con el tabaquismo, pero de distinto modo según el sexo. La juventud es el grupo más abstemio en los hombres y el menos en las mujeres –pauta similar a la encontrada en Cataluña (Brugulat et al., 2001: 58)-. Así mismo, los hombres se inician a los 17 años y las mujeres a los 18, edades inferiores y más próximas entre sí que las de la década anterior.

Se ha tratado de ver si mantienen relación con este hábito las dos variables clave en los roles de género: el tipo de trabajo y la asunción de cargas familiares. Respecto a la primera, las cifras apuntan que las mujeres incorporadas al mercado laboral han integrado en sus vidas el hábito tabáquico en mayor medida que las amas de casa (el 26% y el 12%, respectivamente, son fumadoras habituales). Respecto a la segunda, se da una relación importante entre la dependencia del tabaco y estar al cuidado de otras personas, siendo fumadoras habituales el 34% de las mujeres con cargas familiares y el 19% de las que no las tiene (15 puntos porcentuales). Igual se manifiesta en los varones, pero la diferencia es de sólo 4 puntos porcentuales.

Al comparar algunos de estos datos con los de principios de los noventa, el balance es inevitablemente pesimista. Si en los hombres ha decrecido casi un 10% el número de fumadores habituales, en las mujeres se ha elevado ligeramente. Si a ello se añade que en las generaciones jóvenes, las mujeres adoptan el hábito igual o más que los hombres, que la tasa de abandono es inferior en ellas y que existe una implicación creciente del tabaco en las causas de mortalidad en las mujeres, no parece tan exagerado el pronóstico de que el tabaquismo se convertirá en una enfermedad predominantemente femenina en muy pocos años.

El consumo de alcohol, por su parte, representa un serio problema social y sanitario, aunque las cifras sobre su consumo no producen la alarma que provocaría cualquier otra droga. Por ejemplo, que en España los bebedores excesivos o de gran riesgo²⁹ suponen el 5,5% de las personas de 15-64 años, siendo este porcentaje mayor en los hombres (6,5%) que en las mujeres (4,1%)³⁰. Con parámetros diferentes, estas cifras se acercan a las obtenidas en la Comunidad Valenciana, donde el 6,7% de los entrevistados y el 2,3% de las entrevistadas se declaran adictos. Es decir, el alcoholismo, al menos el confesado, triplica su presencia en los varones.

Las bebedoras abusivas en España son mujeres entre 14 y 34 años, tienen estudios medios y altos y trabajo extradoméstico (Gómez Moya, 2005: 38). En la sociedad valenciana apenas se aprecian diferencias por sexo cuando se incorpora la

29 Consumo de 50 cc de alcohol puro al día o más en los hombres y de 30 cc o más en las mujeres.

30 Informe 2007 del Observatorio Español sobre Drogas.

variable edad o el nivel de estudios³¹. Sin embargo, el tener o no empleo o responsabilidades familiares sí aparecen asociados al consumo. Los resultados muestran: primero, que disponer de un trabajo extradoméstico propicia el consumo y adicción al alcohol; segundo, que los hombres con empleo expresan más dependencia que las mujeres en esta situación; tercero, que las mujeres con trabajo remunerado triplican en adicción a las amas de casa; cuarto, que la dependencia del alcohol guarda relación con el hecho de estar al cuidado de otras personas, en particular en la población femenina, pues mientras que los hombres con cargas familiares duplican en adicción a los que no las tienen, en las mujeres casi se quintuplica.

5.3. PROBLEMAS DE SALUD

Las mujeres registran invariablemente una incidencia superior de todos los problemas de salud que enumera el cuestionario: dolor de huesos/columna/articulaciones, de cabeza, de pecho, de oídos, de muelas, de garganta, ansiedad/estrés/fobias, depresión, problemas dermatológicos, del aparato digestivo, respiratorio, urinario, tobillos hinchados, ronchas y picores, fiebre, dificultades para dormir, mareos, náuseas y cansancio. Aunque es verdad que en su mayoría se trata de problemas que no revisten gravedad, no es menos cierto que deterioran la calidad de vida de quienes los sufren. Estos resultados concuerdan con los discursos de los grupos, coinciden absolutamente con los de otros estudios (Valls Llobet, 1995: 61-62) y se corresponden con la experiencia clínica en atención primaria (Fuentes i Pujol, 2001: 230).

Estos problemas de salud no sólo adquieren mayor prevalencia en la población femenina, sino que también en ésta provocan mayor interrupción de las actividades diarias. En consecuencia, procede explorar los condicionantes de género que pueden ayudar a explicar estas importantes diferencias entre las mujeres y los hombres.

La feminidad, tal y como está concebida en nuestra cultura, parece constituir el factor de mayor riesgo. Se ha comprobado que el mayor riesgo de padecer trastornos psicossomáticos está asociado a algunas características de personalidad que en buena medida coinciden con los rasgos del estereotipo de género tradicional femenino, como una elevada dependencia emocional, falta de asertividad, hipercriticismo o mala capacidad para elaborar los duelos ante la pérdida de seres significativos (Míngote Adán, 2001: 27). En esta línea, González de Chávez atribuye el malestar físico y psíquico de las mujeres al modelo de feminidad-maternidad predominante, conformado por tantas virtudes que lo hacen inalcanzable e invade de culpabilidad

³¹ La mayor dependencia se da entre los 30 a 49 años y en las personas con menor formación.

a las mujeres (2001b). Del mismo modo, las investigaciones constatan que la angustia y la depresión es más prevalente cuanto más estereotipada es la feminidad de la mujer (Beichmar, 1993; Levinton, 2001: 11; García-Mina, et al. 2001: 355).

Según los estudios epidemiológicos realizados en la mayoría de los países occidentales, las mujeres experimentan más estrés que los varones³² y padecen el doble de depresión que ellos³³. En la sociedad valenciana se produce igualmente una sobrerrepresentación de mujeres en la población definida como “ansiosa” o deprimida”.

Tabla 6. *Padecimiento de trastornos mentales, por sexo*

	VARONES		MUJERES	
	Depresión	Ansiedad/estrés/ fobias	Depresión	Ansiedad/estrés/ Fobias
Sí	8,7	11,8	18,2	21,4
No	90,1	86,7	80,6	77,2
NS/NC	1,2	1,5	1,2	1,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana (2000-2001).

En efecto, los datos de la tabla 6 revelan que el doble de mujeres que de hombres ha sufrido depresión, en torno al 18% y 9%, respectivamente, y un 21% de mujeres y 12% de varones ha presentado ansiedad/estrés/fobias. Sin embargo, estos datos son difíciles de descifrar: ¿Hablan realmente del bienestar mental de las mujeres?³⁴ ¿Están informando de su mayor propensión a exponer sus problemas emocionales al médico/a? ¿Se deben a que los médicos esperan que las mujeres tengan problemas psicológicos en mayor proporción que los hombres? La respuesta es probablemente afirmativa en los tres casos.

Los discursos colectivos muestran, inequívocamente, que la depresión forma parte de la vida de las mujeres, que la sufren sin el esperado apoyo y comprensión. Si en los grupos de hombres esta dolencia fue ignorada, gran parte de los debates de las mujeres giraron en torno a esta cuestión, y a veces con mucha crudeza.

32 Porque son más vulnerables al mismo o por estar más expuestas a situaciones vitales estresantes derivadas, por ejemplo, de los roles de cuidado y ayuda.

33 Además, la depresión en las mujeres tiene peor pronóstico, más cronicidad y episodios más largos (Usall i Rodié, 2001).

34 La ESCV no permite averiguar si los hombres sufren más otras psicopatologías. No obstante, se ha demostrado que la incidencia de trastornos de salud mental es similar en ambos sexos y que la diferencia se produce en el tipo de trastornos (Montero et al., 2004: 176).

“tuve una depresión que me quedé como un vegetal; ni me lavaba, ni comía... Y ahora estoy igual (llora) [...]. Es que lo pasé muy mal... Y me repongo, pero vuelvo a caer otra vez” (G. 5).

Los análisis que han examinado la relación entre la actividad de las mujeres y los problemas psíquicos y físicos señalan que las empleadas tienen menos días de enfermedad que les obliga a permanecer en cama y menos días de actividad restrictiva que las que no participan en la fuerza de trabajo. Que durante los periodos que trabajan fuera de casa disminuyen los síntomas. Y también que el colectivo con mayor número de patologías lo componen las que sólo desempeñan el rol de ama de casa pero han trabajado fuera del hogar.

