

Androcentrismo en la asistencia médica. Un estudio exploratorio sobre los sesgos en la atención a pacientes con fibromialgia

M^a EUGENIA GONZÁLEZ SANJUÁN

Departament de Sociologia i Antropologia Social. Universitat de València

Recibido: 11 de septiembre de 2011 · Aceptado: 31 de octubre de 2011

“Hemos llegado a la conclusión de que el profundo prejuicio masculino que controla todas nuestras instituciones sociales, especialmente el sistema de salud (institución médica) tiene consecuencias destructivas y perjudiciales y no fomenta una atención sanitaria óptima ni para las mujeres, ni para cualquier otro individuo”.

Colectivo de Mujeres de Boston, *Nuestros cuerpos, nuestras vidas* (1982: 381).

RESUMEN

El artículo trata de desvelar los condicionantes de género en la asistencia médica. Para ello se ha realizado un estudio 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. Los resultados muestran 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 diferencias y desigualdades que surgen en atención médica.

PALABRAS CLAVE: Asistencia médica, sesgos androcéntricos, género, fibromialgia.

CORRESPONDENCIA
eugenia.gonzalez@uv.es

ABSTRACT

The article attempts to reveal gender-based determining factors in medical care. For this purpose, a study was made on fibromyalgia, an extremely unknown disease, which mainly affects women, which is why this could be a paradigmatic case of the gender construction and androcentric biases in medical science. The results show that in differential socialization patterns, in the models of masculinity and femininity and in the division of sex roles, answers can be found to some of the differences and inequalities that arise in healthcare.

KEY WORDS: *Healthcare, Androcentric biases, Gender, Fibromyalgia.*

0. INTRODUCCIÓN

Como toda actividad humana, la producción de conocimiento no puede disociarse del tiempo y lugar donde se desarrolla, ni de los intereses a los que se ve sometida. Numerosos estudios han puesto de manifiesto que la neutralidad y universalidad a la que aspira la ciencia se ve amenazada por diversos factores, entre los que destaca la cultura androcéntrica (Fox Keller, 1991; Pérez Sedeño, 2008).

En efecto, los análisis que el feminismo ha realizado de distintas disciplinas científicas revelan que el sistema patriarcal ha legado un modelo de conocimiento androcéntrico o basado en la hegemonía de la visión masculina, es decir, un conocimiento producido por varones y centrado en el estudio de los varones (Löwy, 2002: 42; Ortiz Gómez, 2006).

En medicina, que es la disciplina que se aborda en este trabajo, se han denunciado abundantes sesgos de androcentrismo, lo que ha dado origen a la adopción de medidas políticas para combatirlos. En el Estado español, y mediante la creación del Observatorio de la Salud de las Mujeres en el año 2004, el gobierno adquirió el compromiso de superar las desigualdades y las actitudes discriminatorias, situando la salud de las mujeres en el centro de la agenda política de salud. Posteriormente, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, propone “el fomento de la investigación científica que atienda las diferencias

entre mujeres y hombres en relación con la protección de su salud, especialmente en lo referido a la accesibilidad y el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, tanto en sus aspectos de ensayos clínicos como asistenciales”¹.

El presente artículo tiene como objeto develar la discriminación de las mujeres en la atención médica, para lo cual se presenta una investigación realizada en pacientes que sufren fibromialgia. La exposición se estructura del siguiente modo: en primer lugar, y a modo de marco teórico, se recopilan algunos hallazgos sobre las desigualdades de género en el ámbito de la medicina; en segundo lugar, se formulan las hipótesis que han inspirado la investigación y se indica la metodología empleada para verificarlas; en tercer lugar, se muestran los principales resultados; finalmente, se presentan las conclusiones que se derivan del análisis realizado.

1. SESGOS ANDROCÉNTRICOS EN LA CIENCIA Y PRÁCTICA MÉDICAS

Las desigualdades de género en el campo de la salud son notorias y complejas. Además de que el acceso a la salud y a la asistencia sanitaria varía en función del sexo, el sistema médico-científico puede ser utilizado como instrumento de dominación social, produciendo y reproduciendo la subordinación

¹ Apartado 3.b del artículo 27.

ción de las mujeres en la sociedad². Así se desprende de la discriminación de la que éstas han sido objeto en la investigación y en la práctica médicas.

1.1. Discriminación en la ciencia médica

El monopolio de los varones en la actividad científica ha supuesto la construcción de un saber médico dominado por el sesgo de género, que obedece no sólo a que se ha sustentado en el modelo biológico masculino, sino también al hecho de haber despreciado determinados síntomas expresados por las mujeres. La discriminación de las mujeres en la investigación médica se ha manifestado de varias formas, de las que resultan singularmente llamativas las siguientes:

- Numerosos ensayos clínicos se han realizado sólo en varones, presumiendo que los problemas son similares entre ambos sexos y, consecuentemente, los resultados podían aplicarse de modo automático a las mujeres. Un caso paradigmático es el estudio que demostró el efecto protector del ácido acetil-salicílico contra problemas cardiovasculares, realizado sobre 22.000 hombres (Valls Llobet, 2001: 16).
- Los resultados de las investigaciones sobre los factores de riesgo en varones se han extrapolado directamente a las mujeres, comprobándose después que los factores de riesgo para la muerte súbita difieren por sexo. De otra parte, se han desconsiderado los factores de riesgo para la salud de las mujeres, como pueden ser los derivados del trabajo doméstico o de la sobrecarga de trabajo (Valls Llobet et al., 2008).
- La mayoría de las investigaciones sobre adicción a las drogas han ignorado a las mujeres y sus comportamientos particulares, ocultando que las prevalencias y

patrones de consumo, y sus causas y consecuencias, son distintos para cada sexo (Romo Avilés, 2010: 269).

- Gran parte de los estudios específicos sobre las enfermedades de las mujeres se han centrado en la salud reproductiva (Fuentes i Pujol, 2001: 226), como si otros problemas no provocaran morbilidad/mortalidad. Sin embargo, enfermedades crónicas prevalentes entre las mujeres no han sido todavía bien estudiadas, como el dolor articular, las enfermedades autoinmunes o las endocrinológicas (Valls Llobet, 2001: 19).
- El "techo de cristal", o conjunto más o menos sutil pero poderoso de barreras de acceso de las mujeres a altos cargos o posiciones clave, es especialmente notable en la actividad académico-científica³ (Sales Gutiérrez, 2009).

Ante este cúmulo de discriminaciones que poco a poco se visibilizan y denuncian, la ciencia médica se ha visto obligada a revisar sus paradigmas y 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.

1.2. Desigualdades en la práctica médica

La hegemonía de los varones en el ejercicio de la medicina ha implicado la incorporación a la profesión de los valores masculinos. Ya a principios de los setenta, el Colectivo de Mujeres de Boston en su popular libro *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*, efectuó una dura crítica a la práctica médica por desconsiderar las condiciones sociales de las mujeres a la hora de establecer las causas de la enfermedad, por el tratamiento aplicado a éstas y por las patologías que origina la asistencia médica⁴ (1982: 365-368 y 379). Años después,

2 El enorme poder de la medicina para determinar lo que es normal o sano y lo que es anómalo o enfermedad, ha contribuido a racionalizar y legitimar el papel social que el patriarcado atribuye a las mujeres. La medicina, por ejemplo, ha hecho especial hincapié en las diferencias anatómicas entre ambos sexos y ha servido para apoyar la superioridad masculina.

