

LOS CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD DE GÉNERO DEL DOLOR CRONIFICADO

ENRICO MORA

Universitat Autònoma de Barcelona

enrico.mora@uab.cat

ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-9118-0398>

MARGOT PUJAL I LLOMBART

Universitat Autònoma de Barcelona

margot.pujal@uab.cat

ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-4823-2949>

PILAR ALBERTÍN

Universitat de Girona

pilar.albertin@udg.edu

ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0001-6995-509X>

THE GENDER VULNERABILITY CONTEXTS OF CHRONIC PAIN

Cómo citar este artículo / Citation: Mora, E.; M. Pujal i Llobart y P. Albertín. 2017. "Los contextos de vulnerabilidad de género del dolor crónico". *Revista Internacional de Sociología* 75 (2): e058. doi: <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.60>

Copyright: © 2017 CSIC. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY) España 3.0.

Recibido: 12/04/2015. **Aceptado:** 13/05/2016.

Publicado online: 24/05/2016

RESUMEN

En este artículo analizamos los contextos de vulnerabilidad que intervienen en la constitución del fenómeno del dolor crónico sin causa orgánica, o fibromialgia (DC/FM). Es uno de los pocos estudios que abordan el DC/FM desde la perspectiva biopsicosocial. Centramos nuestro interés en las relaciones de género que articulan los contextos de vulnerabilidad con las subjetividades que en ellos se producen. Caracterizamos dos modelos de género: el tradicional y el transicional. La investigación de la que obtenemos los datos es cualitativa. Empleamos entrevistas semiestructuradas en el contexto del área metropolitana de Barcelona (España). Del análisis identificamos una estrecha relación entre el desarrollo de la DC/FM y los modelos sociales de género, tanto en el contexto de constitución de la subjetividad de las personas entrevistadas, en la vida infantil, como en el contexto de aparición y desarrollo de la DC/FM en la vida adulta.

ABSTRACT

In this paper we analyze the contexts of vulnerability involved in the formation of the phenomenon of chronic pain without organic cause, or fibromyalgia (DC / FM). A key factor that articulates the contexts of vulnerability and subjectivities that they produce are gender relations, we characterize two (traditional and transitional) models. The research from which we derive the data is qualitative by semi-structured interviews, in the context of metropolitan Barcelona (Spain). From the analysis we have made a close relationship between the development of the DC / FM and social models of gender, both in the context of constitution of subjectivity of the interviewees, child life, and in the context of occurrence follows and development of the DC / FM in adulthood.

PALABRAS CLAVE

Biopsicosocial; Cuidado; Fibromialgia; Metodología cualitativa.

KEYWORDS

Biopsychosocial; Care; Fibromyalgia; Qualitative Methodology

INTRODUCCIÓN

Desde hace diversas décadas están emergiendo en Occidente nuevas formas de malestar corporal (dolores crónicos, fatiga crónica, intolerancias a un amplio espectro de sustancias, disfunciones), que no logran ser explicados por los esquemas biomédicos y psiquiátricos al uso. Son malestares que a día de hoy no disponen de una explicación causal de orden orgánico. Los síntomas no se corresponden de manera unívoca con signos clínicos de una enfermedad orgánica (Ramos 2004; Toledano 2014). En el contexto catalán y español los esfuerzos por atender a este tipo de sufrimiento humano han sido encabezados principalmente por equipos clínicos y de investigación del ámbito biomédico y biopsiquiátrico. Se ha producido una biomedicalización del malestar, con especial apoyo en las intervenciones farmacológicas (tanto a nivel europeo, como anglosajón y latinoamericano, como señalan Menéndez 2003 y Rivera 2009).

Los resultados han sido desiguales pero con un denominador común: el desconcierto al atender e investigar con marcos analíticos organicistas fenómenos que, desde nuestra perspectiva, están en interacción con las dimensiones psíquicas y sociales. En este texto centramos la atención en un tipo particular de estos malestares: el fenómeno del dolor crónico sin causa orgánica (DC), más conocido como fibromialgia (FM).

Según los datos disponibles, en España estimamos una prevalencia del DC/FM del 2,4 % en la población adulta, con una ratio mujer/hombre de 20/1 (4,2 %/0,2 %) y una trayectoria de 9,2 años para lograr el diagnóstico médico de FM (Ubago *et al.* 2005; según el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España en 2011 la prevalencia era de 9/1). El DC/FM afecta a las funciones individuales (emocionales, cognitivas y de comportamiento) y a las funciones familiares, laborales y sociales de la persona. Para entre el 25 % y el 50 % de las personas afectadas de DC/FM resulta laboralmente inhabilitante (Rivera 2009). En el campo biomédico hegemónico se toma como definición matriz de la FM la que recogieron hace más de dos décadas Wolfe *et al.*:

“El Colegio Americano de Reumatología (1990) señala tres criterios diagnósticos de la fibromialgia: historia de dolor difuso crónico de más de tres meses de duración, dolor en la presión en al menos once de los dieciocho puntos elegidos (nueve pares: occipucio, cervical bajo, trapecio, supra espinoso, segunda costilla, epicóndilo, glúteo, trocánter mayor y rodillas), y la ausencia de alteraciones radiológicas y analíticas (Wolfe *et al.* 1990: 1).

Esta concepción biológica interpreta el malestar a partir de la identificación de pruebas objetivas de daño en la dimensión orgánica del sujeto para dar validez al malestar expresado. En este marco, la

búsqueda de indicadores e instrumentos de medida son fundamentales para establecer criterios de verdad de la enfermedad (Miró 2012 y Faro *et al.* 2015). Todo aquello que escapa de la objetivación positivista es considerado como no fiable, y por tanto carente de efectos sobre la verdad (científica) y sin efectos jurídicos –de este tipo de diagnóstico depende el reconocimiento de prestaciones sociales compensatorias o pensiones de incapacidad, como han señalado diversos estudios en el campo jurídico, por ejemplo el de López-Tamés (2012)–. Seguramente, el logro de estos efectos (verdad científica y jurídica) constituye uno de los soportes para que las propias asociaciones de mujeres que padecen DC/FM consideren esta forma de abordar su padecimiento como la prioritaria. En el contexto vital de estas personas, caracterizado por el descrédito y el fantasma de la locura, haber logrado el reconocimiento de las instituciones médicas (a pesar de la concepción biomédica androcéntrica que las preside), les ha otorgado una visibilidad y un estatuto de existencia (en la enfermedad) que hasta el momento no tenían, y que suponía una fuente de sufrimiento adicional al DC/FM. Sin embargo, se han producido aproximaciones que proponen un modelo más complejo de explicación y de intervención de dicho malestar.

En el contexto catalán y español, se han producido en paralelo al marco hegemónico biomédico, algunos esfuerzos (particularmente desde la psicología), para replantear la forma de explicar e intervenir en estos tipos de malestar (por ejemplo, Pastor *et al.* 2012; Albiol *et al.* 2014; Tirado, Pastor-Mira y López Roig 2014). Estas aproximaciones forman parte de un movimiento más amplio en el campo psicológico internacional (Vandenberghe 2005). Una de las líneas de desarrollo de mayor eco en relación con estos malestares corporales son las terapias de tercera generación o terapias contextuales como la ACT - *Acceptance and Commitment Therapy* (Hayes, Pistorello y Levin 2012). Para más detalles, hacemos una revisión a fondo del estado del arte de las aproximaciones hegemónicas sobre el DC/FM y un análisis de género del mismo en Pujal i Llobart, Albertín Carbó y Mora (2015). Finalmente, también se han producido otras aproximaciones, minoritarias, como las psicoanalíticas (por ejemplo, Barrera *et al.* 2005 y Castellanos 2012), o el arte terapia (por ejemplo, Guiote 2012).