Éstos y otros hallazgos similares conducen al conocido “síndrome del ama de casa”, un cajón de sastre en el que se incluyen síntomas tan diversos como dolor sin causa orgánica específica, tensión muscular, sensación de ahogo, insomnio, mareos, vértigos, cansancio, agotamiento, depresión, ansiedad, sensación de debilidad, insatisfacción vital, palpitaciones o creencia de padecer una enfermedad grave. Se trata de trastornos psicosomáticos que no de forma casual desarrollan las mujeres encerradas en su hogar y poco o nada reconocidas en su esfera privada.

La sintomatología descrita se corresponde con muchas de las dolencias que manifiestan las mujeres entrevistadas en la ESCV. Sin embargo, la encuesta no confirma que exista realmente el “síndrome del ama de casa”, ya que las amas de casa no muestran más patologías que las asalariadas. En cambio sí declaran un peor estado de salud, como se vio antes. Esta paradoja puede obedecer a que las amas de casa gozan de peor salud psíquica y ello empeora la autovaloración de su salud. Ahora bien, si la depresión afecta ligeramente más a las mujeres que realizan trabajo reproductivo, los problemas de ansiedad y estrés son más preeminentes en las que tienen un trabajo productivo.

Con objeto de reforzar la hipótesis de que el tipo de actividad influye en el padecimiento de trastornos mentales, se ha utilizado como indicador de salud psíquica el consumo de tranquilizantes, hipnóticos o barbitúricos. Los resultados revelan que las amas de casa son las que más consumen estos medicamentos. En consecuencia, sí se puede decir que las amas de casa constituyen el colectivo con mayor predisposición a trastornos mentales o, al menos, a su tratamiento farmacológico.

Por último, las personas cuya vida social o familiar es mala o muy mala son las más propensas al consumo de tranquilizantes. Sin embargo, y en contra de lo previsto, no existe asociación entre la existencia de cargas familiares y el estado de salud mental.

6. LO QUE DICEN LOS DISCURSOS: LA PRODUCCIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD

“Cualquier enfermedad importante cuyos orígenes sean oscuros y su tratamiento ineficaz, tiende a hundirse en significados”.
Susan Sontag, *La enfermedad y sus metáforas* (1984: 89).

Para desvelar los condicionantes de género en la producción social de la enfermedad se ha elegido la fibromialgia. Ahora se trata de conocer la experiencia de los sujetos y penetrar en la esfera subjetiva.

El capítulo, que se inicia con una breve descripción de este trastorno, se estructura en torno a dos ejes. El primero es el proceso temporal de la enfermedad, cuyas etapas se han expuesto. El segundo lo constituyen las perspectivas de los tres agentes básicos que cooperan en la construcción social de la enfermedad, es decir, cómo la afrontan y definen las personas enfermas, el sistema sanitario y el entorno social de los afectados. A partir de estos criterios, y por este orden, se analiza la experiencia de la enfermedad o rol de enfermo, la atención sanitaria o rol de paciente y el apoyo y percepción social.

6.1. LA FIBROMIALGIA: UNA ENFERMEDAD SILENCIOSA Y ENIGMÁTICA

La fibromialgia es definida como un estado doloroso crónico generalizado no articular, que afecta predominantemente a los músculos y presenta una exagerada sensibilidad en puntos determinados. Sus criterios diagnósticos se consensuaron en 1990 por la presencia de dos hechos: dolor generalizado durante más de tres meses y una sensibilidad anormal a la palpación en al menos 11 de los 18 puntos sensibles aceptados como específicos y repartidos a lo largo de la anatomía (Wolfe, 1990).

Todos los expertos coinciden en describirla como un síndrome complejo sobre el que todavía existe un gran desconocimiento. Su complejidad es tal que ni siquiera su manifestación es homogénea, pues el dolor músculo-esquelético coexiste con otros síntomas, como fatiga intensa, alteraciones del sueño, cefaleas, entumecimiento de las extremidades, lapsus de memoria, depresión, irritabilidad, etc.

La causa de la fibromialgia no se ha podido establecer. Todo apunta que es consecuencia de la interacción de múltiples factores, entre los cuales se encuentra un nivel bajo de serotonina, un sistema nervioso hiperactivo que produce exceso de adrenalina, y anomalías endocrinológicas o en el sistema inmunitario. De otra parte, se han descrito diversos factores coadyuvantes o desencadenantes (como

enfermedades infecciosas, traumatismos) y cobra importancia la relación con factores psicológicos y con factores sociales.

Su diagnóstico es eminentemente clínico, pero complicado. No sólo porque la multiplicidad de signos suele ir acompañada de un aspecto saludable, sino también porque la exploración física no demuestra anormalidad, como tampoco las pruebas complementarias. El diagnóstico llega cuando se efectúa la prueba de los puntos sensibles y el paciente refiere un dolor exagerado.

La fibromialgia asalta las consultas de atención primaria y los médicos no saben qué hacer para aliviarla o combatirla, pues el desconocimiento de su etiología imposibilita disponer de una terapéutica efectiva. Hasta ahora, su tratamiento tiene una orientación casi totalmente medicalizadora³⁵.

Se ha considerado una dolencia sugerente para este estudio por varias razones. Primera, porque presenta gran importancia desde el punto de vista de la salud pública³⁶. Segunda, es un claro ejemplo de la multifactorialidad en la etiología de la enfermedad. Tercera, surge en la plenitud de la vida (mayoritariamente entre los 30 y 60 años) y conlleva importantes costes psicológicos y sociales. Cuarta, es más frecuente en la población femenina³⁷ y está adquiriendo fuerza la hipótesis de que está muy vinculada a la construcción de género³⁸. Finalmente, porque las personas que sufren fibromialgia hacen un elevado uso de los servicios sanitarios.

6.2. LA EXPERIENCIA DE LA ENFERMEDAD: EL ROL DE ENFERMO/A

En la percepción de los síntomas iniciales ya se entrevén diferencias intersexo. En los hombres, los primeros síntomas suelen localizarse en un lugar preciso de su cuerpo: “empezaron a darme pequeños dolores de espalda” (E. 9); “tenia un poc de lumbalgia” (E. 14); “va ser una lumbalgia molt forta... que no se m’anava [...] jo pensava que acabava en cadira de rodes” (E. 17). En las mujeres, el dolor inicial es más impertinente e invasor: “molt de dolor d’asquena, eh, dolor articular, me feen mal els genolls, tobillos, era un estat general malalt” (E. 3); “mucho dolor en todo el cuerpo” (E. 4); “malestar general, vamos, totalmente el cuerpo, de los pies a la cabeza” (E. 10).

35 Analgésicos, antiinflamatorios, relajantes musculares y antidepressivos se prescriben con frecuencia, a pesar de que las terapias alternativas han demostrado cierta eficacia.

36 Se calcula que entre el 1% y el 4% de la población mundial la sufre. En España, se estima un 2,4% en el año 2000, es decir, en torno al millón de afectados (Valverde et al., 2000).

37 Entre el 80% y el 90% de los enfermos son mujeres.

38 Como el alto nivel de autoexigencia y de estrés para cumplir todos los mandatos del ideal femenino (González de Chávez, 2003: 67 y 73).

Además del dolor, la fibromialgia cuenta con otro aliado: la fatiga. Un cansancio inexplicable que llega a incapacitar para la realización de tareas cotidianas. Aunque mujeres y hombres comparten el modo de describirlo, es menos expresado por ellos, seguramente porque rompe con la fortaleza típica del estereotipo de varón.

Los afectados no entienden lo que les ocurre, máxime cuando sus signos pueden ser oscilantes. En contra del tópico, ellos sienten preocupación y miedo, ellas no, tal vez porque ellas lo interpretan como “cosa de mujeres”, algo natural del sexo femenino: “acabé por pensar que aquello era normal porque estaba acostumbrada a oír que mi madre sufría dolores, otras mujeres también, las vecinas... Fui aceptando que había que vivir con dolor” (Madre, 2005: 55).

Cuando reconstruyen la aparición de los síntomas, las enfermas lo asocian a sus circunstancias vitales, ligadas a la esfera privada o a la dificultad de combinarla con la pública. En los enfermos, la percepción de que las condiciones del momento pudieron originar su enfermedad no es tan notoria y, en todo caso, lo relacionan con problemas laborales.