3 En España, un dato revelador es que hasta 1999 no había ninguna mujer en la Real Academia Nacional de Medicina de España. Carmen Maroto Vela será la 1^a y hasta ahora la única de los 46 miembros.

4 Este grupo de mujeres, que marca un hito dentro de la perspectiva de género en el estudio de la salud, afirma: "No queremos volvernos hombres. Estamos orgullosas de ser mujeres", y también expresa: "lo que era exci-

el Informe Europeo de la OMS de 1990 corroboró que la atención sanitaria contribuye a las desigualdades de salud asociadas con el género.

Los profesionales médicos habitualmente rebaten que el sesgo de género exista, que la medicina actúe bajo la premisa de que el sujeto humano es masculino. Ciertamente, ponen en entredicho su gran motivación y buen entrenamiento clínico, y contradicen las creencias y los valores de muchos profesionales sanitarios. Pero también hay razones para pensar que puede tratarse de una postura defensiva ante las crecientes evidencias de desigualdad en la asistencia, tales como las siguientes:

- Predomina una visión androcéntrica que hace extensiva las actuaciones y protocolos que han sido diseñados para los hombres a la atención y tratamiento de las mujeres. En particular, se ha llamado la atención sobre los sistemas de chequeo que se emplean en medicina preventiva o en salud laboral preventiva (Messing, 1997: 134).
- En las estadísticas de morbilidad hospitalaria existe mayor proporción de mujeres que de hombres que reciben el diagnóstico de "síntomas y signos inespecíficos o mal definidos", como si la clasificación de las enfermedades se hubiera realizado a partir de los síntomas y signos de los pacientes masculinos. Los efectos sobre la salud de la falta de diagnóstico son obvios: no recibir tratamiento o recibir uno inapropiado y, en cualquier caso, empeorar la enfermedad (Ruiz Cantero, 2001: 169-170).
- Los estudios sobre actitudes de los y las médicos en atención primaria han mostrado que una importante proporción califican a sus pacientes femeninas como excesivamente "quejicas", y que su sintomatología es con mucha más frecuencia atribuida

a influencias emocionales. Como consecuencia, a menudo catalogan sus enfermedades como psicósomáticas, lo que raramente se produce en los pacientes masculinos, en los que se aprecia que sus demandas son más serias (Velasco, Ruiz y Álvarez-Dardet, 2006).

- Se supone, sin haberlo probado, que existen diagnósticos más prevalentes entre las mujeres, como la depresión o la ansiedad. Pero sí se ha comprobado el bajo umbral que adoptan los médicos para identificar la depresión femenina cuando durante las consultas las pacientes refieren un estado de ánimo depresivo (Caro Gabalda, 2001: 262).
- Se ha advertido que a igualdad de patologías o sintomatología se tiende a explorar a fondo a los hombres y a prescribir ansiolíticos y antidepresivos a las mujeres⁵ (Ruiz Cantero y Verdú Delgado, 2004). Esta diferente valoración ha sido especialmente constatada en la aplicación de protocolos y tratamientos para las enfermedades cardiovasculares, patologías estadísticamente significativas en ambos sexos, pero percibidas como más prevalentes en los hombres (Beery, 1995; Narkiewicz, Kjeldsen y Hedner, 2006; Calvo-Embuena et al., 2008; Anguita et al., 2010).
- Se ha observado que las mujeres esperan más que los hombres en las salas de urgencias hospitalarias, quizá porque se cree que ellos sufren problemas más graves y complicados, y ellas perciben peor su estado de salud (Ruiz Cantero, 2001: 170).

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

tante en nuestras reuniones era descubrir que lo que todas habíamos tomado como una inferioridad personal, era un problema compartido" (1982: 17-18). Son dos ideas muy básicas, pero centrales en el movimiento de liberación de las mujeres.

⁵ El mayor número de ingresos hospitalarios de la población masculina podría denotar sesgo de género en el esfuerzo terapéutico, pero puede deberse también a que los problemas de salud que padecen los hombres sean más graves o a la menor disposición de las mujeres para abandonar sus responsabilidades domésticas.

como diferentes. La práctica médica no tiene en cuenta la diferencia cuando procede y sí la introduce cuando no procede.

Ahora bien, esta discriminación en contra de las mujeres no obsta para que en otras cuestiones se produzca una discriminación a favor de ellas. Un estudio realizado en Cataluña sobre casi 1.500 historias clínicas de atención primaria, mostró que las mujeres que acudían a la consulta contaban con un registro de datos de interés sanitario mejor que el de los varones, probablemente debido a que las consultas son más largas y/o expresan más sus síntomas y problemas (Sobrequés Soriano y Piñol Moreso, 2001).

2. HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

A partir de las evidencias empíricas señaladas se formulan las hipótesis del estudio y el diseño empleado para su confrontación.

2.1. Hipótesis básicas del estudio

La hipótesis general que ha inspirado la investigación mantiene que si efectivamente el género, y no tanto el sexo, influye en la asistencia sanitaria que se recibe, cabe esperar que las diferencias entre un sexo y otro se vinculen a los roles y estereotipos sexuales de cada género. De esta hipótesis se derivan dos hipótesis secundarias:

Primera: Como los papeles en el sistema sanitario son reflejo de las relaciones sociales que emanan de la estructura social, se puede anticipar que los hombres y las mujeres tengan distinta acogida profesional cuando declaran su malestar, y se abusa de la psicologización de las molestias en la población femenina, presumiendo que son más "quejicas" e hipocondríacas.

Segunda: Las características de género afectarán al modo en que se adopta el rol de paciente. Los rasgos asociados al género femenino, como sumisión, falta de autonomía o docilidad van a facilitar el desempeño

del rol, favoreciendo el cumplimiento de las recomendaciones médicas y emitiendo una valoración mejor de la atención que reciben.

2.2. Diseño de la investigación

Mediante entrevistas personales se ha recogido información de las experiencias en la atención médica de personas con fibromialgia que residen en Valencia capital o en su área metropolitana⁶. Para la selección se contactó con la Asociación Valenciana de Afectados de Fibromialgia (AVAFI), cuya presidenta, trabajadora social y psicóloga actuaron como mediadoras para facilitar la colaboración de los enfermos/as.

Se ha empleado la entrevista cualitativa al ser una técnica que permite acceder a la perspectiva del sujeto para ver el fenómeno con los ojos y con los sentimientos de los protagonistas. De las diferentes modalidades de entrevista se ha empleado la denominada semiestructurada, en tanto que ayuda a mantener la direccionalidad de la conversación, deja hablar y aflorar subtemas no previstos considerados pertinentes, pero evita que la conversación degenera hacia cuestiones totalmente carentes de conexión con el tema tratado.