El objetivo principal de nuestra investigación es analizar el DC/FM para poder identificar elementos explicativos de este malestar y contribuir a su mitigación, y ello, fundamentalmente, por dos razones. La primera, el DC/FM es un problema de salud al que las aproximaciones hegemónicas de corte biomédico no encuentran la forma de solucionarlo o mitigarlo adecuadamente. Ante este fracaso de la medicina convencional, cabe preguntarse si se debe a un desarrollo aún inmaduro de sus princi-

pios científicos (pero válidos) para explicar fenómenos de la complejidad del DC/FM. Otra posibilidad es que se trate de un modelo inadecuado para su análisis, y de ahí la necesidad de introducir un cambio de orientación científica; línea en la que queremos contribuir. La segunda razón tiene que ver con tratarse de un malestar que expresa la desigualdad de género de nuestra sociedad y cuyo abordaje es insuficiente. Se trata de un padecimiento típicamente femenino, que ha sido incorporado recientemente en la agenda médica. Su impacto en las mujeres es enorme (Valls 2008), siendo en España la primera causa de consulta de las mujeres en los centros de atención primaria y primera causa de abandono de la actividad profesional de las mujeres afectadas. A pesar de ello, no forma parte de las prioridades de las agendas de investigación públicas y privadas, lo que nos hace sospechar del sesgo androcéntrico de las mismas. A nivel clínico, proponemos que se incorporen en los diagnósticos que realizan las y los profesionales de la salud la categoría de "Contextos de vulnerabilidad" aquí descritos, mediante la metodología del Diagnóstico Psicosocial de Género del DC/FM (cuyas características detallamos en Pujal i Llombart and Mora 2014). A nivel ético, mediante nuestro estudio deseamos escuchar y difundir la voz de las personas que padecen DC/FM.

El marco de análisis adoptado en este estudio se inscribe en la perspectiva biopsicosocial, que se apoya en una concepción articulada de las dimensiones de la vida: lo biológico, lo psíquico y lo social. La premisa fundamental de esta perspectiva, apoyándonos en las aportaciones de autoras y autores como Izquierdo (2003), Fausto-Sterling (2006), Lewontin y Levins (2008), Velasco (2009), Spink (2010), Gatchel *et al.* (2012), Moore (2012), es la de entender que lo biológico es una condición de posibilidad de la vida humana, es el equipamiento que hace posible la existencia humana en una pluralidad de vías que no puede predecir ni predeterminar. Es una posibilidad abierta, lo que significa que también es susceptible de modificaciones y alteraciones no naturales sino sociales. Adoptamos una perspectiva de género y crítica que rompe con la actual visión hegemónica que restringe el estudio de los malestares humanos a la dimensión exclusivamente orgánica y/o biopsiquiátrica. Esta aproximación nos permite hacer aflorar las desigualdades sexuales en la salud entre mujeres y hombres, e identificar la marca de género de la salud (especialmente mediante el análisis de las prácticas de género, femeninas y masculinas, en su contribución al bienestar o el malestar) que no coincide necesariamente con el sexo (Pujal i Llombart y Mora 2013). La perspectiva biopsicosocial aplicada a la salud implica atender simultáneamente las dimensiones biológicas, psíquicas y sociales del sufrimiento humano. En este artículo, que forma parte de una serie más amplia (Pujal i Llombart and Mora 2014; 2013; Pujal i Llombart, Albertín Carbó y Mora 2015)

prestamos atención a un aspecto del análisis biopsicosocial del DC/FM. Nos fijamos en la articulación entre la dimensión social de la vida humana, a través del concepto de contexto de vulnerabilidad, y la psíquica, a través del concepto de experiencia subjetiva vivida, desde una perspectiva de género. Aportamos evidencias de tipo cualitativo, del impacto de la vida social en la salud de las personas que sufren de DC/FM, fundamentalmente mujeres. Específicamente, señalamos cómo una determinada posición en la división sexual del trabajo y sus efectos performativos en la subjetividad de las personas está relacionada con el DC/FM. Entendemos que el dolor, como experiencia individual biopsíquica, se articula simultáneamente con determinados contextos sociales, invistiéndolo de propiedades específicas, dotando de historia el dolor que siente el sujeto.

Los estudios del DC/FM desde una perspectiva biopsicosocial con perspectiva de género son a día de hoy aún escasos (por ejemplo, Ramos 2004; Barker 2005; Bayo-Borrás 2008; Valls 2008; Moore 2012; Olivé 2012; Pujal i Llombart and Mora 2014 y 2013). Contamos con diversas investigaciones que, a pesar de no establecer siempre una articulación sistemática entre las dimensiones de la vida humana y de éstas con el género, han aportado importantes evidencias y modelos de análisis sobre los determinantes sociales de la salud (por ejemplo, Wilkinson y Marmot 2003; Solar e Irvin 2007; Palomino, Grande y Linares 2014). Es a partir de estas aportaciones que en los últimos tiempos se ha desarrollado una perspectiva que define los determinantes sociales en términos de contextos sociales de vulnerabilidad, que nosotras adoptamos de forma articulada con las dimensiones psíquicas y orgánicas de la vida humana, en la línea de Velasco (2009), para el estudio de la DC/FM.

La organización sexista de la vida social genera unas fuentes específicas de vulnerabilidad y fragilidad diferenciadas según el sexo y el género. Una de las principales características de la organización sexista en Occidente es la división sexual del trabajo, tanto en el ámbito privado como en el público, tanto en el ámbito doméstico como en el profesional, tanto en la generación y control de los recursos como en su administración. Otra característica fundamental es la construcción imaginaria y simbólica de las subjetividades de género y las relaciones sociales mediatizadas por esta categoría. Ambas han tomado diversas formas históricas. Siguiendo a Velasco (2009), en la investigación que aquí exponemos nos fijamos en dos modelos de género: el tradicional y el transicional; modelos que podemos identificar, actualmente, en la sociedad catalana y que caracterizan los contextos de vulnerabilidad de las personas entrevistadas en esta investigación. En el campo de los estudios de género, el concepto de división sexual del trabajo remite a una estructura de relaciones

de poder, dominación y explotación entre hombres y mujeres, cuyo principal efecto es el establecimiento de diversas formas de injusticia entre mujeres y hombres, que denominamos sexismo. Adoptando el esquema de análisis de la injusticia que propone Fraser (1997), entendemos el sexismo como una forma de sufrimiento evitable que se arraiga en la injusticia socioeconómica (compuesta por la explotación, la marginación y la privación, Fraser 1997: 22) y en la injusticia cultural simbólica (que se compone por la dominación cultural, el no reconocimiento y el irrespeto, Fraser 1997:24). Cuando aplicamos este concepto a la salud, significa analizar cómo los mandatos de géneros, que configuran roles y subjetividades de género, que sustentan relaciones de poder patriarcal influyen en los procesos de salud y enfermedad de forma desigual entre mujeres y hombres (Navarro 2007).

MÉTODO Y MATERIALES EMPÍRICOS

Las evidencias empíricas en las que nos apoyamos en este artículo derivan de la investigación “Las voces silenciadas en tiempos de ‘igualdad’”, dirigida por la Dra. Margot Pujal i Llombart y financiada por el Institut de les Dones de Catalunya. El diseño metodológico de la investigación es cualitativo. Para la producción de datos de la investigación usamos las siguientes técnicas: entrevistas en profundidad, grupos de discusión, recopilación de materiales documentales y recopilación de entradas de foros virtuales. Respecto al análisis de los datos, usamos: el análisis de contenido y el análisis crítico del discurso y creamos el diagnóstico psicosocial de género (que describimos en Pujal i Llombart and Mora 2014). Las evidencias empíricas empleadas en este artículo provienen exclusivamente de las entrevistas en profundidad. Estas consisten en construir relatos de vida mediante la conversación entre quien investiga y la persona entrevistada, que organizamos en encuentros de dos sesiones de aproximadamente 3 horas cada una. Las conversaciones fueron registradas y transcritas literalmente (con el consentimiento de las personas entrevistadas). El objetivo de esta técnica es acceder a la comprensión de la perspectiva que tienen las personas informantes en relación a sus vidas, experiencias o situaciones y al sentido que dan a sus actos (Gaulejac 2006). Los temas tratados en las entrevistas fueron organizados en 7 ejes: trayectoria de la enfermedad, participación en grupos organizados de personas afectadas, el significado de ser mujer, el significado de ser mujer trabajadora, relaciones familiares y afectivas, tiempo y espacio personal, y gestión de conflictos. Para el análisis de los datos aquí empleados nos hemos apoyado en el análisis de contenido, que nos permitió organizar y categorizar la información a partir de la interpretación de los datos y su vinculación con el marco teórico de referencia de la investigación, mediante el *software* ATLAS-ti 6.0.