Las entrevistas permiten corroborar, sin excepciones, que la aparición de la enfermedad constituye un acontecimiento estresante que origina una crisis, un desequilibrio, pero la actitud hacia la enfermedad denota un estado anímico muy diferente. Las mujeres son más expresivas y enumeran sentimientos de derrota, fracaso, rabia, impotencia... Este fragmento es ilustrativo: “Pues te dona ràbia, impotència, te sents inútil, inclús te sents fracassà com a persona, com a treballadora, com a mare, com a parella” (E. 3). Los testimonios de los hombres, por su parte, sugieren que dar la espalda o negar la enfermedad es más propio de ellos, y así lo señalan: “siempre tienes la cosa esa de será, no será” (E. 11); “sigo yendo a trabajar [...]. No respeto la enfermedad” (E. 9).

Poco a poco, el dolor, recurrente o persistente se extiende hasta afectar a todo el cuerpo. El cansancio suele durar todo el día, aunque es más intenso por la mañana. La enfermedad condiciona cada momento, cobra todo el protagonismo, y se inicia el autotratamiento. Aunque existe la creencia de que las mujeres se automedican con menos reparo, los varones son más proclives, como se pudo ver en los grupos de discusión y manifiestan en las entrevistas los enfermos -“cualquier cosa que hubiera” (E. 18)-. Ello puede obedecer a que las mujeres acudan a las consultas con más prontitud, también a una actitud más “sensata” o más sumisa, o al hecho de que el dolor encaja mejor en su cotidianidad³⁹.

39 La percepción subjetiva del dolor está muy mediatizada por los valores y creencias que se transmiten a través de la socialización (Pérez-Pareja, et al., 2005) y en la cultura judeocristiana el dolor se ha inculcado como algo consustancial al sexo femenino.

Con la persistencia o agravamiento del síndrome fibromiálgico empiezan a adoptar el rol de enfermo/a e intentan obtener su reconocimiento en el entorno. Ahora bien, si la definición de la realidad muestra a la mujer más propensa a asumir este rol, el trabajo reproductivo interfiere en la adopción de esta conducta. Dos posibles hipótesis, no incompatibles podrían explicarlo: las cargas familiares pueden “neutralizar” la enfermedad o dificultar la adopción del rol.

La psicóloga de AVAFI equipara la asunción de la enfermedad a un proceso de duelo: “Se te ha muerto [...] tu tipo de vida [...]. Primero te resistes [...] no aceptas, no asumes [...] hay un duelo que tiene su proceso y su tiempo, cada persona, según sus características de personalidad, lo afronta mejor o peor” (E. 19).

No parece que haya evidencia científica suficiente para demostrar que existe una “personalidad fibromiálgica”. No obstante, todas las mujeres se definen a sí mismas como personas con dificultades para estar inactivas y, además, resulta sintomático que las características que se atribuyen corresponden en su mayoría al estereotipo de varón: luchadoras, valientes y fuertes⁴⁰. Acaso por ello, los hombres no necesiten destacarlo, lo dan por supuesto, y si se pronuncian, es para desterrar cualquier atisbo de neurastenia: “yo no soy médico ni... tampoco soy hipocondríaco” (E. 16).

Cuando un sujeto está enfermo, y más todavía cuando su dolencia es multisintomática, la corporalidad se impone. La identidad femenina parece implicar mayor vigilancia del funcionamiento de su organismo, pero esa mayor atención hacia sí mismas produce sentimientos de culpa, se ven egoístas: “Estic dedicant un poquet més de temps a mí [...] sempre, el sentit de la culpabilitat” (E. 3). Por su parte, en los varones se aprecia rebeldía o desconfianza hacia el cuidado: “llevo una temporada que estoy hartísimo de las pastillas y he mandado a los médicos y las pastillas a...” (E. 9); “me cuido... a temporadas [...] aunque me cuide he observado... pues sí, hay temporadas que estoy bien, cuidándome o no cuidándome” (E. 16).

La fibromialgia deteriora la autopercepción de las mujeres, que llegan a sentirse impedidas, incapacitadas, inútiles: “estoy como inválida pero sin silla de ruedas” (E. 10); “te ves joven e incapacitada y eso cuesta de aceptar” (E. 4); “te comparas con lo peor, como una escoria” (E. 1). Por el contrario, los hombres no muestran que la enfermedad haya afectado a su autoconcepto, o no lo verbalizan. Sí manifiestan que su carácter ha cambiado, son más irritables y agresivos, lo que también ha sido expresado por las mujeres.

40 Otros rasgos de personalidad de las enfermas son: muy meticulosas, perfeccionistas, autoexigentes en grado sumo, metódicas y con niveles de autosatisfacción muy bajos (Castro-Villalba, 2003: 15).

En ambos sexos las expectativas son mínimas o nulas porque su esperanza está claramente determinada por el progreso en el estudio de la fibromialgia. Ahora bien, mientras que los varones manifiestan inquietud por su situación laboral, este aspecto no ha surgido al conversar con las mujeres. Ello puede significar un miedo general a los efectos que conllevaría la incapacidad (más visibles socialmente en el terreno laboral), lo que confirma los hallazgos de otros estudios: a los hombres españoles lo que más les preocupa de su salud es la incapacidad, mientras que a las mujeres es la salud mental (Esteban, 2001: 215-216). Hombres y mujeres, pues, presentan una diferente percepción y valoración de los problemas.

La enfermedad es un caso particular de situación asistible. La búsqueda de ayuda profesional, como conducta de enfermedad, es una respuesta cultural y socialmente aprendida, por lo que cabe encontrar diferencias por sexo. Así se aprecia en el imaginario colectivo, siendo esta dimensión uno de los principales núcleos discursivos de las reuniones de grupo.

Las mujeres juzgan, taxativamente, que ellos son más reacios a acudir al médico:

“Mi marido enfermó y yo no sa... no había venido jamás, no sabía lo que era venir a por un parte de baja; porque él, con unas anginas, se fue a trabajar, con el lumbago, que le daba la pierna a rastras se iba [...]. Y no, no cogía, jamás cogía una baja. Cuando la cogió, mira, fue para... al mes morir” (G. 1).

“- Mi marido ahora mismo ha tenido pulmonía, hace un mes. Y ha venido ya, pero cuando ya estaba con 40 de fiebre, que no había forma...

- Mi marido es igual... Para venir, viene lo justo y si le hacen la baja o lo que sea, enseguida está pidiendo el alta, porque él dice que en casa no puede estar” (G. 5).

Por su parte, los varones también observan claras diferencias.

“- Pero aún así yo creo que el hombre es menos propenso a ir al médico. Y yo, si no estoy enfermo no voy al médico.

- Yo, en mi caso, por falta de tiempo, pues no voy. Muchas veces, porque voy diciendo, ya iré, ya iré, esperando a ver si... se soluciona solo” (G. 6).

“Yo no voy al médico [...]. Vas al médico y te prohíbe beber, fumar, comer...Y me tuve que dejar de fumar” (G. 7).

Los discursos colectivos, pues, captan la imagen que un sexo tiene del otro y el sentido que atribuyen a sus prácticas sociales. Los hombres son reacios a acudir a la consulta médica, también cuando se trata de fibromialgia. Para la psicóloga de AVAFI los varones demoran la visita médica al máximo: “espera, espera y espera

[...] van ocultando [...] hasta que explotan [...] hasta que se desencadena la protesta” (E. 19).

A partir de los diferentes testimonios se puede extraer una conclusión: por miedo a una enfermedad grave, por rechazo a que se certifique su rol de enfermo, por resistencia a cambiar los hábitos, por querer mantener su virilidad a toda costa, sea cual sea la causa, los hombres demoran la búsqueda profesional más que las mujeres.

6.3. LA ATENCIÓN SANITARIA: EL ROL DE PACIENTE

La consulta al profesional permite legitimar el rol de enfermo, más fácilmente si se obtiene un diagnóstico concluyente. Pero en el caso de la fibromialgia, un elevado porcentaje de enfermos pasa mucho tiempo sin recibir diagnóstico, como refieren todos los estudios consultados y se ha constatado en éste. De cualquier modo, la relación con el sistema sanitario convierte al enfermo en paciente, lo que implica la asunción de un nuevo papel, con sus consiguientes derechos y obligaciones.