Quien conduce esta clase de entrevistas deja 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 información. Con este objeto se ha diseñado un guión, que ha servido de herramienta para determinar las dimensiones a tratar y al mismo tiempo conceder amplia libertad a las personas entrevistadas, pues la voz dominante debe ser la del entrevistado/a.

El tamaño muestral fue determinado por los discursos de los entrevistados, de modo que cuando se produjo una reiteración de contenidos, es decir cuando se alcanzó el llamado

⁶ Para el trabajo de campo se ha disfrutado de una beca de la Conselleria de Sanidad.

“punto de saturación”, se concluyó el trabajo de campo. Siguiendo este criterio, 18 personas han sido entrevistadas, 9 hombres y 9 mujeres.

En lo que respecta a la representatividad de la muestra, la orientación cualitativa no aspira a reproducir las características del universo, porque su objetivo no es generalizar. A pesar de ello, en la elección de los entrevistados sí ha habido cierta sistematicidad, pero más con la intención de cubrir una variedad de situaciones que de construir un micro-universo, procurando que estuvieran presentes personas de distintas franjas de edad, situación familiar y laboral.

Inicialmente la selección se orientó hacia sujetos que reunieran las tres características siguientes: de edad comprendida entre los 30 y 60 años, dado que es en las edades medias cuando suele aparecer la enfermedad⁷; que conviviesen en pareja, con objeto de observar el apoyo familiar; y que estuviesen en una situación de incapacidad laboral, puesto que en torno a la mitad de los enfermos/as tienen problemas o son incapaces de realizar las actividades diarias y entre el 30% y el 40% deben abandonar o cambiar de trabajo (Mease, 2005). Posteriormente se vio la pertinencia de ampliar la tipología e incorporar a sujetos que fueran más jóvenes, o que formaran hogares unipersonales o monoparentales, o que estuvieran activos laboralmente, y de este modo poder advertir la existencia de discursos plurales. No obstante, el perfil predominante ha sido el de personas de 35 a 50 años (5 mujeres y 8 varones), casadas o con pareja de hecho (7 mujeres y 4 varones), y con incapacidad laboral⁸ (6 mujeres y 5 varones).

7 No obstante, también ha sido diagnosticada en la infancia y adolescencia, pero es infrecuente en personas muy mayores -de más de 80 años- (Rivera et al., 2006: 55-56).

8 Las situaciones de incapacidad han sido muy variadas: incapacidad transitoria, incapacidad permanente total e incapacidad permanente absoluta.

3. ASIMETRÍAS EN LA ATENCIÓN MÉDICA: PRINCIPALES RESULTADOS

La enfermedad sustrae a la persona de sus actividades normales y de las responsabilidades habituales. Talcott Parsons, precursor en sociología del estudio de los roles de paciente y médico (1984: 400-421), señala que la persona que sufre una enfermedad supone un potencial peligro para la integración en el sistema social, y éste responde mediante el control y coloca al sujeto enfermo en una condición de inmediata y directa dependencia pasiva respecto al sistema.

La consulta al profesional permite que se legitime su rol de enfermo, más fácilmente si 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, como cualquier otro rol en la estructura social.

Las asimetrías por sexo/género en la atención sanitaria serán analizadas comenzando por la etapa de exploraciones y pruebas, para abordar después la recepción del diagnóstico, la relación médico-paciente y la prescripción terapéutica. Sin embargo, es necesario ofrecer previamente unas pinceladas acerca de la dolencia que se ha observado en esta investigación.

3.1. La fibromialgia: una enfermedad enigmática

La fibromialgia⁹ es definida como un estado doloroso crónico generalizado no articular, que afecta predominantemente a los músculos y presenta una exagerada sensibilidad

9 Literalmente significa dolor (algia) en los músculos (mios) y en el tejido fibroso (fibro), tendones y ligamentos.

en puntos determinados. Su diagnóstico es eminentemente clínico pero complicado, dado que la exploración física no demuestra anormalidad ni tampoco las pruebas complementarias mediante análisis, radiografías, escáner, resonancias magnéticas, etc. Los criterios diagnósticos se establecieron 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 et al., 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, que constituye el síntoma más destacado, coexiste con algunos de estos otros: fatiga intensa y altamente debilitante, alteraciones del sueño, cefaleas, hormigueo o entumecimiento de las extremidades, colon y vejiga irritables, dificultad de concentración, lentitud mental, lapsus de memoria, depresión, irritabilidad, ansiedad... [Mease et al., 2011]. Es decir, una pluralidad de síntomas, entre los que el dolor, la fatiga y el insomnio son cardinales.

Hasta el momento, no se dispone de una teoría unificadora que explique en su totalidad la etiología de la fibromialgia, aunque existe suficiente evidencia de que su causa es multifactorial.

La fibromialgia presenta una elevada y creciente prevalencia [oscila entre el 2% y el 4% a nivel mundial]¹⁰, es mucho más frecuente en las mujeres que en los hombres (con una relación estimada de 20/1) y surge normalmente en edades medias (con un pico de prevalencia entre los 40 y 49 años) [Valverde et al., 2000; González et al., 2005]. Esta dolencia produce importantes costes psicológicos y sociales, y conlleva un uso elevado de los servicios sanitarios, en particular de la asistencia primaria [Sicras-Mainar, 2009].

En España, se ha calculado que entre el 5% y el 8% de las consultas de atención primaria pueden atribuirse a este trastorno [Alegre de Miquel et al., 2010: 110].

Como sucede con cualquier otra enfermedad, la búsqueda de ayuda profesional suele iniciarse cuando, pasado un tiempo, el malestar no desaparece o se agrava. No obstante, en este estudio se ha corroborado, una vez más, que los hombres demoran la consulta médica más que las mujeres. Los testimonios recogidos inducen a pensar que ese aplazamiento obedece a diversas razones: el temor a ser diagnosticado de una enfermedad grave, el rechazo a que se certifique su rol de enfermo, la resistencia a cambiar los hábitos o el tratar de mantener la virilidad a toda costa.

3.2. Exploraciones y pruebas

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/a o como una razonable precaución técnica. Sin embargo, la experiencia que relatan también denota sesgos androcéntricos.

Ya se ha indicado que en el sistema médico se produce mayor inclinación a pensar en la somatización cuando una sintomatología difusa o atípica, como es la fibromialgia, es presentada por una mujer, lo que muestra que la controvertida psicologización de las enfermedades se emplea con menos reparo para diagnosticar a la población femenina¹¹. 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... es que eso 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:

¹⁰ En España se calcula que la cifra de afectados/as supera las 700.000 personas (Rivera et al. 2006: 55).

¹¹ Bajo la presunción de que la causa es psicológica pueden no revisarse otros factores, lo que puede producir un sufrimiento innecesario.

este médico me toma por loca" (E. 10); "me dijo que si estaba pasando por un mal momento y le dije que sí" (E. 15).

Ahora bien, como los hombres entrevistados no son acusados de somatizar, no necesitan defenderse, pero las mujeres sí. Ellas rechazan radicalmente la posibilidad de que su patología esté originada por un trastorno mental como la depresión, sino que ven el malestar psíquico como una consecuencia de la fibromialgia. Con insistencia, justifican su estado depresivo: ¿quién no se deprime con un dolor constante?