Respecto de los criterios de elaboración de la muestra cualitativa nos apoyamos en criterios teóricos, para lograr la mayor diversidad posible de tribunas de enunciación. Realizamos las siguientes entrevistas (mediante la técnica de la bola de nieve y el principio de saturación): 15 mujeres y 5 hombres diagnosticados de FM por las instituciones sanitarias de Cataluña. En total se realizaron 30 encuentros individuales para producir los relatos de vida de las mujeres y 10 para los hombres. Este conjunto constituye el corpus textual analizado. El trabajo de campo se realizó entre 2008 y 2011 en el área metropolitana de Barcelona (España). La caracterización de la muestra se realizó a partir de la población de personas afectadas en Cataluña, atendiendo a dos variables: sexo (mujer; hombre) y participación en grupo organizado (persona asociada o no a un colectivo DC/FM). En cuanto a las variables ‘edad, estudios terminados, actividad profesional y modelo familiar’, las personas entrevistadas se encontraban, en el momento del estudio, en la horquilla de edad 29-56 (con trayectorias en la enfermedad que van desde la adolescencia hasta el momento actual, o trayectorias más cortas con tres o cuatro años de duración). Disponían de estudios primarios, secundarios y de formación profesional y dos casos con estudios universitarios. En cuanto a la actividad profesional los tipos de trabajos realizados fueron: dependiente de tienda, administrativa, contable, trabajos descalificados en fábricas, gestión de instituciones, gestión de proyectos culturales y arquitectura. Con respecto a las actividades domésticas, trabajaron como ama de casa a tiempo completo, o como responsable principal de la actividad doméstica (en el caso de los hombres, solo uno), en algunos casos desde la niñez. Los modelos familiares en la vida infantil de las personas entrevistadas fueron: familias nucleares, en algunos casos extensas (con los abuelos y abuelas), y un caso de una persona huérfana. En la vida adulta, en el momento del estudio, eran: el nuclear con hijos e hijas dependientes y familias monoparentales.

EL CONTEXTO DE VULNERABILIDAD DE LA FAMILIA EN LA INFANCIA: LA HERENCIA DEL MODELO DE GÉNERO TRADICIONAL

En el modelo de género tradicional de Europa occidental la producción doméstica es una de las actividades por excelencia femenina, especializada en el cuidado y el servicio, en relación de mutua dependencia con la producción mercantil que es, por excelencia, una de las actividades masculinas, especializadas en la provisión. Como ya han señalado diversas autoras (por ejemplo, Maruani, Rogerat y Torns 2000; Velasco 2009; Hochschild 2008; Izquierdo, Mora y Duarte 2008), en el modelo de género tradicional occidental la mujer adulta tiene como responsabilidad principal la actividad doméstica de atender las necesidades de las personas que forman parte de su familia (cuidado

y servicio) y el hombre adulto la de aportar los medios de vida necesarios para el desempeño de la actividad doméstica (provisión). La configuración histórica de las relaciones patriarcales en Europa occidental y EE. UU. ha dado lugar a la figura del ama de casa como la posición tradicional de producción de cuidados y servicios, cuyas personas destinatarias son su familia (personas dependientes, criaturas, viejas y viejos, su pareja) y ella misma, y la dedicación es exclusiva. En relación de mutua dependencia, caracterizada por la explotación y la dominación, las relaciones patriarcales han dado lugar a la figura de ganador como la posición tradicional de producción de provisión, cuyas personas destinatarias son su familia y él mismo, y la dedicación es exclusiva.

Entendemos los conceptos de cuidado, provisión y servicio como tres tipos de relación psicosocial que articulan la producción doméstica (Bubeck 1995; Izquierdo 2003; Izquierdo, Mora y Duarte 2008; Mora y Pujal i Llombart 2010) y permiten caracterizar los modelos de género hegemónicos actualmente en Occidente y los contextos de vulnerabilidad que de ellos se derivan en condiciones sexistas. Tal y como hemos desarrollado teóricamente en otro lugar (Mora y Pujal i Llombart 2010), el cuidado es un tipo de relación social que se caracteriza por la acción de satisfacer las necesidades de una persona por parte de otra, siendo esta la finalidad de la acción. La necesidad es de tal naturaleza que no hay ninguna posibilidad de que pueda ser satisfecha por la persona objeto de cuidado. No hay que confundir este concepto con servicio, que se refiere a la relación donde las actividades que realiza la persona que presta el servicio, las podría hacer la persona objeto de servicio, y con ello se ahorra tiempo y esfuerzo (Izquierdo, Mora y Duarte 2008). Dadas las condiciones sexistas de realización, el cuidado y el servicio se han producido con la marca del género femenino, pues las que han desempeñado históricamente las relaciones de cuidado y servicio han sido las mujeres. A título de ejemplo, se estima que en España un 92 % de las personas cuidadoras de las personas que necesitan atención por cualquier motivo son mujeres (García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Maroto-Navarro 2004). De manera paralela, la provisión se ha producido con la marca del género masculino. La provisión consiste en el suministro de los medios de vida necesarios para que la producción doméstica sea posible. La provisión se refiere a las relaciones orientadas a la consecución de objetivos, donde el fin es la obtención de algo, sin atender al impacto que tienen sobre las demás personas las propias actividades. A diferencia del cuidado, las relaciones con las personas adquieren un carácter instrumental, así como la atención de sus necesidades. Es decir, las personas son consideradas en la medida en que permitan alcanzar los objetivos propuestos (Mora y Pujal i Llombart 2010).

Las familias de las personas entrevistadas, durante su infancia, se regían, fundamentalmente, por el

modelo de género tradicional de las relaciones de cuidado y servicio. Sus madres ocupaban una posición de amas de casa (como responsabilidad principal, a excepción de dos casos en que era la única), junto con otros trabajos de economía sumergida (lo que introduce elementos de disolución de dicho modelo). En diversos casos, hemos identificado en la trayectoria de las entrevistadas una participación precoz en la realización de las tareas de cuidado y, más específicamente, de servicio, al atender las necesidades de los demás, a pesar de no tener la responsabilidad social de hacerlo, ni las capacidades. Con ello suplían a la propia madre, dedicada a una actividad remunerada precaria e inestable (señalando elementos de cambio en el modelo de género tradicional que emergerán de forma evidente en el modelo transicional) o ayudándola en las tareas domésticas. Esta participación precoz tendrá, como vemos en el siguiente fragmento, unas implicaciones muy desfavorables en la construcción de la subjetividad.

“R: La madre trabajaba durante el día, bordaba, y entonces a las 4 de la madrugada iba a una fábrica de gomas, de gomas de aquellas de antes que se llevaban envueltas como en un hilo de seda para ponerlas en las braguitas y prendas así, y entonces ella también ayudaba a mi padre que era panadero y entonces, claro, yo era la grande, tenía 7 años y tenía toda la responsabilidad de los hermanos más pequeños y entonces, claro, tenía que hacer las camas, tenía que lavar los platos después de cenar, tenía que preparar la merienda para los más pequeños. La hermana que venía detrás de mí era deficiente y entonces en la escuela la sentaban a mi lado para que yo le hiciera hacer las letras, le hiciera repasar los números y tal... y claro yo iba siempre con la carga esta... y se murió mi abuelo que era la única persona que de vez en cuando venía a buscarme y me llevaba al teatro Romea a ver “Els pastorets” [típica representación teatral catalana de temática navideña]. Y cosas de este tipo. Y a mí la muerte de mi abuelo que se murió estando en casa y vi como se moría, y lo vi muerto y como lo colocaban dentro de la tumba, me afectó tanto, que empecé a tener sueños por las noches, y lloraba... y a partir de entonces empecé a tener dolor, y tenía dolor.

[...]

R: Desde bien pequeña ya tenía la responsabilidad, pero al morir mi abuelo entonces crecieron estas responsabilidades y bueno [...] no era una niña muy feliz.” (Entrevista: 50, Mujer. Cita 38:2. Extracto 10:18).