La respuesta que reciben los enfermos de fibromialgia cuando acuden por primera vez a las consultas médicas es, fundamentalmente, escepticismo, que puede ser interpretado como un prejuicio contra el enfermo o como una razonable precaución técnica.

Además, la experiencia que relatan denota sesgos androcéntricos. En el sistema médico se produce mayor inclinación a pensar en la somatización cuando la sintomatología difusa o atípica, como es ésta, es presentada por una mujer, lo que muestra que la controvertida psicologización de las enfermedades se emplea con menos reparo para diagnosticar a ellas⁴¹. En estos términos recordaban las enfermas las reacciones de los médicos: “eso es que a lo mejor tienes una mala racha” (E. 4); “me decía que era un poco de cuento, es que no puede ser... no puede ser, porque eso es un poco psicológico” (E. 5); “el médico decía que... yo que sé, como que yo exageraba, o que lo tenía en mi mente, que yo creía que me dolía [...] me enfadé, porque yo digo: este médico me toma por loca” (E. 10).

También se advierte que las mujeres encuentran más impedimentos iniciales para ser revisadas por médicos especialistas. Los hombres, o bien son remitidos por sus médicos de cabecera a la asistencia especializada o directamente acuden a ésta -a través del sistema privado- o a hospitales. Pero cuando los médicos piensan en derivar a las enfermas, el supuesto componente psicológico de sus problemas

41 Los varones y los médicos atribuyen a las mujeres sugestión patológica y abuso del sistema sanitario.

de salud hace dudar acerca de la especialidad más indicada. Una de las entrevistadas lo rememora así: “me puse a llorar, a llorar, porque digo: si el médico no me entiende [...] y entonces dice: pues no sé qué hacer, si mandarte al psiquiatra o mandarte al reumatólogo. Entonces yo le dije: mándame al reumatólogo porque yo, de, de psiquiatra para nada” (E. 12).

A todos se termina haciéndoles todo tipo de exploraciones complementarias. La ausencia de pruebas que muestren evidencia de patología orgánica supone un largo deambular. No obstante, la sensación de peregrinaje largo y tortuoso es subrayada particularmente por los varones, lo que invita a pensar que la identidad y el rol de género femenino⁴² favorecen la adopción del rol de paciente.

Durante el transcurso de las pruebas, ambos sexos señalan la desorientación y confusión de los médicos. Desconocimiento admitido por éstos: “la formación acerca del síndrome durante los estudios de enfermería y de medicina es mínima o prácticamente nula. Hay un desconocimiento de la organicidad y de los datos científicos descritos de evidencia en la fibromialgia” (Alegre de Miquel et al., 2004: 526).

Por consiguiente, si el desconcierto de los pacientes es considerable, no lo es menos el de los médicos. A tenor de lo que expresan en los artículos, existen tantos datos a favor como en contra de que la fibromialgia es un trastorno psicósomático⁴³. A tenor de lo que expresan las afectadas, los síntomas depresivos son una consecuencia, y se oponen rotundamente a que su trastorno se deba a somatizaciones. Esta actitud no ha sido observada en los varones, probablemente, porque no se les acusa de ello.

Los pacientes suelen pasar varios años de consultas médicas sin éxito respecto a su diagnóstico y tratamiento, larga demora que provoca desesperanza e impotencia. El tiempo que transcurre desde la primera consulta hasta el diagnóstico es variable, entre dos y cuatro años, pero significativamente superior en las mujeres -al igual que en otros estudios (Ruiz Pérez et al., 2007)-. Hay enfermas que son diagnosticadas tras diez años o más de consultas, lo que se convierte en una tortura: “no sé si once, si doce, no lo sé, pero más de diez años he estado en la puta cárcel” (E. 15).

42 Las mujeres son más dóciles y pacientes y tienen mayor experiencia en el uso de la red sanitaria.

43 En Estados Unidos, Bennett, gran maestro de la fibromialgia a nivel mundial, afirma que un 60% de sus pacientes ha sufrido depresión en algún momento y el 30% la presentan cuando acuden a la primera visita (Rotés-Querol, 2003: 146). Estudios realizados en España revelan que los antecedentes de depresión se encuentran entre el 50% y 70% de los pacientes fibromiálgicos, y sin embargo, sólo un 20% presentan criterios de depresión mayor en el momento del diagnóstico (Galgo Nafria et al. 2002: 65).

El diagnóstico suelen realizarlo reumatólogos mediante la prueba de los puntos gatillo, que es señalada por casi todos los hombres y menos de la mitad de las mujeres, lo que podría indicar que para ellos representa una demostración incontestable, la certificación “oficial” de su dolencia -”los di todos, todos. No falló ninguno” (E. 18)-.

En general, les alivia disponer por fin de una explicación lógica a sus múltiples molestias, llevan mucho tiempo deseando la confirmación de una enfermedad concreta y encuentran su expediente salvífico. Además, saber qué es lo que tienes, supone saber qué es lo que no tienes.

Ahora bien, en la reacción ante el diagnóstico se vislumbran sustanciales diferencias. El desahogo y/o la confirmación de que no hay locura, es más destacado por las mujeres: “lo únic que li vaig poder dir és, gràcies, li vaig donar la mà, gràcies per per lo menos per dir-me què és el que tinc” (E. 3); “cuando llevas tantíssimos médicos y tantíssimas pruebas y que no te encuentran nada y que ya te están tratando de loca y tal, pues me sentí bien porque dije, bueno, ya tengo algo, ya tengo un nombre” (E. 4); “siempre... siempre te diré que te liberas” (E. 15). En los varones, por el contrario, la comunicación del diagnóstico, pese a que a algunos tranquiliza, provoca un choque emocional. Así lo evocan: “muy mal, estuve durante bastante tiempo llorando [...] como un desgraciado” (E. 7); “me sentí mal, me sentí mal [...] ¿cómo, cómo, cómo voy yo, a hacer yo... a hacer una vida normal?” (E. 16).

Es posible que el género explique estas diferentes actitudes ante el diagnóstico. La experiencia de la psicóloga de AVAFI lo atestigua: “es una enfermedad como muy femenina, entre comillas lo de femenina [...] que habla mucho de... sentimientos, de no entender, de sentirse débil..., habla de cosas que, dentro del arquetipo, los varones no quieren reconocer ni a puñaladas” (E. 19).

Una queja expresada por la mayoría es la escasa información que reciben cuando se les anuncia el diagnóstico. Esta parquedad de los médicos es la antítesis de lo que ellos mismos proponen, pues valoran que la buena información al paciente constituye de por sí una buena medida terapéutica (Bosch et al., 2002: 17; Collado et al., 2002: 747; Sedó y Ancochea, 2002: 564). Todos los médicos suscriben que la relación médico-paciente es la base principal del éxito terapéutico en los enfermos de fibromialgia: “hay que escucharlos y dedicarles cierto tiempo” (Rotés-Querol, 2003: 148). Sin embargo, no parece muy realista teniendo en cuenta los tiempos medios de consulta en la sanidad pública (Sedó y Ancochea, 2002: 564), así como la dificultad de incorporar cambios en una práctica médica sometida a la rutina.

Durante las consultas, las enfermas adoptan un papel más activo, se muestran

más curiosas y ven como inherente al rol el hecho de preguntar: “yo todas las noches hacía mi lista, mañana le tengo que preguntar al médico” (E. 1); “a mí siempre me ha gustado saber, tengo todos los medicamentos allí puestecitos, no se me olvida ni uno” (E. 12). Los hombres apenas formulan preguntas, tal vez tengan mayores expectativas respecto a la información que deben facilitarles: “incluso ha habido casos que he tenido que preguntar porque no me decían absolutamente nada” (E. 6).

Los testimonios revelan que mujeres y hombres son tratados de un modo distinto y mantienen diferentes comportamientos y actitudes hacia las indicaciones médicas. A ellas se les prescribe más antidepresivos, lo que puede significar sesgos de género inconscientes. Ellas son más constantes y solícitas con los tratamientos, pero si transcurrido un tiempo no mejoran, son más propensas a abandonarlo porque temen los efectos de los fármacos⁴⁴.

Enfermos y enfermas califican negativamente la atención de los médicos. El desconocimiento de la enfermedad puede explicar la baja valoración⁴⁵, aunque es una dimensión más enfatizada por las mujeres. Ellas también lamentan los efectos perversos del tan deseado expediente salvífico: “Todo lo achacan a la fibromialgia y a lo mejor tienes otra cosa” (E. 2). Y aun disponiendo de diagnóstico, en las mujeres es frecuente que sus síntomas sean atribuidos de modo persistente a la depresión.