La primera consulta revela otros componentes de género. Cuando un varón acude a las consultas, alguna mujer suele acompañarle y es involucrada en el tratamiento, lo que no ocurre en igual proporción cuando es la mujer la afectada; es más, aunque el enfermo sea el varón, a veces es una mujer (esposa, madre o hija) la que en su lugar consulta al médico e incluso llega a ser tratada. Esta doble discriminación, la asunción de toda la responsabilidad y la adopción del papel de paciente, que perpetúa los roles e influye negativamente sobre las mujeres, podría evitarse si el personal médico exigiese a los verdaderos pacientes implicarse en el seguimiento y tratamiento de su enfermedad.

También se aprecia, o al menos así lo expresan, que las mujeres encuentran más impedimentos iniciales para ser objeto de revisión por parte de médicos especialistas, ciñéndose sus primeros contactos a la asistencia primaria. Los hombres, o bien son derivados por sus médicos de cabecera a la asistencia especializada o directamente acuden a ésta -a través del sistema sanitario privado- o a hospitales.

Y cuando los médicos de cabecera piensan en derivar a sus pacientes femeninas a especialistas, el supuesto componente psicológico de sus problemas de salud hace dudar de cuál es el más indicado. Una de las entrevistadas lo rememora así: "me puse a llorar, a llorar, porque digo: si el médico no me entiende [...]. Entonces, la doctora, claro,

se sorprendió porque me conoce de muchos años y sabe que no soy llorona, ni quejona, ni eso, ni quejicona, y aguanto el dolor [...] 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 psiquiatra para nada" (E. 12)¹².

Las mujeres no quieren ser atendidas desde una perspectiva psíquica y manifiestan: "yo no estoy loca". Están identificadas con la idea de que ser tratadas en salud mental implica una descalificación más, incluso mayor que la invalidez por fibromialgia. Ahora bien, el empecinamiento en concebir el dolor como un síntoma orgánico no controlable y la resistencia a aceptar que intervengan factores psicológicos y sociales en el origen de la enfermedad, pueden generar dificultades para afrontarla, porque impide la modificación de los aspectos y estilos de vida que pueden estar asociados, y lleva a depositar el control de su dolencia exclusivamente en los médicos.

A las personas entrevistadas se termina haciéndoles todo tipo de exploraciones complementarias. La ausencia de pruebas objetivas diagnósticas que muestren evidencia de patología orgánica supone un largo deambular. Como la fibromialgia no encaja en el sistema de especialidades, los enfermos van de especialista en especialista en función de la intensidad del síntoma que se manifiesta con más fuerza en ese momento. Y todos le dicen al paciente lo que no tiene. Aparentemente no tienen nada, y sufren física y psíquicamente en el largo proceso de búsqueda de respuesta a sus alteraciones no demostrables.

En el transcurso de las entrevistas, la sensación de peregrinaje largo y tortuoso es subrayada particularmente por los varones, lo que hace pensar que la conformidad, la

¹² A juicio de algunos psiquiatras, desde atención primaria no se transmite adecuadamente a los pacientes la idea sobre el hipotético componente psicológico en el origen de este síndrome, y advierten que cuando llegan a sus consultas derivados por los médicos de cabecera no saben por qué o para qué acuden (Ribé Buitrón, 2011).

resignación o la paciencia, más propias del género femenino, y/o la mayor experiencia de las mujeres como usuarias de los servicios sanitarios (bien para ellas o para otros), ayudan a adoptar el rol de paciente, si bien en este caso, de pacientes sin diagnóstico.

A la impotencia que conlleva toda enfermedad y al dolor que produce la fibromialgia, se va engarzando el miedo, la inseguridad, el desconocimiento y la posibilidad de que sean tildados de hipocondríacos. Ahora bien, a pesar de que todos los varones, pero no todas las mujeres, destacan la realización de numerosas pruebas sin resultados de enfermedad, hay mayor predisposición en las mujeres a creer que están locas o son hipocondríacas: "yo ya estaba empezando a pensar si realmente estaba loca [...] llegas a un punto que yo dudaba de mí y pensaba, igual me estoy inventando yo todo [...] soy hipocondríaca, no lo sé, es que ya no sabía por dónde tirar" (E. 1); "el pitjor és no saber què tens, saber que estàs mal, que te trobes mal, i no saber què és, perquè és que arribes a dubtar de tu mateixa de dir: ¿estaré inventant-me-ho?, ¿m'estaré tornant loca? (E. 3); "yo pensaba que me volvía loca con los dolores, y que me dijeran que todo estaba perfecto. ¿Cómo va a estar perfecto? Es imposible" (E. 15).

Debido a la dificultad de diagnóstico, los hombres también encuentran problemas en el periodo de exploraciones, que refieren así: "piensan que les estás mintiendo y te cansas de ir... que no te escuchan" (E. 6); "la sensació que jo tinc era que em queixava per vici" (E. 14); "una cosa és que tinga que lluitar contra la malaltia, però damunt un altra és que tinga que convencer de que estic mal" (E. 17); "lo peor de esto es que todo el mundo te decía que no tenías nada, y tú tenías un montón de dolores y un montón de síntomas" (E. 18). En consecuencia, el escepticismo de los médicos no se produce sólo cuando sus pacientes son mujeres, pero sí es más notorio hacia ellas desde los primeros contactos con la asistencia médica.

Cuando las exploraciones diagnósticas no revelan la existencia de enfermedad, enton-

ces sí se deriva a los hombres a la unidad de salud mental, o los especialistas les informan de la posible asociación con problemas mentales. Este comportamiento diferencial revela el prejuicio de la clase médica con relación a las mujeres, pues mientras que en los hombres se recurre a la supuesta somatización cuando los parámetros que miden la salud física son normales, esta apreciación se realiza en las mujeres aun antes de las exploraciones, como se ha constatado previamente.

Durante el desarrollo de las pruebas previas al diagnóstico, ambos sexos señalan la confusión y desorientación de los médicos, lo que no es ajeno al desconocimiento que tienen sobre la dolencia y a la controversia que persiste en la ciencia médica acerca de si las perturbaciones emocionales que presentan los enfermos son consecuencia o causa del dolor. De cualquier manera, para los médicos es incómodo el enfermo somatoforme, es decir, aquel que nunca acepta los motivos psicológicos como causa de sus padecimientos. Para ellos son deseables los diagnósticos físicos, como lo justifican estos médicos: "No es extraño que muchos de nosotros prefiramos establecer diagnósticos orgánicos antes que psicológicos ya que estamos más familiarizados con los primeros. En cierto modo pueden resultar tranquilizadores para nosotros, ya que le podemos aplicar al paciente el modelo orgánico, y tranquilizadores para el paciente, ya que sus molestias no son producto de los "nervios" sino que tienen una causa física" (Blanco López y Seguí Díaz, 2002: 218).