Así mismo, asumir estas responsabilidades de forma prematura por parte de algunas de las entrevistadas cuando eran niñas (a partir de los 7 años), significará, no solo desempeñar aspectos de la función de cuidado sino, también de la función provisor, de forma temporal, hasta formar la propia familia. El impacto emocional en la propia subjetividad es, aún a día de hoy, evocado por la entrevistada, con sufrimiento y malestar.

El modelo de género tradicional occidental produce un modelo de vulnerabilidad específico que afecta a la salud y al bienestar de las mujeres y los hombres mediante las subjetividades construidas a partir de este modelo. Tal y como señalan Velasco (2009) e Izquierdo (2003), la estructura de estas relaciones tradicionales entre los sexos se caracteriza por situar la finalidad de la relación entre la mujer y el hombre en la construcción de un núcleo social básico, la familia, mediante el contrato matrimonial fundamentado en la permanencia, exclusividad y jerarquía. En este modelo el hombre es el sujeto hegemónico en la forma de cabeza de familia y es el detentor principal del poder (ganador de pan). El resto de los miembros de la familia dependen financieramente del cabeza de familia y le deben obediencia. En este modelo, tener hijas e hijos no es un deseo en primer término, sino un mandato. La familia, a través de su representante, el cabeza de familia, es la depositaria de la propiedad y del control sobre los miembros del grupo. Los ideales resultantes de feminidad y masculinidad que se forjan en este modelo son dicotómicos. En la subjetividad se establece una relación de sujeto (hombre) a objeto (mujer). La feminidad, equivale a subordinación, entrega, pasividad y la realización es a través de la maternidad y el amor. Quedan excluidos la sexualidad y las realizaciones a través del trabajo remunerado, la creatividad o el saber. La masculinidad, en cambio, viene definida por el poder, la propiedad y la potencia. Las realizaciones subjetivas de los hombres provienen del trabajo remunerado, del poder de ser cabeza de familia y de la paternidad nominal. En el rol tradicional femenino el mandato de género se apoya en mantener los signos de carencia para sostener una posición inferior al hombre. Las personas entrevistadas se encuentran en una posición de tránsito entre este modelo tradicional, que caracterizaba en gran medida sus familias de origen, y las familias que formarán más adelante y que se caracterizan por responder a un modelo de relaciones de género transicional (que trataremos más adelante). Como señala una entrevistada, la posición paterna, que se sobrepone a la de cabeza de familia y ganador de pan, corresponde al modelo masculino tradicional occidental, y la posición materna, que se sobrepone a la de cuidadora y ama de casa, corresponde a un modelo femenino tradicional occidental:

“R: Mi padre no estaba mucho en casa. Lo veíamos muy poco, claro, el padre trabajaba todas las noches, o sea, el se iba a trabajar después del almuerzo y volvía de trabajar de madrugada cuando había el horno, salía de trabajar del horno de madrugada, y... sobre las 7 de la mañana, dormía y claro, cuando él se marchaba para ir a trabajar igual nosotros estábamos comiendo y nos volvíamos al colegio porque empezábamos a las tres, ¿no? El padre en casa estaba poco, pero cuando estaba... entonces era el padre quien decía... pues ‘me ha dicho mamá que no le hacéis caso y tal’, era un golpe en la mesa y todos a portarse bien, y mi madre que no diga nada más, ¿no? Y entonces, pues era así, ¿no?”

P: mm

R: Quiero decir era muy patriarca, aún sigue siéndolo ahora, ¿no?”

P: mm... ¿y la relación con tu madre?”

R: La relación con mi madre era buena, era buena, pero al mismo tiempo, pues era, a ver... porque era la única relación que tenías la posibilidad de tener, y entonces a mi madre le preguntaba todas las cosas y como a mi madre le gustaba mucho leer, pues me pasaba libros, comentábamos libros, no se le podía preguntar sobre el tema de la regla, sobre el sexo, sobre lo que fuera. Ella me iba diciendo, supongo yo lo que buenamente podía y yo consideraba en este sentido como una buena madre, ¿no? (Entrevista: 13, Mujer. Cita 38:11. Extracto 52:56).

Siguiendo el planteamiento de Velasco (2009), este modelo de género tradicional genera unos tipos de vulnerabilidades que afectan de forma diferenciada a la salud de las mujeres y a la salud de los hombres (y nosotros añadimos a la salud de las niñas y los niños y a la de las personas ancianas). Para las mujeres, la vulnerabilidad procede de las limitaciones del rol al imponer la reclusión en el espacio doméstico y en la relación de dependencia tanto económica como emocional en la que queda. Para las niñas, la socialización en el mandato sexista del modelo tradicional afecta a la formación de las expectativas de los padres y de las madres, hasta el punto de potenciar o frustrar las aspiraciones futuras que tenían algunas entrevistadas en su niñez. Es lo que expresa una entrevistada sobre las expectativas que su padre tenía sobre su futuro como mujer: la de ser una esposa que mientras espera el matrimonio debe trabajar, en lugar de recibir formación (que sí era considerada una inversión necesaria por su hermano). En términos monetarios, se expresa una infravaloración de la entrevistada en cuanto mujer que, en este caso, viene marcado por un umbral en la formación que debe recibir respecto a su hermano: si no hay suficientes recursos para ambos, quien prevalece es el chico.

“R: Mucho, y a ver [mi padre era muy normativo], era una buena persona, ¿eh? Porque él lo ha hecho por la familia, a ver que él, todo el trabajo, quiero decir que no era un hombre que después pudieras decir... no porque el dinero que ganaba era poco en aquella época y se gastaba para la comida y para el mantenimiento de la familia, pero claro, había eso de dar prioridades. A los 14 años, por ejemplo, que yo había hecho el bachillerato elemental no pude entrar en ningún instituto, había muy pocos antes, no pude entrar en ningún instituto público, porque debías tener padrinos para poder entrar, en esa época pues era la Falange quien dominaba, debías tener padrinos y claro yo no tenía padrinos, porque mi familia pues era de rojos, y entonces no tenía padrinos, pues había un abuelo mío condenado a muerto, pero estaba en la prisión, ha habido mucho jaleo a nivel político y por tanto eras una familia un poco marcada, y por tanto no teníamos padrinos para poder entrar en uno público. Claro, de los pocos que había, entonces, con esfuerzo pagaron el bachillerato elemental, pero el día que cumplí 14

años, el maestro que había en la escuela fue a visitar a mis padres para decirles que siguiera estudiando porque 'ella quiere ser maestra', entonces mi padre le dijo: 'ni hablar, yo no tengo dinero, este dinero lo invertiré en que estudie el chico, en ella ya he invertido suficiente, y entonces yo le tengo el mejor regalo de cumpleaños que se pueda esperar', y el mejor regalo de cumpleaños era que al día siguiente, no era 18 de julio que era festivo, y yo lo años los hago el 17 de julio, pues el 19 de julio empecé a trabajar, me encontró trabajo y empecé a trabajar. Este fue el regalo, un trabajo, porque, claro, las chicas nos casaríamos y ya no trabajaríamos, porque casadas ¿qué tiene que hacer una mujer casada?, nos decían, ¿no? La tiene que mantener el marido..." (Entrevista: 50, Mujer. Cita 38:12. Extracto 68:72).

En otros casos, las expectativas formativas de la familia sobre la niña podían incluir el acceso a la educación superior, pero interpretamos más como un efecto de reproducción del capital cultural de clase de la familia (en particular de la clase media) que por una apuesta firme por parte del padre y/o de la madre para proveer de un futuro más igualitario a su hija (aunque luego pudiera tener ese efecto).

La vulnerabilidad de la salud de las mujeres en el modelo tradicional de género, surge también de las dificultades y conflictos que se producen en el proceso de cumplimiento cotidiano del mandato del ideal femenino. Estas dificultades van desde lo relacional, como la ruptura de la pareja o problemas relacionados con la educación de las hijas y los hijos, que no son lo que se esperaba, hasta todas las dificultades asociadas a la gestación, o el hecho de no desear ser madre o de sentir rechazo al embarazo. Todos los aspectos que socialmente son asociados al incumplimiento del ideal femenino, en particular, del ideal de esposa-madre (Izquierdo 2003). Una entrevistada señala estas dificultades cuando nos habla del malestar que sentía en un momento dado de su vida, en el desempeño del mandato de esposa-madre a partir del nacimiento de su primer hijo (como veremos más adelante, las entrevistadas que mantienen un cuadro estable de DC/FM o de empeoramiento, vuelven en algunos momentos de su vida, de forma temporal o permanente, a un modelo de relaciones de género tradicionales):

"R: [...] Trabajaba, llevaba mi casa, y eso aún lo podía manejar, pero cuando nació el primer hijo y te encuentras un individuo que cada tres horas tiene hambre, tiene pipí, tiene caca, y le tienes que lavar la ropa y encima te corta el sueño durante la noche, durante el día... y aquí fue donde explotó la enfermedad como fatiga y no podía salir de la cama, es que solo me dedicaba al niño. Es decir, mi fuerza de voluntad me hacía cuidar del niño, pero era incapaz de hacer nada más." (Entrevista: 21, Mujer. Cita 35:12. Extracto 94:94).