6.4. APOYO Y PERCEPCIÓN SOCIAL: DUELE MÁS LA INCOMPENSIÓN QUE LA ENFERMEDAD

El apoyo social no suele acompañar a las personas con fibromialgia. Muchos se enfrentan a un entorno hostil porque el padecimiento desgasta al enfermo y a los que le rodean. A menudo, las dificultades surgen porque se cuestiona su existencia, pues como enfermedad poco conocida, es poco respetada: “debemos convencer [...] a todo el mundo, que estamos enfermos” (Castro-Villalba, 2003: 26).

El escepticismo e incompenSIÓN de los demás en la etapa de inicio han sido constantemente resaltados durante las entrevistas, con más énfasis por los hombres, tal vez porque ser objeto de suspicacias y celos choca con el estereotipo de varón. Esta parte de los discursos no deja lugar a dudas: “luchando con todo el

44 El cumplimiento de las indicaciones médicas fue un asunto debatido también en los grupos. Hay evidencias de que las mujeres acatan más las pautas terapéuticas si consisten en la toma de fármacos. Sin embargo, raramente hacen reposo cuando el médico lo prescribe.

45 Además, la gran prevalencia del síndrome y la elevada frecuentación a las consultas, “hace imposible su control y seguimiento” (Alegre de Miquel et al., 2004: 526).

entorno [...] no saben lo que yo he estado sufriendo” (E. 6); “muy difícil de creer, no para la familia ya en sí, sino incluso para los amigos” (E. 7); “hasta llegar al punto de decirme que estaba loco o que me provocaba yo la enfermedad [...]. Tú lo que tienes que hacer es ir a trabajar, tienes obsesiones” (E. 9); “per part dels meus germans... per part de ma mare, incredulitat” (E. 17).

Cabría deducir que en el reconocimiento social de la fibromialgia hay una actitud algo más tolerante hacia las mujeres, lo que prueba que socialmente se aceptan mejor los síntomas de esta enfermedad en las mujeres, aunque no por ello son comprendidas. No obstante, bien sea una realidad o un prejuicio, los hombres se muestran menos vulnerables frente a las muestras de desconfianza, a lo que puede contribuir el rasgo de género masculino de prescindir con más facilidad de los juicios de los otros.

Durante la larga etapa de pruebas la desconfianza es palpable. Los enfermos y las enfermas no logran lo que Suchman (1965) denomina “legitimación provisional” o proceso por el cual los que le rodean admiten que se siente enfermo. Por fin, cuando llega el diagnóstico, las actitudes sociales se modifican, especialmente hacia los varones, a los que dejan de acusarles de “quejicas”, les tratan de otro modo: “antes era més: ¡va! És que et queixes de tot, ara ja no m’ho diu” (E. 8); “ahora sí te creen” (E. 16); “Canvia en tots els aspectes” (E. 17). Y cambia todavía más cuando es un tribunal médico el que juzga la gravedad de su dolencia, como narraba este varón: “ja era reconeiximent oficial, ahí ja no n’hi havia trampa ni cartón” (E. 17).

En las mujeres, por el contrario, no parece ser suficiente el diagnóstico médico para el reconocimiento social de su dolencia. Las actitudes de los demás no cambian tanto, siguen sin comprender, se muestran indiferentes al diagnóstico o incluso lo niegan.

La fibromialgia altera profundamente la vida cotidiana porque genera dificultades para realizar las actividades rutinarias. Factores de género se traslucen en los cambios que la enfermedad provoca, pues la repercusión de la enfermedad en la esfera privada en las mujeres y en la pública en los varones, es un hecho constatable. Las conversaciones recogen repetidamente las diferencias de los roles de género en relación con el trabajo reproductivo: todas las entrevistadas aluden a la dificultad de hacer las tareas domésticas, lo que apenas comentan los varones.

De otro lado, los testimonios corroboran un rasgo de personalidad en las enfermas de fibromialgia: la obsesión por el orden y la limpieza. Esto conduce a pensar que el estereotipo de género femenino ha sido profundamente interiorizado por

estas mujeres. Sin embargo, la enfermedad poco cambia la distribución del trabajo doméstico, pero sí altera las relaciones familiares.

En las mujeres cambia la vida de pareja, a veces hasta la ruptura. Cambia incluso en su sexualidad: tienen dolor y se sienten sin fuerza y sin deseo⁴⁶. No tienen fuerzas para dar muestras de cariño a los hijos: “és mol dur el que te vullga abraçar i vages fugint [...] mamà ¿per què no vols que t´abrace? ¿qué és que no me vols? Mira carinyo, no és que no te vullga, és que me fas mal” (E. 3). A los hombres también genera problemas de relación: “lo único que les estás transmitiendo es amargura o dolor” (E. 6); “acabes amargant a la familia” (E. 14); “també em vaig amagar hasta d’ella perquè en tota la medicació sexualment era una piltrafa” (E. 14).

Por otra parte, se ratifica el protagonismo de las mujeres en los asuntos de salud, que no sólo consiste en acompañar a las consultas. Los hombres con fibromialgia recurren a ellas para solicitar recetas: “mando a mis hermanas porque yo es que no quiero ir” (E. 9). Sus cónyuges les insisten en llevarles a médicos: “me ha querido llevar muchas veces al médico mi pareja; a mí no me lleves hasta que tenga el cuello partido, o una mano cortada o alguna cosa grave” (E. 9). Las madres les cuidan en los ingresos. Sobre sus parejas recae la vigilancia del tratamiento. Sin duda, las mujeres dan más ayuda que reciben, como se recoge en este fragmento de los grupos de discusión:

“tengo unos hijos que no me puedo quejar, y Dios mío... trabajadores como ellos solos, pero me gustaría que un día dijeran: “mamá, ¿cómo estás de las piernas?... ¿quieres que te acompañemos al médico?... que todo tengo que ir sola” (G. 2).

Si en la familia muchas de estas personas no encuentran apoyo y comprensión, es difícil que en otros grupos primarios la obtengan. Esta enfermedad “envenena las relaciones” (Castro-Villalba, 2003: 12), porque es arduo conciliar estas dos tendencias: se necesitan más que nunca las redes de sociabilidad para sobrellevar la enfermedad y, poco a poco, la enfermedad va quebrantándolas. Ambos sexos han sufrido la pérdida de relaciones, pero la describen de distinto modo. Los hombres relatan que sus amigos se han alejado, huyen, se cansan. Las mujeres se autorresponsabilizaran de ello: te vas marginando, te vas excluyendo.

Una de las actividades que crea más dificultades es el trabajo. Es muy doloroso sentir que tienen una disminución ostensible de la capacidad de trabajo, que tienen memoria frágil, dificultades en la concentración, fatigabilidad o irritabilidad. La persona enferma comienza a ver que no eran tan buenos estos compañeros y

46 Lo que concuerda con los resultados de otros estudios (García Campayo y Alda, 2004).

su lugar de trabajo lentamente se va convirtiendo en un tormento. O, en el mejor de los casos, en un espacio de incompreensión, como relata Manuela de Madre: “Cuando intentaba verbalizar lo que me sucedía, no encontraba empatía en mis compañeros [...] me sentí muy sola, sin apoyo” (2005: 94-96).

Sin embargo, las consecuencias de la enfermedad en la vida laboral también son expuestas de diferente modo. Los varones jóvenes perciben su enfermedad como un obstáculo en su carrera profesional. Además, es notoria la necesidad de los hombres de justificar sus periodos de inactividad laboral a causa de las bajas: “yo de bajas no soy [...]. Ha sido ya fuerza mayor cuando he cogido la baja” (E. 11).

Más allá de la esfera familiar, laboral o de las amistades, los apoyos se reducen básicamente a los que encuentran en la Asociación Valenciana de Afectados de Fibromialgia (AVAFI)⁴⁷. En cualquier enfermedad, las demandas de cuidado no satisfechas por las instituciones sanitarias son canalizadas por otras vías, como familiares, allegados u organizaciones de enfermos. En el caso de la fibromialgia, ante el vacío sociosanitario que ocasiona la falta de reconocimiento y de un tratamiento eficaz, el papel de las asociaciones es irremplazable. No obstante, enfermas y enfermos difieren profundamente en la concepción, en el modo de integrarse y de usar esta forma de solidaridad. Para ellas, AVAFI resulta clave en la asunción de su dolencia, para ellos es un recurso excepcional.