3.3. El diagnóstico

Los pacientes suelen pasar varios años de consultas médicas sin éxito respecto a su diagnóstico y tratamiento. Unos diez años transcurren como promedio, según los expertos. Larga demora que provoca desesperanza, incompreensión y sentimientos de impotencia que empeoran el cuadro y produce una desadaptación psicológica. Por ello, los especialistas insisten en la necesidad de "una detección y un diagnóstico más pre-

coces”, pues probablemente se conseguiría “una rápida comprensión de los síntomas y una mejor eficacia de los tratamientos” (Gelman et al., 2002: 326-327). Es más, estudios longitudinales realizados sobre numerosos pacientes demuestran que el 50% de los que son diagnosticados de forma precoz y tratados correctamente, dos años después presentan una remisión de sus síntomas, con mínima intervención médica y sin tomar ninguna medicación (Rotés-Querol, 2003: 148).

En las personas entrevistadas, sin embargo, el diagnóstico se retrasa varios años. El tiempo que transcurre desde la primera consulta hasta la recepción del diagnóstico es variable, aunque la mayoría ha tenido que esperar entre dos y cuatro años. Pero es significativamente superior en las mujeres, incluso tres enfermas son diagnosticadas tras diez años o más de consultas, lo que se convierte en una verdadera tortura psicológica.

Independientemente del cómo se les haya transmitido el diagnóstico, la reacción ante el mismo muestra sustanciales diferencias por sexo. Por lo general, sienten alivio al 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.

No obstante, la sensación de desahogo y el consiguiente alivio que produce tener un diagnóstico o el corroborar que no hay locura, es más destacado por las mujeres, quienes señalan este momento como el principal punto de inflexión en su enfermedad.

Y lo recuerdan con estas expresiones: “em vaig quedar gelà en eixe moment, 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); “por lo menos ya sé que tengo algo [...] que sepan que no nos quejamos por... no me quejo, no me quejo por quejarme” (E. 5); “Digo: bueno, pues ya sé que tengo un nombre que se llama fibro-

mialgia, ya sé que no estoy... que no finjo [...] me sentí un poco más aliviada, porque yo lo que no quería es que, que, pensasen que yo exageraba [...] es cierto el dolor” (E. 10); “me alegré de que mi dolencia tuviera un nombre, aunque no, no supiera muy bien lo que era, pero tenía un nombre” (E. 13).

En los varones, por el contrario, la comunicación del diagnóstico provoca un choque emocional debido al carácter crónico de la dolencia o a la necesidad de modificar sus hábitos de vida. E incluso mantienen que sea erróneo, y solicitan más pruebas. Esta respuesta que no se ha hallado en las mujeres, quienes confían más en el diagnóstico.

Es posible que el género explique las diferentes actitudes ante el diagnóstico. Los síntomas de la fibromialgia, como los dolores musculares, las dificultades para moverse y la tristeza consiguiente, encajan más fácilmente en el estereotipo femenino. Además, es una enfermedad predominantemente femenina. En consecuencia, se produce un rechazo cultural lógico en los varones, los feminiza.

Una queja expresada por la mayoría de entrevistados/as es la escasa información que reciben de su dolencia cuando se les anuncia el diagnóstico. No se ha encontrado, como en otras investigaciones, que las mujeres recibieran más información.

Tras el diagnóstico se advierte un comportamiento diferencial por sexo. Si en la etapa prediagnóstica es común la hiperfrecuentación de las consultas, con la recepción del diagnóstico se produce un cambio sustancial en las mujeres: unas dejan de utilizar los servicios sanitarios; otras ya no acuden a su centro de atención primaria, sino que recurren con asiduidad a las urgencias. Los varones alteran menos los hábitos de utilización al disponer de diagnóstico. De otra parte, es sintomático que el estereotipo de hombre valiente fue expresado por la mujer de un enfermo, quien apostilló que su marido acude a las consultas médicas cuando no puede más, no por quejarse (E. 11).

3.4. La relación médico-paciente

Toda relación terapéutica implica un proceso de influencia interpersonal sumamente importante en la recuperación de la salud. Cuando el paciente sufre fibromialgia, una comunicación adecuada, la escucha activa y la empatía por parte de los médicos favorecen el afrontamiento de la enfermedad (Díaz Osto, 2011: 31). Sin embargo, a pesar de que los enfermos de fibromialgia son pacientes que necesitan más tiempo y más explicaciones, es francamente difícil ofrecer todas las explicaciones sobre diagnóstico y tratamiento cuando las consultas están cargadas de trabajo.

Tampoco hay que olvidar que la variedad de síntomas de la fibromialgia puede contribuir a que el médico tenga la impresión de estar ante un enfermo que magnifica su situación, generándose un clima de desconfianza entre ambos. Al profesional le resulta difícil cuantificar el sufrimiento real del paciente, y el paciente percibe sentimiento de rechazo y frustración del médico.

Pero la relación médico-paciente, eje central de la asistencia sanitaria, es más compleja de lo que parece a simple vista. Es, como definen los teóricos del tema, una relación de poder: de dominación por los médicos (expertos) y de subordinación por los pacientes (profanos). Y aunque la asimetría ni siquiera se discute, incluso se da por hecho cuando alguien que sufre o está en situación de dependencia acude a pedir ayuda, los médicos y los pacientes pertenecen a mundos diferentes, como decía Parsons (1984), y el encuentro puede ser de conflicto, como decía Freidson (1978). Ahora bien, ¿incide el sexo de los interactuantes en el modelo de relación?

Las diferencias en la práctica profesional entre médicas y médicos han sido confirmadas en los estudios. Algunos datos empíricos muestran que las médicas mantienen consultas más largas, realizan registros más completos, solicitan más pruebas complementarias, proporcionan más información

e indagan más los aspectos psicosociales del paciente (Delgado y López Fernández, 2004: 113; Sobrequés Soriano y Piñol Moreso, 2001). Tal vez denote una diferente sensibilidad de las mujeres frente a los aspectos sociales, preventivos y humanistas de la atención al paciente.

No obstante, las diferencias que pueda ocasionar que el médico sea varón o mujer, apenas son percibidas por las personas entrevistadas, pero sí se aprecia la influencia del sexo de los pacientes en la interacción en las consultas.

Las funciones de las mujeres en asuntos de salud posiblemente favorezcan la adopción de un rol de paciente más activo, como atestiguan las enfermas: "yo todas las noches hacía mi lista, mañana le tengo que preguntar al médico..." (E. 1); "yo tengo que saber, a mí siempre me ha gustado saber, tengo todos los medicamentos allí puestecitos, no se me olvida ni uno" (E. 12). Dicho comportamiento se ha detectado en estudios anteriores, en los que se ha visto que las mujeres preguntan más que los hombres en la consulta. Los hombres entrevistados apenas formulan preguntas a sus médicos.

Esta actitud en las consultas desvela una diferente adopción del rol de paciente. Las mujeres se muestran más curiosas y ven como inherente al rol el hecho de preguntar, lo que para algunos varones es impropio, quizá porque tienen mayores expectativas respecto a la información que deben facilitar los médicos.