En el caso de la vulnerabilidad de los hombres, en el modelo tradicional occidental de género, esta surge del cumplimiento del mandato del ideal masculino, que consiste en el mantenimiento de las posiciones de potencia y de propiedad sobre la mujer. Así, correr

riesgos demostrando fortaleza, insensibilidad al dolor y consumiendo tóxicos hasta donde el cuerpo aguante, serían ejemplos paradigmáticos (Velasco 2009). Y surge también de los conflictos y dificultades en mantener dicho cumplimiento. Así, por ejemplo, perder la posición de provisor de la familia y de la relación de propiedad con la mujer generan malestares psíquicos y somáticos. Sin embargo, los hombres entrevistados que padecen DC/FM se alejan de este modelo de masculinidad y de sus formas específicas de vulnerabilidad como veremos en el siguiente apartado.

El análisis de las familias de origen de las personas entrevistadas pone en evidencia un elemento adicional. Si entendemos que las relaciones de género, y en particular la división sexual del trabajo, tienen un impacto en el desarrollo del DC/FM, ¿por qué no afecta a todas las mujeres que ocupan esa posición? Para nosotras, la clave es entender que el género y el sexo están interseccionados por diversas dimensiones de la desigualdad social (clase social, raza, etnia, edad, generación, diversidad funcional, etc.), y también por diversas dimensiones de análisis (social, psíquica y biológica; histórica y biográfica). Nuestra hipótesis es que el DC/FM afecta sobre todo a mujeres no por sus características biológicas en sí mismas, sino por una determinada orientación psicosocial. Sostenemos que uno de los aspectos que contribuye al desarrollo del DC/FM es la orientación de las mujeres hacia el cuidado y como esta orientación es subjetivada y somatizada en el proceso de socialización bajo condiciones sexistas. La orientación hacia el cuidado en condiciones sexistas es así mismo el denominador común con los pocos hombres (proporcionalmente hablando) que desarrollan dicho sufrimiento (y que nos hacen sospechar que su socialización sexista, a pesar de ser niños, fue orientada, en algún modo, hacia los cuidados). Es decir, el hecho de que la prevalencia del DC/FM es de 9 mujeres por 1 hombre señala, en primer término, la organización sexista de nuestra sociedad. Así mismo, que no sean todas las mujeres de nuestro entorno social, señala que algo ocurre en el proceso de subjetivación y somatización de los mandatos de género, y que es algo común a los hombres que padecen de DC/FM. Consideramos que las condiciones de socialización de estas personas, caracterizadas por interiorizar mandatos de atención a las necesidades de terceras personas en etapas vitales muy prematuras (que implica una desatención de las propias necesidades), contribuyen a explicar esa variabilidad de la prevalencia del DC/DF, tanto entre las personas que la padecen, como en relación a la población en general. Como señalan García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Maroto-Navarro (2004), cuidar tiene un impacto en la salud de las personas, y dadas las condiciones sexistas de su desempeño, se traduce en una sobrededicación cuyos principales efectos pueden ser un deterioro de la salud física y psíquica que se intensifica en función de la posición de clase de las personas cuidadoras. Señalan, en un estudio sobre Andalucía en 1999, que

casi la mitad de las personas entrevistadas indicaban que por el hecho de cuidar sentían que su salud se había resentido en alguna medida. Cerca del 11,3% percibía este impacto con una intensidad muy elevada en su salud física; de las cuales un 60% con problemas crónicos articulares y circulatorios, y un 20% que presentaban dificultades para la realización de las actividades normales para su edad. Cuando analizaron el impacto de cuidar específicamente en la salud psicológica el porcentaje subió hasta el 19,1%, señalando como principales malestares la depresión o ansiedad (22%), irritabilidad y nerviosismo (23%), tristeza y agotamiento (32%). En este marco, entonces, el incremento poblacional de la prevalencia del DC/FM en los últimos años (Pastor, Lledó, López-Roig, Pons y Martín-Aragón 2010) estimado entre un 2%-6% de la población, lo podemos tomar como un indicador de una intensificación del sexismo en nuestra sociedad. Se trata de algo paradójico si atendemos a los esfuerzos antisexistas de las últimas décadas; quizás es un indicador de las profundas resistencias que se activan en la lucha contra el sexismo.

Sin embargo, el contexto de vulnerabilidad de la familia de origen no es suficiente para explicar el desarrollo del DC/FM. Tampoco lo es exclusivamente el contexto de vulnerabilidad de la vida adulta. Sostenemos que es la interacción entre ambos contextos en la experiencia vivida por las personas que padecen DC/FM lo que puede aportar alguna clave explicativa. En el caso estudiado, el contexto de la vida adulta está presidido por “los tiempos de la igualdad de género” en España y Cataluña, siendo uno de sus mandatos fundamentales para las mujeres poder desarrollar una carrera profesional y al mismo tiempo seguir siendo la principal responsable del cuidado en el núcleo familiar. Un nuevo mandato de género (aparentemente emancipatorio) y que nosotras planteamos como la presencia de la desigualdad en la “igualdad” (Pujal i Llobart y Mora. 2013) y que solo interpela a las mujeres (siendo ajeno a los hombres). Sospechamos que es debido a la forma específica en que se produce la articulación entre los contextos de vulnerabilidad en la experiencia vivida de las personas entrevistadas lo que permite explicar por qué no todas las personas que han experimentado un contexto de vulnerabilidad como el descrito anteriormente, o como el que vamos a describir a continuación, no han desarrollado el DC/DF.

EL CONTEXTO DE VULNERABILIDAD DE LA FAMILIA EN LA VIDA ADULTA: EL CAMBIO HACIA EL MODELO DE GÉNERO TRANSICIONAL

En las últimas décadas y bajo el mandato de la “igualdad de género”, que hemos visto en Europa occidental y América, las relaciones de género han sufrido algunos cambios: un aumento considerable de las mujeres en la educación, en la vida pública

y, especialmente, en las actividades profesionales y, por tanto, el acceso a ingresos propios. Aunque este cambio supone cuestionar las relaciones patriarcales prototípicas, lo es para las mujeres, pero no lo es en la misma medida para los hombres. El aumento creciente de mujeres en las actividades profesionales no se ha traducido en un aumento creciente y equivalente de hombres en las actividades domésticas. Las responsabilidades domésticas parecen un territorio ajeno a los hombres. Un ejemplo del predominio de la especialización sexual del modelo transicional es la narración de una entrevistada de cómo era su actividad diaria, antes de enfermar:

“R: Pues te voy a explicar un día normal y corriente. Si yo trabajaba me levantaba a las cinco y media de la mañana, me levantaba eh... a veces llevaba, de pequeña no porque de pequeña venían a cuidarla, pero un poquito más grande llevaba a mi hija a casa de mi suegra, la dejaba, cogía el autobús, me iba a trabajar. Empezábamos a las seis, de las seis a las... a las doce, no, de las seis a las dos era la jornada intensiva. Yo me llevaba una fiambrera y me quedaba, de las tres luego a las seis o las siete. Luego venía... bueno, mi niña la... la dejaba... la tenía mi suegra cuando era... tenía... te estoy hablando de eso cuando tenía seis o siete años, cuando era más pequeña la dejaba en la guardería y mi suegra me la recogía ¿no? Me la recogía para poder yo trabajar porque mi suegra sabía que si no... no tenía yo trabajo ¿no? O tenía que salir a buscarla ¿no? Llegaba a mi casa... bueno, salía del trabajo, cogía el autobús, me venía a casa de mi suegra, recogía a mi niña, me iba a mi casa, cogía, le daba de comer a mi niña, la bañaba, me ponía a hacer la comida para el otro día, la fiambrera para mí, la comida para mi marido, la cena, el bocadillo, eso... Luego llegaba, acostaba a mi niña, el ratito que estaba por allí la tenía siempre para estar en contacto con ella, y luego la echaba a la cama y luego me sentaba en el sofá un ratito, y luego me iba a la cama. Normalmente a las doce y media, la una, me iba a la cama.” (Entrevista: 29, Mujer. Cita 83:12. Extracto 156:162).