En efecto, es en la asociación donde casi todas encuentran el soporte fundamental. Imprescindible e insustituible según la experiencia de esta mujer: “Yo, cuando tuve cáncer, no tuve que ir a ninguna asociación, porque ya sabes a lo que te enfrentas, pero con esto me volvía loca, me volvía loca y no tienes cooperación de los de tu alrededor” (E. 10). Es en la asociación donde más comprensión encuentran: “Yo en mi casa no tengo queja de mi familia, pero no es el mismo entendimiento que con las compañeras” (E. 5). Es más, a veces, la vida social se reduce a las relaciones que se han fraguado en la asociación. Los hombres, en cambio, no buscan o se resisten a recibir ayuda externa a su familia, lo que hace pensar que a ellos, varones, les cuesta dar el paso y reconocer ante un grupo de personas, más si mayoritariamente son mujeres, la sintomatología y las dificultades que acarrea su enfermedad.

Así, pues, pocos apoyos tienen enfermos y enfermas, y si los enfermos encuentran en su familia algo más de apoyo -como también refieren otros estudios (Ruiz Pérez et al. 2007)-, las enfermas los buscan y encuentran en los grupos de ayuda mutua. Se trata de una más de las diferencias entre hombres y mujeres en el modo de afrontar la enfermedad, quizá la más visible socialmente.

47 Esta asociación se creó el 10 de octubre de 1996.

7. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

Tras este recorrido por las cifras y los discursos llega el momento de hacer un balance de los resultados y extraer de forma compendiada los hallazgos principales.

- Las mujeres viven más pero peor. Ellas sufren más trastornos, que no matan, pero que no las dejan vivir satisfactoriamente. Es innegable que el género actúa como mediador en la evaluación de la salud, tanto por las condiciones de vida que se derivan de los roles desempeñados, como por los elementos que operan en la construcción sociocultural de las identidades masculina y femenina.
- Las situaciones más ventajosas mejoran la salud de la población, especialmente de la femenina. En ambos sexos mejora la valoración de su salud conforme aumenta la clase social, la educación formal y los ingresos económicos, pero también se observa que las mujeres situadas en los estratos más altos presentan un nivel de salud que se equipara o incluso supera al de los hombres. Asimismo, cuando las mujeres disfrutan de una buena vida social y familiar, su salud se beneficia. En consecuencia, cuantas más oportunidades y recursos personales tengan las mujeres, mayores niveles de salud lograrán.
- La salud autopercibida de los varones está estrechamente asociada a su situación laboral y en menor medida a su situación familiar. Si los hombres parados presentan un nivel de salud inferior al de los ocupados, la salud de los separados y divorciados es similar a la de los que viven en pareja. Sin embargo, las mujeres separadas o divorciadas tienen una salud más degradada que las casadas o con pareja, lo que induce a pensar que lo que empeora su salud no es tanto la ruptura como las dificultades que encuentran para sacar adelante una familia monoparental.
- El trabajo doméstico supone riesgos para la salud pública a los que se debe prestar atención. Las amas de casa evalúan su salud peor que las asalariadas, pero no son el colectivo que peor la evalúa, que corresponde a los amos de casa. Esto podría indicar que el trabajo doméstico es lo que en sí mismo hace que se deteriore la salud. No obstante, como el trabajo de la casa no tiene ese efecto tan nocivo cuando satisface a las mujeres, parece que no es sólo su contenido lo que perjudica, sino también su escaso o nulo reconocimiento. Por ello, procede sustituir la denominación de “síndrome de ama de casa” por la de “síndrome de ama de casa devaluada”.
- Las consecuencias de la doble jornada sobre la salud son bastante comple-

jas. De un lado, el trabajo remunerado refuerza el bienestar de las mujeres porque les aporta un tiempo propio, autonomía, ingresos económicos, relaciones, etc. De otro lado, las responsabilidades del empleo añadidas a las del trabajo no remunerado aumentan el estrés, la fatiga y los hábitos que lesionan la salud. Aún así, existe mayor evidencia de que tener un empleo favorece la salud de las mujeres.

- No deben subestimarse las consecuencias sobre la salud de las cargas familiares. Y no sólo porque las cuidadoras presentan una salud más deficiente, sino también porque descuidan la salud propia. Mejorar la vida de las mujeres requiere repartir estas responsabilidades, equiparando los riesgos que conllevan.
- La progresiva incorporación de las mujeres al espacio público promueve la adopción de hábitos y estilos de vida que dañan la salud, como el hábito tabáquico. Ahora bien, como las mujeres que deben combinar trabajo extradoméstico, doméstico y cargas familiares presentan más adicción que el resto, y las que tienen más formación registran las tasas superiores de deshabitación, puede afirmarse que el tabaquismo femenino se irá convirtiendo en una adicción asociada con más fuerza a las mujeres en peores circunstancias sociales y materiales.
- Es previsible que se produzcan cambios epidemiológicos que acorten la diferencia en la esperanza de vida entre ambos sexos. Las mujeres comparten cada vez más los mismos factores de riesgo que los hombres (estrés laboral, consumo de alcohol y tabaco). Prueba de ello es que si los cánceres asociados al tabaquismo han sido más elevados en los hombres, esta razón de género favorable a las mujeres ha empezado a cambiar. Como consecuencia, se pueden acercar los niveles de mortalidad intersexo, como parecen insinuar las cifras más recientes.
- Las mujeres declaran más morbilidad, pero los hombres reciben más tratamiento hospitalario. Esta paradoja puede obedecer a que ellas sufran más problemas y ellos problemas más graves, o a que las mujeres sean más reacias a utilizar las urgencias hospitalarias porque infravaloran su sintomatología y ponen la atención y la salud de los demás por delante de la suya. Pero también puede denotar un trato discriminatorio en el esfuerzo terapéutico.
- Las mujeres desempeñan un papel cardinal durante el proceso de enfermedad de los miembros de su familia. En la trayectoria de enfermedad de las personas con fibromialgia se produce una invisibilidad casi total de los

hombres de la familia, mientras que el papel de las mujeres es básico, sobre todo cuando son varones los que enferman. Además, la vigilancia de los tratamientos recae principalmente sobre las mujeres, lo que es propiciado por la clase médica, que con ello perpetúa los roles.

- Hombres y mujeres parecen pertenecer a dos culturas de la salud diferentes. La cultura de la salud dominante en los varones está muy impregnada de estereotipos de género: el hombre debe ser fuerte, aguantar. De ahí que posterguen la búsqueda de ayuda profesional, sean más proclives a la automedicación y teman a un diagnóstico que certifique su malestar como un rol social oficial que ponga en peligro su papel de proveedor económico y dañe su estatus. Más todavía cuando se trata de fibromialgia, pues como sus síntomas encajan mejor en el estereotipo femenino y es una dolencia que se da más en las mujeres, se produce un rechazo cultural lógico en los varones. Las mujeres aceptan mejor el rol de enfermas y se alegran al recibir el diagnóstico, porque con ello dejan de sentirse neuróticas.
- La construcción social de género configura una relación médico-paciente distinta. Hay evidencia de que las mujeres acatan mejor las indicaciones médicas y de que su salud se ha psicologizado y se las medicaliza con psicofármacos, lo que parece constituir un sesgo de género inconsciente que revela la dificultad de separar el prejuicio de la actuación clínica.
- La trayectoria de la enfermedad es diferente y desigual. Es indiscutible que padecer el síndrome de la fibromialgia es una experiencia atroz y transforma la vida de enfermos y enfermas. Pero hay algo que les diferencia profundamente: la culpabilidad que sienten las mujeres y la discriminación de la que son objeto (por parte de los médicos, que bajo el prejuicio de que las mujeres son más “quejicas”, dudan sus quejas; por parte de su familia y de las redes de sociabilidad, que dudan de su malestar incluso cuando se obtiene el diagnóstico). En consecuencia, compartir experiencias con otras personas afectadas y no quedarse aisladas es, entre otras, parte de la ayuda que la asociación les aporta.
- El análisis de las diferencias por sexo debe combinar varias esferas. La biológica, porque mujeres y hombres son biológicamente distintos. La psicológica, porque presentan etiquetas psicosociales diferentes. La social, porque las mujeres con un trabajo insatisfactorio y mal retribuido, con pesadas demandas sobre múltiples roles, con pobres recursos materiales y de la red social, financian con su salud la conciliación de la vida laboral y familiar. Y la esfera cultural, porque sobre las mujeres inciden imágenes

sociales que pueden ser contradictorias, ya que ser buena madre (asumir cargas, sacrificio) puede ser difícil de compatibilizar con la imagen de la mujer como persona, con su derecho a definir por sí misma su proyecto vital.