De la relación médico-paciente, cobra especial interés la que se mantiene con el/la médico de cabecera, un eslabón central en el actual sistema sanitario; sin embargo, el propósito de acercar la sanidad a los individuos a través de esta figura queda puesta en entredicho. Es cierto que algunos entrevistados de ambos sexos califican que la relación con su médico de familia es muy buena, de mucha confianza. La otra cara de la atención del médico de cabecera es, por ejemplo, la que una entrevistada rememora cuando in-

forma a su médico del diagnóstico que le han dado los especialistas: "Li ho conte al metge de capçelera, eh, me diu: eso son todo inventos, que estem mig loques, primer me diu que eso era de la depresión, que estava depressiva, el meu metge de capçelera, diu que, després de diagnosticar-me el reumatòleg la malaltia, i me va dir que això era perquè jo estava depressiva, m'ho va dir dos o tres vegues" (E. 3). Así mismo, varios hombres declaran que su facultativo muestra escepticismo o desconocimiento sobre la fibromialgia, o se abstienen de prescribir: "al principio se lo creyó, pero luego... mal" (E. 16); "yo sabía que el médico de cabecera, desde la primera vez que fui, y que tal, no tenía ni idea" (E. 18); "no sabe qué darte porque no quiere tomar ninguna responsabilidad" (E. 6).

Si establecer una buena relación médico-paciente basada en la confianza y el respeto mutuo es la base de toda actividad terapéutica eficiente, y el paciente percibe que una y otra vez se le defrauda, ¿cómo conseguir que se confíe ante ese médico, ante otro médico, ante el siguiente...? La sensación de que los médicos no le hacen caso puede llegar a ser tan dolorosa como los dolores en sí mismos, como se verá a continuación. No obstante, desde la perspectiva de los médicos, son razonables sus argumentos: la gran prevalencia del síndrome y la elevada frecuentación a las consultas, "hace imposible su control y seguimiento, ya sea desde un área especializada o desde el ámbito del médico de familia" (Alegre de Miquel et al., 2004: 526).

Al ahondar en los juicios que formulan sobre la atención médica, se detectan diferencias por sexo. Respecto a las pacientes, las valoraciones negativas que expresan 7 de ellas adquieren diferentes grados, desde estar enfadada a ser penosa, y entre ambas, el abanico de descalificaciones o críticas es amplio. Por ejemplo, apuntan que los médicos no reconocen, no saben, que manifiestan nulo interés por la fibromialgia, que no son capaces de colocarse en el lugar del enfermo y que, sobre todo, se sienten incomprendidas: "No me he sentido para nada comprendi-

da porque como es todo tan subjetivo pues, como que no, como que ellos o no se creían lo que yo les estaba contando o que decían: esta chica no está bien ¿no?, me sentía como que estaba loca" (E. 4). Y estas malas experiencias han modificado su imagen de la clase médica. En este sentido, aluden al interés económico de los médicos y al beneficio social derivado del status, declaran que han perdido la fe en la medicina, que los médicos han hecho que se sientan desatendidas, que no hay salida ya.

También son mujeres las que mencionan que aun disponiendo de diagnóstico, es frecuente que sus síntomas sean atribuidos de modo persistente a la depresión. E igualmente señalan la dificultad de superar el "saco roto" donde se incluyen todos los problemas de salud que sobrevengan a la persona afectada de fibromialgia: "si tú llegas al hospital con un apellido y el apellido es fibromialgia, y como tienes ese apellido, entonces te duele algo pero eso es de tu enfermedad" (E. 1); "si acudes con un dolor de muelas y dices: es que tengo fibromialgia; entonces te dicen: ah, bueno, pues entonces nada... Todo lo achacan a la fibromialgia y a lo mejor tienes otra cosa [...]. Te duele la cabeza, fibromialgia; te duele el oído, fibromialgia; todo así, y dices: pues no, puede ser otra cosa" (E. 2). Son los efectos perversos del tan deseado expediente salvífico.

En cuanto a los hombres, los que valoran negativamente la atención recibida, emiten estos juicios sobre el trato de los médicos: no se comprometen, no quieren asumir responsabilidad, no apoyan, no comprenden, no informan, no escuchan, son distantes, poco humanos, despachan pronto. Así lo manifestaban: "realmente, cuando más los necesitas no los tienes al lado [...] es como si todos se lavaran las manos, cuando llegas tiene más gente que atender y no quiere nada más que entrar y salir" (E. 6); "pareix que els metges com si eixiren sempre en que és una cosa que no està molt estudiada..., casi ni t'escolten" (E. 8); "el trato, personalmente, humanamente, no es muy bueno, es bas-

tante lamentable, porque humanamente podrían ser, tener un poco más, decirte: mira, tienes esto, esto más o menos consiste en esto y esto, y no, tienes esto y ahí te apañas” (E. 9); “per la pública, ¡buf!, és una consulta automàtica, podia anar-me’n a un ordinador i parlar-li a l’ordinador i quedar-me igual de tranquil i m’estaviava fer la cola” (E. 14); “als metges les costa molt el reconèixer la seua incapacitat, se pensen que son Deu. No, no diuen mai: no sé, no sé, no tinc ni idea” (E. 17).

Por otro lado, el protagonismo de las mujeres en los asuntos de salud es incuestionable. En las experiencias de los enfermos de fibromialgia, vuelven a estar presentes las mujeres cuando los hombres narran su relación con el sistema sanitario, lo que apenas sucede a la inversa.

3.5. La prescripción terapéutica

Numerosas fuentes informan de que la población femenina consume más medicamentos y que los médicos recetan a las mujeres más fármacos de todo tipo. No es infrecuente que los síntomas de las mujeres se atribuyan en la primera visita a problemas psicológicos y sean tratados con ansiolíticos o antidepressivos, silenciando con sedantes lo que puede tener una causa social o biológica.

Estas diferencias de tratamiento pueden revelar sesgos de género inconscientes y la dificultad de separar el prejuicio del análisis. Sesgos que parecen intuirse en los pacientes con fibromialgia, pues ellas han consumido o consumen más antidepressivos que los varones y a varias les prescribieron antidepressivos tras el diagnóstico, lo que generó un desconcierto hasta que supieron, y remarcan, que no es para la depresión, sino que los toman debido al efecto calmante general.

Para la fibromialgia hay que dar medicaciones específicas, no se pueden dar recetas generales de tratamiento. Da muchos síntomas y se visita a muchos especialistas, y si por cada síntoma se prescribe una medicina, si cada especialista le da al enfermo un tratamiento diferente, los pacientes pueden terminar tomando múltiples medicamentos.

Por ello, no es extraño que sea de las dolencias que mayor consumo de medicamentos provoca, pero como no alivian lo suficiente, resulta más difícil adoptar el rol de paciente, que entraña aceptar las medidas terapéuticas.

Al comienzo, enfermos y enfermas respetan rigurosamente la prescripción, comprobándose que, con frecuencia, la vigilancia del tratamiento de ellos recae principalmente en sus mujeres. En las enfermas, sin embargo, se ha dado un mayor abandono. Los motivos que les incitan a ellas y ellos a dejar el tratamiento son varios: desconfianza, propensión a engordar (más en ellas) o resistencia a tomar medicación indefinidamente -“me parece una bestialidad que con 33 años me digan: cinco pastillas por el resto de tu vida; me parece una sentencia” (E. 15)-. Y también influye el miedo a los tratamientos, la iatrogénica, una razón que es expresada sólo por las mujeres y vinculada al hecho de disponer de más información, pues ellas se documentan más sobre las repercusiones de los fármacos, leen los prospectos, preguntan, buscan en Internet.

