

## El género del enfermar

Los estudios relativos a género y salud que han aparecido en la última década en el panorama científico occidental constituyen, desde múltiples puntos de vista, una novedad. Vaya por delante que los que aquí nos atañen no responden a un mero planteamiento ideológico con finalidades reivindicativas. Pretenden corregir lo que han puesto en evidencia los recientes estudios epidemiológicos, es decir, los sesgos realizados en las exploraciones y en los tratamientos en función del género, así como la escasa curiosidad científica que hasta hace bien poco han despertado las diferencias en el enfermar de los humanos con relación a esta variable. Resulta difícil hallar explicaciones convincentes a estos sesgos de género sin tener que remitirse a posturas obtusamente excluyentes. La justificación más extendida nos remite a la distorsión que ocasionan las fluctuaciones hormonales en el período fértil de la mujer, lo que aconseja eliminarlas como sujetos de prueba en los estudios de eficacia de nuevos fármacos. Esta actitud denota más ausencia de curiosidad científica y un cierto espíritu mercantilista que una postura realmente exigente en temas de investigación. Sorprende también si se tiene en cuenta que las mujeres son asiduas usuarias de los servicios de salud, y por lo tanto, consumidoras de fármacos.

Las diferencias de género en el enfermar de los humanos ofrecen un excelente campo de experimentación para analizar el eterno binomio entre “natura” y “nurture” y su inevitable interacción. Sabemos que hay diferencias importantes que arrancan de la infancia y que en este período tendemos a atribuir a la biología, como son la mayor incidencia de trastornos de conducta en los niños o el significativo hecho de que la prevalencia de los trastornos afectivos no se dispara en la mujer hasta la adolescencia. Pero incluso en estas etapas tempranas es indiscutible que el medio influirá, potenciando o mitigando el resultado. En el extremo opuesto del continuum se hallan los estudios actuales en cohortes de edades avanzadas, en las que el clima hormonal de los sujetos se ha hecho más parecido y la exigencia laboral deja de moldear los comportamientos. Estos trabajos nos permiten analizar las diferencias al final del ciclo, cuando ya los sistemas biológicos, con el paso del tiempo, dan señales de desgaste por el uso y las demandas. Son precisamente estos estudios de envejecimiento de poblaciones los que nos aportan interesantes datos de cómo han sucedido las cosas en el mundo de la salud para las mujeres que se hallan situadas en las franjas de edades avanzadas y el resumen parece bastante generalizable: las mujeres viven más años, pero su autoapreciación de calidad de salud es peor que la de sus homólogos masculinos. Según un reciente trabajo son dos los problemas que ensombrecen la calidad de vida de esta población femenina: el dolor crónico relacionado con las enfermedades articulares y el malestar emocional.

Este concepto de malestar emocional ligado a género no se limita a estar presente en las estadísticas que señalan mayores cifras de trastornos afectivos y de ansiedad para las mujeres. Está también presente en la epidemiología de la patología alimentaria, en donde la interacción entre la predisposición y la aportación del contexto cultural es patente y representa en la actualidad un reto de difícil abordaje. Tampoco el problema de la reproducción, cuando la mujer padece un trastorno crónico que conlleva tratamiento farmacológico continuado, parece haber despertado demasiado interés científico hasta muy recientemente. El temor a la desestabilización emocional ante el deseo de una maternidad que implica tam-

---

bién una amenaza, o la aceptación de una renuncia que en ocasiones implica conflicto, suelen ser temas que se resuelven en las consultas, de manera más bien artesanal, y pocas veces alcanzan el escenario científico.

¿Qué ocurre con los años y el desgaste progresivo de los subsistemas? ¿De dónde provienen las diferencias?. El interés por estudiar las enfermedades cardiovasculares en la mujer es reciente, pero lo cierto es que se trata de un territorio fértil en datos aglutinadores de variables causales o intercurrentes de naturalezas diversas. El giro popular que ha sufrido el infarto de miocardio en unas décadas, ha desplazado su prevalencia, de los grandes magnates millonarios estresados por sus ingentes tareas a los sujetos más pobres, que acumulan mayores factores de riesgo tradicional y presentan mayor inseguridad laboral. Este reparto democrático ha propiciado el interés por las mujeres. Hoy se acepta que las cifras finales de mortalidad por patología cardiovascular son similares en ambos sexos. El interés de este fenómeno reside en muchas facetas. Una de ellas es el papel descriptivo que proporciona sobre la influencia que ejercen los cambios sociales en la salud de los sujetos. Las variables psicosociales, que no hay que olvidar que suelen arrastrar tras de sí a más de un factor tradicional de riesgo, modifican su peso de unas a otras generaciones. Si las cohortes de mujeres en edades avanzadas de la vida parecen responder a un mayor riesgo cardiovascular al adoptar posturas de sumisión, al igual que se ha visto en hembras de primates, en oposición al mayor riesgo que se atribuye a los varones y a los machos de primates dominantes, un reciente estudio sobre una muestra de población en mujeres de edades medias de la vida no halla diferencias de género en cuanto a la atribución de igual riesgo para las actitudes de dominancia. No parece pues una buena solución alejarnos de las monas para acercarnos a los monos.

De los cromosomas y estrógenos, en su doble acción periférica y central, a la vulnerabilidad derivada de la mayor implicación emocional, la pobreza, la escasez de estudios, la soledad debida a la mayor tasa de viudedad, o, por el contrario, el apoyo social derivado de la mayor implicación emocional. En el actual momento los datos son vastos, en algunos trabajos aparecen como contradictorios y, en cualquier caso, resultan difíciles de ordenar para que adquieran significación causal. No obstante, hay en el ambiente modestos vestigios que hacen concebir la esperanza de que la variable género llegara a estudiarse con rigor y naturalidad, dándole el peso que merece en las historias clínicas y en la investigación. La revista *Academic Medicine* dedicaba un monográfico en el mes de noviembre pasado a motivar a las facultades de medicina a incluir los estudios de género en la formación de sus estudiantes y argumentaba en sus artículos el beneficio docente de esta incorporación. En otro orden de temas, este marzo se celebra en Berlín el primer congreso mundial sobre mujer y salud mental, auspiciado por entidades del prestigio de la *World Psychiatric Association*, *The International Society for Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* o *the International Society of PsychoNeuroEndocrinology* entre otras. El programa es extenso y promete rigor, a juzgar or los investigadores que intervienen.

Nos hallamos tal vez ante un epifenómeno derivado de la progresiva entrada de la mujer en el ámbito de la investigación, lo que facilita desviar el interés científico a su propio terreno. O quizá hay una cierta necesidad de saber que hay detrás de las diferentes cifras entre hombres y mujeres en los estudios de poblaciones. Considérese un ejemplo interesante: averiguar algo tan querido para todos como son las diferencias existentes en cuanto a esperanza de vida.

ROSA SENDER