En definitiva, existe suficiente apoyo empírico para mantener que en la salud y la enfermedad se producen diferencias y desigualdades de género y, también, diferencias y desigualdades intragénero. Aunque no se puede hablar de la vulnerabilidad de las mujeres bajo la idea de que todos los hombres tienen una situación de salud mejor, desde una visión estereotipada de lo masculino, el estudio confirma que esta construcción social de género produce importantes desigualdades en el mantenimiento de la salud y en el proceso de enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- Alegre de Miquel, C. et al. (2004) «Problemática en el abordaje de la fibromialgia», *Atención primaria*, 33 (9), pp. 526-527.
- Alfonso, F. et al. (2006) “Enfermedades cardiovasculares en la mujer: ¿por qué ahora?”, *Revista Española de Cardiología*, 59, pp. 259-63.
- Arenal, C. (1987) *El pauperismo*. Obras Completas, Tomo decimoquinto, Volumen 1. Madrid: Victoriano Suárez.
- Artázcoz, L. (2001) “La organización del trabajo o riesgo psicosocial: la evaluación olvidada”, en *Género y Salud. I Jornadas de la red de médicas y profesionales de la salud*. Madrid: Instituto de la Mujer, pp. 53-61.
- Artázcoz, L. et al. (2002) “Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar”, en Cabases, J. M. et al. (ed.): *Invertir en salud. Prioridades en salud pública. Informe Sespas 2002*, pp. 73- 91.
- Barberá, E. (1998) *Psicología del género*. Barcelona: Ariel.
- Beauvoir, S. (1981) *El segundo sexo*. Madrid: Aguilar.
- Beichmar, E. D. (1993) “La depresión en la mujer”, en González de Chávez, M. A. (comp.): *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*. Madrid: Siglo XXI, pp. 263-277.

- Berger, P. y Luckmann, T. (1968) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bericat E. (1998) *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. Significado y medida*. Barcelona: Ariel.
- Bosch, E. et al. (2002) “Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria”, *Atención Primaria*, 30 (1), pp.16-21.
- Brugulat, P. et al. (2001) “Estado de salud y género en Cataluña. Una aproximación a través de las fuentes de información disponibles”, *Gaceta Sanitaria*, 15 (1), pp. 54-60.
- Caro Gabalda, I. (2001) *Género y salud mental*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Castillo Aguilera, A. et al. (2003) “Identidad de género y abuso de drogas. Estudio de las características del uso de drogas ilegales entre las mujeres en la Comunidad Valenciana”, *Salud y Drogas*, 3 (2), pp. 37-60.
- Castro-Villalba, P. (2003) *Cartas a mi médico. Cuentos fibromiálgicos*. Barcelona: Icaria.
- Coe, R. (1979) *Sociología de la Medicina*. Madrid: Alianza.
- Collado, A. et al. (2002) “Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña”, *Medicina Clínica*, 118 (19), pp. 745-749.
- Conselleria de Sanitat i Consum (1992) *Encuesta de salud de la Comunidad Valenciana (1990-1991)*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- Corbetta, P. (2003) *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw-Hill.
- Courtenay, W.H. (2000) “Constructions of masculinity and their influence on men’s well-being: a theory of gender and health”, *Social Science and Medicine*, 50, pp. 1385-1401.
- Durán, M. A. (2002) *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao: Fundación BBV.
- Durán, M. A. (2007) *El valor del tiempo. ¿Cuántas horas te faltan al día?* Madrid: Espasa Calpe.

- Emslie, C. et al. (1999) "Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees", *Social Science and Medicine*, 48, pp. 33-48.
- Esping-Andersen, G. (2000) *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona: Ariel.
- Esteban, M. L. (2001) *Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*. Donostia: Tercera Prensa-Hirugarren Prentsa.
- Fuentes i Pujol, M. (2001) "Salud reproductiva y salud integral de las mujeres. Reflexiones desde la práctica en Asistencia Primaria", en Miqueo, C. et al. (ed.): *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y profesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva, pp. 223-235.
- Galgo Nafría, A. et al. (2002) "Diagnóstico de la fibromialgia", *Jano*, 62, pp. 63-66.
- García Campayo, J. y Alda, M. (2004) "La vivencia de la sexualidad en pacientes con fibromialgia: Un estudio cualitativo", *Archivos de Psiquiatría*, 67 (3), pp. 157-168.
- García-Mina, A. et al. (2001) "Género y depresión", en Bernis Carro, C., et al. (eds.): *Salud y género. La salud de la mujer en el umbral del siglo XXI*. Madrid: Instituto Universitario de Estudios de la Mujer, Universidad Autónoma de Madrid, pp. 347-356.
- Gómez Moya, J. (2005) *El alcoholismo femenino: una perspectiva sociológica*. Valencia: Octaedro-Rialla.
- González de Chávez, M. A. (2001a) "Preparación para el parto versus preparación para la maternidad y paternidad", en *Género y Salud. I Jornadas de la red de médicas y profesionales de la salud*. Madrid: Instituto de la Mujer, pp. 23-31.
- González de Chávez, M. A. (2001b) "El ideal maternal y el sufrimiento psicossomático de las mujeres", en *II Jornadas de Salud Mental y Género*, Madrid: Instituto de la Mujer, pp. 31-44.
- González de Chávez, M. A. (2003) "La fibromialgia. Su relación con la condición de las mujeres", en *La salud de las mujeres. IV Jornadas de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud*. Madrid: Instituto de la Mujer, pp. 65-85.
- Healy, B. (1991) "The Yentl Syndrome", *New England Journal of Medicine*, 325 (4), pp. 274-275.

- Instituto de la Mujer. *Las mujeres en España*, en:
<http://www.inmujer.migualdad.es/MUJER/mujeres/cifras/salud/index.htm>
- Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta de morbilidad hospitalaria*, en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p414&file=inebase&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística. *Indicadores demográficos básicos*, en: <http://www.ine.es/jaxiBD/tabla.do?per=12&type=db&divi=IDB&idtab=7>
- Institut Valencià d'Estadística. *Indicadores sociales de la Comunitat Valenciana*, en:
<http://www.ive.es/>
- Khlat, M. et al. (2000) "Women's health in relation with their family and work roles: France in the early 1990s", en *Social Science and Medicine*, 50, pp. 1807-1825.
- Levinton, N. (2001) "El superyó femenino", en *II Jornadas de Salud Mental y Género*. Madrid: Instituto de la Mujer, pp. 45-58.
- Lostao, L. y Regidor, E. (2002) "Desigualdades sociales en salud en España", en Cockerham, W. C. *Sociología de la Medicina*. Madrid: Pearson, pp. 396-418.
- Löwy, I. (2002) "Ciencias y género", en Hirata, H. et al. (coord.): *Diccionario crítico del feminismo*. Madrid: Síntesis, pp. 41-86.
- Madre, M. de (2005) *Vitalidad crónica. Convivir con la fibromialgia*. Barcelona: Planeta.
- Martínez Benlloch, I. y Bonilla Campos, A. (2000) *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad*. Valencia: Universitat de València.
- Mead, M. (1973) *Sexo y temperamento en las sociedades primitivas*. Barcelona: Laia.
- Mead, M. (1994) *Masculino y femenino*. Madrid: Minerva.
- Mechanic, D. (1995) "Sociological dimensions of illness behavior", *Social Science and Medicine*, 41, pp. 1207-1216.
- Messing, K. (1997) "Buscando el rastro de lo invisible: indicadores científicos de los riesgos de salud en el trabajo de las mujeres", en *Vivir con salud, haciendo visibles las diferencias*. Madrid: Instituto de la Mujer, pp. 133-143
- Mingote Adán, C. (2001) "La medicina psicosomática desde una perspectiva de