Implica una dedicación de actividades extenuante no solo a nivel físico sino también psíquico, particularmente en lo que se refiere a la superposición de responsabilidades. Pero este ritmo de dedicación tiene costes. A menudo, para las personas entrevistadas termina por suponer la pérdida del trabajo remunerado, no como una decisión autónoma, sino como un efecto del cuerpo enfermo. Y con ello, volver a un modelo de género tradicional:

“R: [...] la mejor manera de reconducir la situación fue dejar el trabajo. Y claro, yo estuve 30 años trabajando [...]” (Entrevista: 75, Mujer. Cita 27:2. Extracto 264:264).

Estos cambios no han supuesto una transformación estructural en la división sexual del trabajo doméstico (Fraise 2000; Maruani, Rogerat y Torns 2000; Hochschild 2008; Izquierdo, Mora y Duarte 2008) pero ha introducido un conjunto de aspectos que nos per-

miten hablar de un modelo de género diferenciado del tradicional en Europa occidental y EE. UU. que tiene por efecto nuevas fuentes de vulnerabilidad para la salud de las mujeres y los hombres: hablamos del modelo de género transicional. La estructura del vínculo entre mujer y hombre ya no se basa en crear una familia como meta única. El motor de la relación es, en un primer momento, la de formar una pareja. Dado que tanto la mujer como el hombre pueden ser independientes y no se necesitan para la supervivencia económica y social, la pareja se forma alrededor de motivaciones como el amor, la satisfacción de necesidades íntimas y para crear y compartir una familia donde, formalmente, ambas personas contribuyen al mantenimiento del núcleo familiar y son propietarios en igualdad de condiciones. Al no tratarse de una familia tradicional, la unión de pareja puede ser también de un mismo sexo. Al mismo tiempo tener hijas e hijos deja de ser un mandato irreflexivo y se convierte en un mandato que se verbaliza, que se acuerda sobre cuál es el momento más oportuno pero que, al fin y al cabo, se sigue realizando. Debido a que se trata de una unión para llevar a cabo un proyecto que implica tanto a la mujer como al hombre, la estructura familiar no es una estructura perdurable e indiscutible, sino que dura lo que dura el amor o la crianza de las hijas y de los hijos, y hasta que los proyectos de cada miembro de la pareja divergen o deciden establecer el vínculo con otra persona (Velasco 2009). Los cambios que caracterizan el modelo transicional de género en Occidente implican intensas contradicciones. Si bien, los principios formales de igualdad entre mujeres y hombres son sancionados en multitud de leyes, códigos, reglamentos, planes de acción, campañas publicitarias, sentencias judiciales, organismos públicos especializados en velar por su desempeño, la dinámica social se aleja bastante de aquellos ideales. Las entrevistadas nos hablan de un ideal de igualdad como un espejismo, como un imposible: tenerlo todo, pareja, hijas, hijos, trabajo, para no poder con todo.

R: Trabajar, ganarme la vida, ser independiente... eso que nos decían de realizarnos

P: ¿Realizarte como mujer?

R: Sí, que me casaría, que tendría hijos... una vida normal

P: ¿Siempre habías pensado en crear una familia, en tener hijos?

R: Sí, compaginarlo todo

P: Y eso que dices de realizarte como mujer, ¿tú qué entiendes por realizarte como mujer?

R: A ver, me has preguntado cuando era pequeña. Cuando era pequeña lo que nos decían para realizarte como mujer era: poder casarte y tener hijo y, por otro lado, tener una preparación, un trabajo y pasarlo lo mejor posible en el trabajo, y realizarte como persona en ese trabajo.

P: Pero...

R: Qué es un estereotipo, era lo que te vendían, era la imagen...

P: Lo que te tocaba hacer...

[...]

R: En aquellos momentos, sí. Sí, sí, lo tenía todo. Pero no podía con todo." (Entrevista 21, Mujer. Cita 35:29. Extracto 312:328).

A pesar del salto cuantitativo que ha supuesto la incorporación masiva de las mujeres a las actividades profesionales, no lo es ni en igualdad de oportunidades, ni de resultados, ni de condiciones. De los cambios señalados se deriva un ideal de feminidad y masculinidad igualitario en los aspectos formales y jurídicos que, sin embargo, es contradictoria en la dimensión estructural y pragmática expresándose las tensiones en la dimensión subjetiva, tanto en la esfera privada como en la pública.

En cuanto a la esfera privada, la formación de la pareja se basa, fundamentalmente, en el amor, que se ha convertido en una forma de simbolizar la realización subjetiva. El amor, la sexualidad y el erotismo se convierten en unos nuevos imperativos que regulan las relaciones de pareja. La posición subjetiva de las mujeres entrevistadas, en el modelo transicional, se caracteriza por la sobrededicación, pues las nuevas exigencias de ser un sujeto social, del saber y del trabajo en la esfera mercantil, se sobrepone a las exigencias tradicionales de cuidados y atención prioritaria a las otras personas. Como relatan algunas entrevistadas, se producen en la relación de pareja situaciones contradictorias entre el reconocimiento de aquello que se desea y, por tanto, de la capacidad de desear de forma autónoma y la imposibilidad de negociar los propios deseos con la pareja en el terreno pragmático, a pesar de que se presente la solución de los conflictos como si fueran acuerdos. En cuanto a la subjetividad masculina en el modelo transicional de Occidente, conserva los atributos de actividad y superioridad relativa sobre la mujer y la realización personal a través del trabajo remunerado, la paternidad nominal y la responsabilidad social. Si bien este sería el nudo que caracterizaría la masculinidad transicional, y que por tanto conserva bastantes elementos en común de la masculinidad tradicional, se añaden elementos nuevos, como mantener a la pareja satisfecha tanto en términos amorosos como sexuales. Al mismo tiempo se pueden sumar de forma variable, atributos que vienen de una mayor o menor implicación de los hombres en las tareas de cuidado y atención al otro, que implican expresividad, sensibilidad y seducción (Velasco 2009). Sin embargo, la responsabilidad que se siente como principal y prioritaria es la de tener un trabajo remunerado, en ningún caso toma centralidad la actividad doméstica. En este punto, surge la pregunta sobre qué tienen de específico aquellos hombres que tienen diagnosticado DC/FM, respecto a los otros hombres que tienen una misma posición de provisión. Al nivel de los contextos de vulnerabilidad,

cabe señalar que tienen un aspecto en común con las mujeres con DC/FM: su orientación prioritaria al cuidado. Pero se trata de una orientación hacia el cuidado básicamente en el ámbito de la actividad remunerada. Esta orientación hacia el cuidado en el ámbito profesional se convierte en un imperativo, tal y como narra un entrevistado que se dedicaba, antes de desarrollar DC/FM, a la dirección de un centro geriátrico. El cuidado era un aspecto central en su trabajo y un aspecto que exigía a sus trabajadores y trabajadoras a la hora de atender a las personas viejas del centro que dirigía. Expresa entrega a su trabajo y exigencia de cuidado en la actividad profesional (si bien no sucede lo mismo cuando habla de sus responsabilidades de cuidado familiares).

P: ¿Y te gustaba tu trabajo? ¿Te sentías a gusto?

R: Yo... fantástico. Fantástico y orgulloso. Orgulloso de lo que hacía y muy contento.

P: ¿Y tus tareas cuales eran, como director?