Todo indica que, inicialmente, la mujer se adapta mejor al rol de paciente ideal, pues acata las instrucciones del médico y es más perseverante. También es más recelosa o más cauta respecto a las consecuencias que pueden derivarse de la medicación que ingiere, lo que propicia más tarde el incumplimiento. Por supuesto, en ambos sexos influye el hecho de no advertir mejoría.

¿Para qué ingerir una considerable dosis de fármacos si el malestar no remite? Ésta parece ser la pregunta que en la mayoría de los casos induce al abandono del tratamiento. Pero si las mujeres canalizan las demandas en una dirección diferente a la medicina tradicional, buscan y esperan resultados en las medicinas, terapias o sustancias alternativas, los hombres raramente recurren a éstas.

Así pues, si es razonable la hiperfrecuación inicial de los recursos sanitarios de-

bido a un malestar creciente y desconcertante, también es comprensible que ante la ausencia de un tratamiento eficaz dejen de acudir al sistema sanitario o distancien más sus visitas. Un comportamiento que termina perjudicándoles, pues como relataba una enferma, pierden credibilidad ante la clase médica: "Tuve una época que no quería saber nada y entonces, pues eso me ha perjudicado mucho, porque al volver a ir... fatal, porque como, además, ahora la situación ésta que te estaba comentando de que el 24 de noviembre vamos a juicio ¿no?, necesitas pues muchos informes, y entonces vuelves a ir y los médicos mal, porque dicen: a esta chica ya hace tiempo que no la he visto" (E. 4). Es decir, las pocas expectativas de mejora y el desánimo consiguiente, conducen a las pacientes a utilizar menos los servicios de salud, lo que puede ser un obstáculo para la obtención de los informes necesarios si se inicia el reconocimiento de incapacidad.

4. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

A pesar de las limitaciones que se derivan del empleo de una muestra reducida, y en la que no se ha efectuado una inclusión exhaustiva de perfiles sociales sino saturación de discursos, los testimonios que se han recogido dejan entrever la existencia de posibles diferencias y desigualdades por sexo en la asistencia médica.

- En las primeras consultas se produce una mayor tendencia de los médicos de atención primaria a pensar que la sintomatología de las enfermas tiene un importante componente psicossomático, a lo que ellas se oponen firmemente.
- Ambos sexos son sometidos a un gran número de pruebas sin resultado, que generan hastío en ellos y sensación de locura en ellas.
- El diagnóstico supone un consuelo para las enfermas: ya saben qué enfermedad padecen. Para los hombres representa un

choque emocional, no terminan de confiar en el diagnóstico, muy probablemente porque los síntomas de la fibromialgia se corresponden con el estereotipo de género femenino.

- La dependencia del sistema sanitario es elevada en ambos sexos durante la etapa prediagnóstica. Tras el diagnóstico, las mujeres son más reacias a su utilización.
- Las relaciones médico-paciente son distintas. Las mujeres adoptan durante las consultas una actitud más activa, formulan más preguntas al profesional; sin embargo, las mujeres se sienten más incomprendidas por los médicos que los varones. Por otro lado, la superioridad que define el rol profesional de los médicos es más compatible con el sexo que ha sido socializado para la humildad y la obediencia, por lo que las mujeres se adaptan mejor al modelo de paciente que cumple las indicaciones, a la sumisión que implica la relación médico-paciente.
- A las mujeres con fibromialgia se les prescribe más antidepresivos que a los hombres.
- Inicialmente, la adherencia a los tratamientos es más alta en las mujeres. Ellos son más inconstantes. Ahora bien, la perseverancia de las mujeres no es indefinida: si transcurrido un tiempo no advierten mejoría, el temor a los efectos secundarios de los medicamentos suele ocasionar el abandono del tratamiento.
- Cuando se agotan las esperanzas en la medicina tradicional, las mujeres recurren a terapias alternativas, de las que esperan, al menos, aliviar sus síntomas. Los hombres raramente optan por ellas.
- Los hombres y las mujeres que sufren este síndrome coinciden en que la atención médica que se les presta es deficiente, siendo algo más crítica la opinión de los varones.
- Se ha confirmado la mayor implicación de las mujeres en los problemas de salud de

su familia, propiciada por la clase médica, que las involucra en los tratamientos.

Así pues, si la primera hipótesis planteaba que las relaciones de género se manifiestan en el sistema sanitario, generando un tipo de relación médico-paciente distinto, existe evidencia empírica para afirmar, al menos en lo que se refiere a las personas con fibromialgia que han sido entrevistadas, que la salud de las mujeres se psicologiza. Los médicos tienden a pensar en la somatización más frecuentemente cuando sus pacientes son mujeres, y las medicalizan con psicofármacos a falta de otros instrumentos terapéuticos para ayudarlas.

Por otra parte, el modelo de paciente que adoptan los hombres y las mujeres como usuarios de la red sanitaria es diferente, como presumía la segunda hipótesis. En general, el comportamiento de las mujeres se caracteriza por ser colaborador y acatar las órdenes, por ser más paternalista la relación médico-paciente. En cambio, el comportamiento de los hombres tiene más componentes del modelo clientelista: la consulta médica se percibe como una transacción de mercado y el control y la toma de decisiones no recae sólo en los médicos.

En cualquier caso, los testimonios de las personas que sufren fibromialgia muestran que esta enfermedad acarrea mucha infelicidad y soledad. Los largos periplos de un médico a otro y el escepticismo de algunos profesionales son sólo una parte de la angustia de estos enfermos. Los reproches de la familia y su falta de entereza para afrontar la enfermedad, que deterioran o incluso desestructuran la unidad de convivencia, son una consecuencia menos visible. A ello suele añadirse la pérdida de empleo, y la consiguiente merma de ingresos y de relaciones del ámbito laboral. Para enfermos y enfermas este síndrome es una experiencia atroz que transforma sus vidas.

Evidentemente, la investigación sobre las causas del síndrome y el mayor conocimiento por parte de la profesión médica contri-

buirá decisivamente a la mejora de la calidad de vida de los enfermos/as. No obstante, la visibilización de las desigualdades de género a partir de estudios más amplios y profundos también supondrá un avance para que la atención sanitaria de los enfermos/as de fibromialgia beneficie por igual a ambos sexos. Hasta el momento, son escasos los estudios y limitados sus hallazgos, pero apuntan que la respuesta del sistema sanitario es diferente en hombres y mujeres con el mismo diagnóstico (Ruiz Pérez et al., 2007). Igualmente, se ha destacado que el discurso académico sobre la fibromialgia ha magnificado la prevalencia y la presentación del cuadro clínico en las mujeres, lo que puede sesgar la diagnosis y provocar un sobrediagnóstico en mujeres e hipodiagnóstico en hombres (Tosal Herrero, 2007: 91).