- género”, en *II Jornadas de Salud Mental y Género*. Madrid: Instituto de la Mujer, pp. 15-29.
- Montero, I. et al. (2004) “Género y salud mental en un mundo cambiante”, *Gaceta Sanitaria*, 18 (1), pp. 175-181.
- Moreno, N. (2001) “Condiciones de trabajo y salud desde una perspectiva de género”, en *Género y Salud*. I Jornadas de la red de médicas y profesionales de la salud. Madrid: Instituto de la Mujer, pp. 63-70
- Navarro, V. y Benach, J. (1996) “Informe de la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud en España”, *Revista de Salud Pública*, 70, pp. 505-636.
- Observatorio de Salud de la Mujer. *Informe Salud y Género 2005*, en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe2005SaludGenero.pdf>
- Observatorio Español sobre Drogas. *Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Informe 2007*, en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2007.pdf>
- Parsons, T. (1984) *El sistema social*. Madrid: Alianza.
- Pérez-Pareja, J. et al. (2005) “Percepción del dolor y fibromialgia”, *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33 (5), pp. 303-310.
- Popay, J. et al. (1993) «Gender inequalities in health: social position, affective disorders and minor physical morbidity», *Social Science and Medicine*, 36, pp. 21-32.
- Regidor, E. (coord.) (2002) *Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo XX*. Alicante: Universidad de Alicante.
- Rohlfs, I. et al. (1997) “Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibida de las mujeres”, *Medicina Clínica*, 108, pp. 566-571.
- Rohlfs, I. et al. (2004) “Género y cardiopatía isquémica”, *Gaceta Sanitaria*, 18 (2), pp. 55-64.
- Rotés-Querol, J. (2003) “La fibromialgia en el año 2002”, *Revista Española de Reumatología*, 30 (4), pp. 145-149.
- Ruiz Cantero, M. T. y Verdú Delgado, M. (2004) “Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico”, *Gaceta Sanitaria*, 18 (1), pp. 118-125.

- Ruiz Pérez, I. et al. (2007) «Diferencias en características sociodemográficas, clínicas y psicológicas entre hombres y mujeres diagnosticados de fibromialgia», *Revista Clínica Española*, 207, pp. 433-439.
- Sedó, R. y Ancochea, J. (2002) “Una reflexión sobre la fibromialgia”, *Atención Primaria*, 29 (9), pp. 562-564.
- Sobrequés, J. y Piñol, J. L. (2001) “Historia clínica de atención primaria: calidad y factores asociados”, *Atención Primaria*, 28 (8), pp. 535-542.
- Sontag, S. (1984) *La enfermedad y sus metáforas*. Barcelona: Muchnik.
- Spector, R. (2003) *Las culturas de la salud*. Madrid: Pearson Educación.
- Suchman, E. A. (1965) “Stages of illness and medical care”, *Journal of Health and Human Behavior*, 6, pp. 114-128.
- Townsend, P. Y Davidson, N. (1982) *Inequalities in health. The Black Report*. London: Penguin.
- Usall I. y Rodié, J. (2001) “Diferencias de género en los trastornos del estado de ánimo: una revisión de la literatura”, *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29 (4), pp. 269-274.
- Valverde, M. et al. (2000) “Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Estudio EPISER (resumen)”, *Revista Española de Reumatología*, 27, pp. 157.
- Valls Llobet, C. (1995) “Consecuencias orgánicas del estrés. Cómo afecta de forma diferenciada a hombres y mujeres, en *Jornadas Incidencia del estrés en la salud de las mujeres*. Vitoria- Gasteiz: Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, pp. 54-68.
- Valls Llobet, C. (2001) “Desigualdades de género en salud pública”, en *Género y Salud. I Jornadas de la red de médicas y profesionales de la salud*. Madrid: Instituto de la Mujer, pp. 15-22.
- Valls Llobet, C. (2003) “Aspectos biológicos y clínicos de las diferencias”, *Quark*, 27, pp. 41-53.
- Virtanen, M et al. (2005) ”Temporary employment and health: a review”, *International Journal of Epidemiology*, 34 (3), pp. 610-622.
- Weil, O. et al. (eds.) (1999) *Priorities for Public Health Action in the European Community*, en: <http://sfsp-publichealth.org/prioeuro.pdf>.

Wilkinson, R. G. y Marmot, M. (ed.) (1999) *Social Determinants of Health*. New York: Oxford University Press.

Wolfe, F. The American College of Rheumatology (1990) “Criteria for the classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee”, *Arthritis Rheumatology*, 33, pp. 160-172.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

1. Se aceptarán trabajos de investigación no publicados fruto de investigaciones en curso o recientemente finalizadas, así como síntesis de tesis doctorales o trabajos de investigación de Tercer Ciclo.

2. El Consejo de Redacción recibirá los trabajos y comunicará a los autores cualquier sugerencia de modificación. La selección de textos se apoyará en evaluadores externos a la revista.

3. La extensión **total** de los originales se ajustará a **40-41 hojas** DIN-A4. El texto se presentará en Arial de 11 puntos, con un 1,5 de interlineado. En la primera página aparecerá el título del trabajo y el nombre del autor. En una hoja aparte, los autores deben presentar un resumen del trabajo en 100 palabras especificando 3 palabras clave, así como una breve descripción sobre la procedencia del trabajo (Tesis doctoral, proyecto de investigación financiado, u otros) y cualquier otra indicación (dirección postal, cargo profesional, e-mail, fax).

4. Se enviarán **una copia impresa** y el archivo de texto a través de e-mail.

5. Para las **referencias bibliográficas** se seguirá el **sistema autor-año** tanto en el texto como en las notas a pie de página:

-Se incluirán a lo largo del texto las citas con la indicación entre paréntesis del autor citado, el año de publicación y, en su caso, de las páginas donde se halla el texto original: (Sennet, 2000: 8-9).

-Se incluirán al final del texto, las referencias bibliográficas completas ordenadas alfabéticamente de acuerdo al siguiente modelo:

Sennet, R. (2000) La corrosión del carácter, Anagrama, Barcelona.

Subirats, M.(1999) “Les desigualtats socials a la Catalunya actual”, Revista Catalana de Sociologia nº 9, setembre 1999.

6. Los trabajos podrán presentarse en cualquiera de las dos lenguas oficiales de la Comunidad Valenciana.

7. Los originales han de remitirse a: **Quaderns de Ciències Socials**

Facultat de Ciències Socials

Edifici Departam. Occidental

(Entreplanta-Deganat)

Avda. Tarongers s/n 46022- València

e-mail: Quaderns@uv.es

NÚMEROS ANTERIORES:

nº 1 / Segona època

Elena Gadea Montesinos.

Las mesas de solidaridad. Un estudio de caso sobre la participación ciudadana en el ámbito local.

nº 2 / Segona època

M^a Jesús Berlanga.

Identidad y desarrollo en los bereberes de Marruecos.

nº 3 / Segona època

Beatriz Santamarina Campos.

Cazando lo invisible. Una antropológica en el laboratorio.

nº 4 / Segona època

María Albert Rodrigo.

La eclosión asociativa de los 90: Causa y consecuencia del cambio social.

nº 5 / Segona època

Rocío Moldes Farelo.

*Migraciones contemporáneas y mercado laboral:
El caso de la comunidad caboverdiana en la minería leonesa.*

nº 6 / Segona època

M^a Fernanda Soriano Galiani.

La reforma del Estado en Argentina y la recuperación de empresas por sus trabajadores.

nº 7 / Segona època

Luis Enrique Nores Torres.

El “genoma” laboral: Orígenes, componentes y evolución del Derecho del Trabajo.

nº 8 / Segona època

Lucila Aragón Carrión.

*Ecos del pasado, voces del presente.
Aproximación a la memoria social desde una experiencia educativa
de la Segunda República, los Institutos para Obreros.*

nº 9 / Segona època

María Jesús Felipe Tío.

El sistema de protección social en la Comunidad Valenciana.

nº 10 / Segona època

Petra Araque Catena.

Gestión de mano de obra en la empresa pública: el caso de RENFE.

nº 11 / Segona època

F. Xavier Uceda i Maza

*Adolescents en conflicte amb la llei: Vístimes o victimàries?
Una aproximació des de la Sociologia i el Treball Social*

nº 12 / Segona època

Enriqueta Balibrea Melero

El deporte como medio de inserción social de los jóvenes de barrios desfavorecidos.



<http://www.uv.es/quaderns>