R: Pues, desde ir a decir buenos días a cada uno de los abuelos, cada día, a llevar la contabilidad, controlar los sesenta o setenta trabajadores que podían estar en esos momentos [en el geriátrico], gestionar compras, gestionar altas de abuelos, buscar clientes, negociar con la Generalitat [Gobierno de Catalunya]... Todo. Todo porque si solo te dedicas a la parte de la gestión y la administrativa... entonces funcionan como funcionan los geriátricos. Y si no estás en las plantas cuando están limpiando y si no estás viendo como duchan a los abuelos en la ducha geriátrica, al lado de ellos, pues duchan como duchan... Y por esto era un trabajo que me gustaba mucho, pero que requiere mucha dedicación, pero bueno..." (Entrevista: 55, Hombre. Cita 22:19. Extracto 371:375).

Más atípico para los hombres entrevistados es manifestar esta disposición al cuidado en el ámbito familiar hasta el punto de querer priorizar la dedicación al cuidado de las personas dependientes de la propia familia por encima de la actividad profesional. Implica una escala de prioridades vitales que se aleja del ideal masculino tradicional y transicional (pero tan típico del ideal femenino). Un indicador de este distanciamiento respecto del ideal masculino es la sanción y rechazo en su entorno laboral. Un entrevistado nos lo narra así:

"R: [...] yo en mi trabajo, he rechazado...., eh, eh, pues otras oportunidades de ascender y las he rechazado voluntariamente por la familia, porque yo tengo muy claro que si tienes hijos es para educarlos, con tu mujer, no para.....

P: para estar...

R: no para estar con los abuelos ni nada, y yo veo a mis compañeros, digo yo no quiero, llegar y decirle buenas noches y buenos días

P: mmm

R: eso es una cosa que lo tenía y lo hemos pasado así a nivel económico... y esto, también es una in-

comprensión, porque muchos compañeros, mi mismo jefe que te lo propone, dice, oye que es una oportunidad que estás perdiendo, pero claro cuando meditas y dices los pros y los contras y me alegro de esa decisión, o sea, vivimos hasta aquí, o sea vivimos en un piso pequeñísimo 70 metros cuadrados." (Entrevista: 47, Hombre. Cita 21:36. Extracto 492:497).

En cuanto a la esfera pública, las contradicciones se producen entre el ideal femenino tradicional y el transicional. Por un lado, hablamos de trabajadoras con una alta dedicación al trabajo, que son responsables y capaces y que al mismo tiempo se sienten culpables, especialmente en ambientes laborales masculinos, de manifestar su potencial y capacidad masculina laboral. Estas contradicciones las hemos identificado en las mujeres entrevistadas, pero en términos de un conflicto ético. Experimentan el choque entre las prerrogativas de una disposición ética orientada hacia el cuidado, que implica situar como necesidades centrales la de las demás personas, y al mismo tiempo una disposición ética hacia la provisión, donde la centralidad en la acción es otorgada a la consecución de objetivos, la finalidad es la obtención de algo, con escasa atención al impacto que tienen sobre los demás las propias actividades. Estas disposiciones tan contradictorias, implican una fuente de malestar intenso para las mujeres entrevistadas. Un malestar difícil de gestionar que dibuja el contexto de emergencia del DC/FM. Uno de los ámbitos por excelencia de este conflicto es cómo ejercer la maternidad dadas las condiciones profesionales actuales para su desempeño. Como relata una entrevistada,

"P: Claro, es una lucha interna la que estás trabajando... claro has tenido que dejar tu hijo con los abuelos, o con un canguro, o con quien sea ¿no? Y esto ya es en sí, ya es un esfuerzo. Si encima no tienes el apoyo de una pareja, con quien compartir los gastos, la educación... ni tan siquiera comentar las cosas... entonces, claro, se vive con mucha soledad, ¿no?" (Entrevista 43, Mujer. Cita 29:15. Extracto 70:70).

Significa pues, enfrentarse al conflicto ético de no ser la madre que se espera según el mandato social sexista vigente que exige una profesionalidad ciega al cuidado cuyos costes empiezan por la soledad.

CONCLUSIONES

Un aspecto específico que aporta nuestra investigación sobre el DC/FM es entender este malestar en relación con las condiciones en que se produce la socialización de los mandatos de género de las personas afectadas, tanto en su familia de origen como en la articulación de los mismos en su vida adulta. Señalamos que esas condiciones se caracterizan por una interiorización de los mandatos de cuidado de forma prematura, cuya subjetivación implica que las propias necesidades queden desatendidas. Los efectos subjetivos han supuesto el desarrollo

de una subjetividad presidida por unos ideales inalcanzables y cuya expresión del conflicto psíquico que generan, se acaba experimentado en la forma del DC/FM, siendo una marca específica de los supuestos “tiempos de igualdad”. En todos los casos de las mujeres entrevistadas, la organización sexista del trabajo doméstico no queda cuestionada. Como mucho, en los episodios más críticos, el marido de la mujer con DC/FM resuelve algunas de las necesidades domésticas a través de la mercantilización o de una dedicación puntual al cuidado, en ningún caso se convierte en el punto de partida de una nueva organización de la producción doméstica. La explotación, entendida como transferencia de horas de trabajo de las esposas hacia sus maridos se mantiene a través de convertir el cuidado en servicio. Además, la participación en la esfera del trabajo remunerado, implica, para las mujeres, asumir dinámicas de trabajo, formas de relación, desarrollo de capacidades que se alejan de los ideales de feminidad tradicional y se aproximan a los imperativos masculinos de trabajo. Este tipo de dedicación, para algunas entrevistadas implicó jornadas laborales intensas y agotadoras, un trabajo absorbente durante años, y que ahora algunas de ellas valoran como trabajos donde habían perdido los límites. A pesar de que se han producido cambios importantes en las relaciones entre mujeres y hombres en cuanto a la participación en la división sexual del trabajo, ésta no se ha disuelto. Más bien existe una intensa contradicción entre los ideales de igualdad y la vida práctica. En la esfera subjetiva se ha traducido en un creciente mandato de alcanzar las metas que el ideal de igualdad fija, pero como un mandato individual que choca con las

condiciones de existencia que hacen de la igualdad entre mujeres y hombres un terreno de intensas contradicciones. En este marco es donde situamos uno de los efectos de los “tiempos de igualdad”: el dolor crónico sin causa orgánica. Expresa, a través de cuerpos individuales, el conflicto entre los mandatos sociales de género tradicionales y los nuevos mandatos de género de acuerdo con los “tiempos de igualdad” en un contexto contradictorio. El resultado es paradójico: la lucha histórica para la igualdad entre mujeres y hombres, implica en la biografía de las mujeres entrevistadas un tránsito que empieza por romper con el modelo tradicional de género para desembocar en un modelo más equitativo, pero un modelo de intensas contradicciones y sufrimientos. Estas contradicciones son dibujadas como nuevas exigencias que deben ser resueltas solo a nivel individual, y que para las mujeres entrevistadas termina siendo el escenario de emergencia del DC/FM. Para aquellas mujeres que no logran superar el DC/FM significa la puerta de regreso a un modelo de relaciones de género tradicional, un modelo que debía ser desechado. De ello se deriva que los procesos de cambio y lucha contra el sexismo están aún lejos de haber resuelto un modelo de vínculos entre los seres humanos equitativo y atento a reducir el sufrimiento evitable que la desigualdad de género produce en nuestras vidas.