De otra parte, habría que emprender una línea de investigación complementaria para el conocimiento de las desigualdades de género en el esfuerzo terapéutico: la perspectiva de los médicos/as. Esta doble mirada, la de los pacientes y la de los médicos, es necesaria para determinar si con esos pacientes hipofrecuentadores, con plurisintomatología, que precisan o demandan múltiples pruebas y sobre los que emerge el sentimiento de no poder curar¹³, los médicos/as mantienen una relación clínica diferente cuando la enfermedad tiene rostro de mujer.

5. BIBLIOGRAFÍA

ALEGRE DE MIQUEL, C. et al. (2004): "Problemática en el abordaje de la fibromialgia", *Atención primaria*, 33 (9): 526-527.

ALEGRE DE MIQUEL, C. et al. (2010): "Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia", *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(2): 108-120.

¹³ Es el perfil que los médicos atribuyen al paciente más difícil (Mas Garriga et al., 2009; Bosch Fontcuberta, 2009) y cuyas características se corresponden con el que padece fibromialgia.

- ANGUITA, M. et al. (2010): "Methodology Employed in the Study of Cardiovascular Disease in Women in Spain", *Revista Española de Cardiología*, 8 (D): 4-7.
- BEERY, T. (1995): "Gender bias in the diagnosis and treatment of coronary artery disease", *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 24 (6): 427-435.
- BLANCO LÓPEZ, W. y SEGUÍ DÍAZ, M. (2002): "Fibromialgia y trastorno somatoforme: ¿existe un límite definido?", *Semergen*, 28 (4): 216-218.
- BOSCH FONTCUBERTA, J. M. (2009): "Encuentros difíciles médico-paciente: ¿un problema inevitable?", *Atención Primaria*, 41(1): 15-17.
- CALVO-EMBUENA, R. et al. (2008): "Desigualdad de esfuerzo terapéutico en mujeres con infarto agudo de miocardio: 10 años después", *Medicina Intensiva*, 32 (7): 329-336.
- CARO GABALDA, I. (2001): *Género y salud mental*. Biblioteca Nueva, Madrid.
- COLECTIVO DEL LIBRO DE SALUD DE LAS MUJERES DE BOSTON (1982): *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*. Icaria, Barcelona.
- DELGADO, A. y LÓPEZ FERNÁNDEZ, L. A. (2004): "Práctica profesional y género en atención primaria", *Gaceta Sanitaria*, 18 (1): 112-117.
- DÍAZ OSTO, M. R. (2011): "Propuesta de implementación del proceso de fibromialgia. Distrito Sevilla. La fibromialgia desde Atención Primaria", *Semergen*, 37(1): 30-35.
- FOX KELLER, E. (1991): *Reflexiones sobre género y ciencia*. Edicions Alfons el Magnànim, Generalitat Valenciana, Valencia.
- FREIDSON, E. (1978): *La profesión médica*. Península, Barcelona.
- 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*. Minerva, Madrid, pp. 223-235.
- GELMAN, S. M. et al. (2002): "Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado", *Revista Española de Reumatología*, 29 (7): 323-329.
- GONZÁLEZ, M. et al. (2005): "Calidad de vida y depresión en el estudio EPIDOR", *Revista Española de Reumatología*, 32 (2): 52-59.
- LÖWY, I. (2002): "Ciencias y género", en HIRATA, H., LABORIE, F., LE DOARÉ, H. y SE-NOTIER, D. (coord.): *Diccionario crítico del feminismo*. Síntesis, Madrid, pp. 41-86.
- MAS GARRIGA, X. et al. (2009): "Encuentros difíciles en consultas de atención primaria: una perspectiva de pacientes y médicos", *Atención Primaria*, 41(1): 9-15.
- MEASE, P. (2005): "Fibromyalgia syndrome: review of clinical presentation, pathogenesis, outcome measures and treatment", *The Journal of Rheumatology*, Suppl; 32: 2063.
- MEASE, P. et al. (2011): "Toward Development of a Fibromyalgia Responder Index and Disease Activity Score: OMERACT Module Update", *The Journal of Rheumatology*, 38:1487-1495.
- 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*. Congreso Internacional "Mujeres, trabajo y salud". Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, pp. 133-143.
- NARKIEWICZ, N., KJELDTSEN, S. y HEDNER, T. (2006): "Hypertension and cardiovascular disease in women: Progress towards better understanding of gender-specific differences?", *Blood Pressure*, 15: 68-70.
- ORTIZ GÓMEZ, T. (2006): *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. KRK, Oviedo.
- PARSONS, T. (1984): *El sistema social*. Alianza, Madrid.

- PÉREZ SEDEÑO, E. (2008): "Mitos, creencias, valores: cómo hacer más "científica" la ciencia; cómo hacer la "realidad" más real", *Isegoría: Revista de filosofía moral y política*, 38: 77-100.
- RIBÉ BUITRÓN, J. M. (2011): "Fibromialgia: el no diálogo soma-psique, el no diálogo médicos-psiquiatras", *Atención Primaria*, 43 (4): 211.
- RIVERA, J. et al. (2006): "Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia", *Reumatología Clínica*, 2 (1): 55-66.
- ROMO AVILÉS, N. (2010): "La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas", *Revista Española de Drogodependencias*, 35 (3), 269-272.
- ROTÉS-QUEROL, J. (2003): "La fibromialgia en el año 2002", *Revista Española de Reumatología*, 30 (4): 145-149.
- RUIZ CANTERO, T. (2001): "Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinante de la estructura de salud de la Comunidad", en MIQUEO, C. et al. (ed.): *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y profesionales de diferencias sexuales no previstas*. Minerva, Madrid, pp. 163-177.
- RUIZ CANTERO, T. y VERDÚ DELGADO, M. (2004): "Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico", *Gaceta Sanitaria* 18 (1): 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 (9): 433-439.
- SALES GUTIÉRREZ, L. (2009): "El techo de cristal de las investigadoras: la ciencia incompleta", *Enfermería Clínica* 19 (1):1-3.
- SICRAS-MAINAR, A. (2009): "Perfil de uso de recursos y costes en pacientes que demandan atención por fibromialgia o trastorno de ansiedad generalizada en el ámbito de la atención primaria de salud", *Atención Primaria*, 41 (2): 77-84.
- SOBREQUÉS SORIANO, J. y PIÑOL MORESO, J. L. (2001): "Historia clínica de atención primaria: calidad y factores asociados", *Atención Primaria*, 28 (8): 535-542.
- TOSAL HERRERO, B. (2007): "Síndromes en femenino. El discurso médico sobre la fibromialgia", *Feminismo/s*, 10: 79-91.
- 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. Instituto de la Mujer, Madrid, N° 30, pp. 15-22.
- VALLS LLOBET, C. et al. (2008): "Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres", *Anuario de Psicología*, 39, (1): 9-22.
- VALVERDE, M. et al. (2000): "Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Estudio EPISER (resumen)", *Revista Española de Reumatología*, 27:157.
- VELASCO, S., RUIZ, T y ÁLVAREZ-DARDET, C. (2006): Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica: de los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres, *Revista Española de Salud Pública*, 80 (4): 317-333.
- WOLFE, F. et al. (1990): "The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia", *Arthritis Rheum*, 33: 160-72.