AGRADECIMIENTOS

Beca Tomas Ibáñez. Universitat Autònoma de Barcelona (2010) e Institut Català de les Dones (2010-1011). Ref. U-27/10.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albiol, S., M. Gomà-i-Freixanet, S. Valero, D. Vega, y A. Muro. 2014. “Rasgos de personalidad (ZKPQ) en pacientes con fibromialgia: un estudio de casos y controles”. *Anales de psicología* 30(3): 937-143. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.153791>
- Barker, Kr. 2005. *The fibromyalgia story. Medical authority and women's worlds of pain*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Barrera, M., J. Francisco, H. Guerrero, y A. Aguirre. 2005. “¿La fibromialgia un síndrome somático funcional o una nueva conceptualización de la histeria? Análisis cualitativo”. *Salud Mental* 28(6): 41-50.
- Bayo-Borrás, R. 2008. “Cuando no hay palabras para decirlo, hay un cuerpo para expresarlo”. *Desde el diván* 37: 199-210.
- Bubeck, D.E. 1995. *Care, Gender and Justice*. New York: Oxford University. <http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198279907.001.0001>
- Castellanos S. 2012. *Dolor y los lenguajes del cuerpo*. Madrid: GRAMA.
- Faro, M., N. Sáez-Francás, J. Castro-Marrero et al. 2016. “Diferencias de género en pacientes con síndrome de fatiga crónica”. *Reumatología Clínica* 12(2): 72-7.
- Fausto-Sterling, A. 2006. *Cuerpos sexuados*. Barcelona: Melusina.
- Fraser, N. 1997. “¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas en torno a la justicia en una época postsocialista.” Pp. 18-40 en *Justitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición justicialista*. Santa Fe de Bogotá: Siglo del Hombre y Universidad de los Andes.
- Gatchel, R.J., R. Haggard, C. Thomas and K.J. Howard. 2012. “Biopsychosocial Approaches to Understanding Chronic Pain and Disability”. Pp. 1-16 en *Handbook of Pain and Palliative Care: Biobehavioral Approaches for the Life Course*. Rockville: Springer.
- Gaulejac de, V., S. Rodríguez y E. Taracena. 2006. *Historia de vida. Psicoanálisis y sociología clínica*. Universidad Autónoma de Querétaro.
- Gómez, P. 2009. *Fibromialgia. Cómo vencerla desde el cuerpo y la mente. Una guía para pacientes y terapeutas*. Barcelona: Integral.
- Guiote-González, A. 2012. “Arteterapia y Fibromialgia: Las Resistencias del Dolor”. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social* 7: 261-278.
- Hayes, S.C., J. Pistorello and M.E. Levin. 2012. “Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behaviour

- Change". *The Counselling Psychologist* 40(7): 976-1002. <http://dx.doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Hochschild, A.R. 2008. *La mercantilización de la vida íntima*. Madrid: Katz.
- Izquierdo, M.J. 2003. "El cuidado de los individuos y de los grupos: ¿quién cuida a quién?" *Intercambios. Papeles de psicoanálisis* 10: 70-82.
- Izquierdo, M.J., E. Mora y L. Duarte. 2008. *Cuidado y provisión: el sesgo de género en las prácticas universitarias y su impacto en la función socializadora de la universidad*. Informe. Madrid: Instituto de la Mujer. Con la colaboración de N. Canelles, L. Coldefons, A. Gutierrez-Otero y X. Puig.
- Lewontin, R. y R. Levins. 2008. *Biology Under the Influence: Dialectical Essays on the Coevolution of Nature and Society*. New York: Monthly Review Press.
- López-Tamés, R. 2012. "La valoración incapacitante de la fibromialgia y del síndrome de fatiga crónica en el ámbito administrativo y en el judicial". Consultado 10 Mayo 2013 en: http://www.elderecho.com/laboral/valoracion-incapacitante-fibromialgia-administrativo-judicial_11_397180007.html
- Marmot, M. 2005. "Social determinants of health inequalities". *The Lancet* 365(9464): 1099-1104. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15781105>
- Maruani, M., C. Rogerat y T. Tornés. (dirs.). 2000. *Las nuevas fronteras de la desigualdad. Hombres y mujeres en el mercado de trabajo*. Barcelona: Icaria.
- Menéndez, E.L. 2003. "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". *Ciência & Saúde Coletiva* 8(1): 185-207. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Miró E., F.N. Diener, M.P. Martínez, A.I. Sánchez y M.C. Valenza. 2012. "La fibromialgia en hombres y mujeres: comparación de los principales síntomas clínicos". *Psicothema* 24(1): 10-15.
- Moore R.J. (ed.). 2012. *Handbook of Pain and Palliative Care: Biobehavioral Approaches for the Life Course*. Rockville: Springer.
- Mora, E. y M. Pujal i Llombart. 2010. "Los conceptos de cuidado, provisión, y servicio como herramientas de análisis de las relaciones de género". Comunicación presentada en el X Congreso Español de Sociología, Pamplona, 1, 2 y 3 de Julio de 2010.
- Navarro, V., C. Borrell, C. Muntaner, et al. 2007. "El impacto de la política en la salud". *Salud Colectiva* 3: 9-3. <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2007.117>
- Olivé, M.C. 2012. *Els significats de l'experiència viscuda per persones amb fibromialgia. Una mirada des de la Infermeria*. Tesis Doctoral. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Pastor, M.A., S. López-Roig, M. Johnston, R. Gracia y P. Daza. 2012. "Clinical self-efficacy and illness beliefs in ambiguous chronic pain conditions: General Practitioners' management of Fibromyalgia". *Anales de psicología* 28(2): 417-425. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.2.135291>
- Pujal i Llombart, M., P. Albertín Carbó y E. Mora. 2015. "Discursos científicos sobre el dolor crónico sin-cause-orgánica. Incorporando una mirada de género para resignificar-repolitizar el dolor". *Política y Sociedad* 52(3): 921-948.
- Pujal i Llombart, M. and E. Mora. 2014. "Subjectivity, health and gender: an approach to chronified pain through the Psychosocial gender Diagnostic methodology". *Studies in Psychology* 35(2): 212-238.
- Pujal i Llombart, M. y E. Mora. 2013. "Trabajo, dolor y su diagnóstico psicosocial de género. Un ejemplo". *Universitas Psychologica* 12(4): 1181-1193.
- Ramos, J. 2004. "Fibromialgia: ¿La histeria en el capitalismo de ficción?". *Revista Española de la AEN* 24(89): 115-128.
- Ramos, J. 2009. "La histeria camaleónica y la seducción de los nuevos diagnósticos. FM y SFC". *Cuadernos de Salud Mental* 12(1): 189-212.
- Rivera, J. 2009. *Tratamiento farmacológico en fibromialgia*. Madrid: Fundación FF.
- Solar, O. y A. Irwin. 2007. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Genève: WHO Commission on Social Determinants of Health.
- Spink, M. J. 2010. "Psicología social y salud: asumir la complejidad". *Quaderns de Psicologia. International Journal of Psychology* 12(1): 23-39.
- Tirado Zafra-Polo, M., M.A. Pastor-Mira y S. López-Roig. 2014. "Autoeficacia, catastrofismo, miedo al movimiento y resultados de salud en la fibromialgia". *Anales de psicología* 30(1): 104-113. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.151541>
- Toledano Márquez, S. 2014. "Crónicas perdidas". *Revista Mujeres y Salud* 36: 8-10.
- Ubago, M.C., M.C. Bago, M. J. Ruiz et al. 2005. "Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia. Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades". *Revista Española de Salud Pública* 79: 683-695.
- Valls, C. 2008. "Diagnóstico diferencial del dolor y de la fibromialgia". *Anuario de Psicología* 39(1): 87-92.
- Vandenberghe, L. 2005. "Abordagens Comportamentais para a Dor Crónica". *Psicologia: reflexão e Crítica* 18(1): 47-54. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-79722005000100007>
- Velasco, S. 2009. *Sexos, género y salud*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Wilkinson, R. G. y M. Marmot (eds.). 2003. *Los Determinantes sociales de salud: los hechos probados*. Organización Mundial de la Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Wolfe, F., H.A. Smythe, M.B. Yunus et al. 1990. "The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the Classification of Fibromyalgia". *Report of the Multicenter Criteria Committee* 33(2): 160-72. <http://dx.doi.org/10.1002/art.1780330203>

ENRICO MORA, Profesor del Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Políticas y de Sociología de la Universitat Autònoma de Barcelona, España. Contacto: enrico.mora@uab.cat, Departamento de Sociología, Edificio B, Campus Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), 08193 Bellaterra (Barcelona) Spain, Tel. +34 93 581 45 24, Fax +34 93 581 28 27.

MARGOT PUJAL I LLOMBART, Profesora del Departamento de Psicología Social, Facultad de Psicología, de la Universitat Autònoma de Barcelona, España. Contacto: margot.pujal@uab.cat Departamento de Psicología Social, Edificio B, Campus Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), 08193 Bellaterra (Barcelona) Spain, Tel. +34 93 581 19 80.

PILAR ALBERTÍN, Profesora de la Universitat de Girona, España. Contacto: pilar.albertin@udg.edu Plaza Sant Domènec, 9. 17071 Girona Spain. Tel. +34 93 5012424.