

[4]

Manifestación y medicalización del malestar en las mujeres



Carme Valls-Llobet, Julia Ojuel Solsona, Margarita López Carrillo,
Mercé Fuentes Pujol
- [CAPs - Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris, Barcelona] -

Manifestación y Medicalización del Malestar en las Mujeres





INTRODUCCIÓN

En este tema se presenta una revisión cuyo objetivo es demostrar la existencia de una desconcordancia entre la prevalencia de enfermedades en las mujeres, así como las causas por las que demandan asistencia, y la atención sanitaria que reciben (protocolos, pruebas diagnósticas, investigación) debido a los distintos sesgos de género presentes en la práctica y discursos médicos.

Para ello, se han seleccionado para su revisión bibliográfica las causas de mortalidad prematura (problemas cardiovasculares y tumores), los trastornos más prevalentes (diabetes, enfermedad tiroidea, carencias metabólicas), las razones más frecuentes de consulta (dolor, depresión) y ejemplos de morbilidad invisible (malos tratos). Se ha realizado también la búsqueda en bases de datos y fuentes de datos estadísticos. Así mismo se han revisado los metaanálisis existentes y las revisiones.

Se analiza el malestar en las mujeres como resultado de no hacer visible un diagnóstico diferencial de su sexo.

Los sesgos de género han hecho que falte investigación científica respecto al dolor o que se acepten con poco rigor causalidades no probadas.

OBJETIVOS DE LA UNIDAD

“Al finalizar el estudio de esta unidad los/las participantes de este curso serán capaces de...”

- 1.- **Identificar** que existen diferencias de morbilidad entre los hombres y las mujeres.
- 2.- **Distinguir** los sesgos de género que se producen en el diagnóstico en Atención Primaria.
- 3.- **Analizar** los tipos de sesgos que se producen en la determinación de factores de riesgo y en el diagnóstico de morbilidad diferencial entre sexos en la investigación médica.
- 4.- **Explicar** el concepto de morbilidad femenina diferencial.
- 5.- **Describir** los distintos tipos de morbilidad diferencial: la biológica, la invisible y la de las mujeres mayores de 50 años.
- 6.- **Identificar** la incidencia que el dolor produce en el malestar de la mujer.
- 7.- **Analizar** las enfermedades más frecuentes y prevalentes que pueden causar dolor muscular y articular al objeto de ser tenidas en cuenta en el diagnóstico diferencial.
8. **Distinguir** específicamente las características, prevalencia, patología y evolución de la Fibromialgia.



1. El desconocimiento de la morbilidad diferencial:

1.1 INTRODUCCIÓN

La investigación de la salud de las mujeres ha sobrepasado los límites que la encerraban solo en los órganos y hormonas relacionados con la reproducción(...) Este sesgo histórico está siendo redirigido(...) Cada vez más la asistencia sanitaria se ha de basar en las diferencias biológicas que comporta el sexo y las influencias del género en los factores de conducta, geográficos, culturales, económicos y sociales⁽¹⁾"

En la década de los 90 un movimiento internacional de investigadores impulsó la inclusión de las mujeres en los ensayos clínicos y el rigor científico aplicado al estudio de los problemas más prevalentes entre las mujeres⁽²⁾. En el terreno de investigar las diferencias en mortalidad y morbilidad fue LM Verbrugge la pionera⁽³⁾, que empezó a analizar y a demostrar que existían diferencias en las enfermedades que afectaban a hombres y mujeres, señalando la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y utilización de los servicios sanitarios entre el sexo femenino⁽⁴⁾. Su mayor contribución fue demostrar que el nivel más pobre de salud entre las mujeres, respecto a los hombres, se debía a riesgos adquiridos y aspectos psicosociales como el sedentarismo, el paro, y el estrés físico y mental⁽⁵⁾.

El sesgo de género en atención sanitaria se ha debido a la falta de investigación en morbilidad diferencial y a la visión androcéntrica que tiene al varón como norma⁽⁶⁾. La rigidez de la visión centrada sólo en el hombre ha producido sesgos en el momento del diagnóstico, tanto por considerar que enferman igual hombres y mujeres, cuando hay diferencias, como por considerar, inversamente, que como son diferentes no pueden tener problemas similares⁽⁷⁾, o bien por no tener en cuenta los condicionantes bio-psicosociales de las enfermedades⁽⁸⁾. Además de los sesgos en los diagnósticos, también se han producido sesgos de género en los métodos de exploración, en la valoración de la normalidad en los análisis clínicos, y en la aplicación de terapias sin ninguna diferenciación por sexo, ni en dosis ni en vía administrada.

Si la metodología de recogida de información está sesgada por el mismo sistema sanitario o por el método de pago del acto médico (a menudo a cargo de los laboratorios farmacéuticos) como demostró McKinlay⁽⁹⁾, es difícil que los resultados de las estadísticas de prevalencia de enfermedades en atención primaria puedan atender las diferencias en morbilidad entre mujeres y hombres.

Los mismos cuestionarios de síntomas son más sensibles a los problemas psicológicos que a los físicos⁽¹⁰⁾ por lo que estos últimos no se recogen de forma exhaustiva o no tienen en cuenta la relación de los problemas de salud con el trabajo, composición de la familia, ingresos del hogar etc⁽¹¹⁾. Introducir preguntas que tengan en cuenta la perspectiva de género ha dado gran resultado en salud pública^(12,13), así como el análisis de las diferencias en la utilización de servicios sanitarios⁽¹⁴⁾.



Ya en el año 1992 la revista JAMA publicó un monográfico dedicado a la salud de las mujeres en las que se señalaba la necesidad de llenar los vacíos en la investigación incluyendo la relacionada con atención primaria, diez años después aunque se han llenado algunos huecos todavía quedan amplios campos que investigar⁽¹⁶⁾.

Varios libros se han publicado en los últimos 8 años sobre la atención a la mujer en atención primaria ^(17,18), pero la falta de estudios de prevalencia y de análisis de los factores de riesgo con perspectiva de género hacen que su contenido siga muy ligado a la salud reproductiva y no contemple la salud diferencial. No obstante, actualmente la formación de MIR de 18 universidades americanas en Mujer y salud incluye ya el rotatorio por 16 especialidades empezando por cardiología y endocrinología⁽¹⁹⁾.

Falta construir una ciencia ligada a las diferencias y a la perspectiva de género. Para ello se precisa en primer lugar una revisión sistemática de la literatura que rompa estereotipos y proponga las bases a tener en cuenta para un diagnóstico diferencial de las enfermedades y del malestar de las mujeres. La morbilidad prevalente en el sexo femenino está muy relacionada con anemias, enfermedades autoinmunes, violencia de género, carencias metabólicas, (de minerales y de vitaminas), lo que denominamos morbilidad invisible por las dificultades de su diagnóstico.

1.2 MÉTODOS Y MATERIALES

Nos proponemos iniciar con este artículo una serie de revisiones sistemáticas sobre las patologías más prevalentes en el sexo femenino, las que producen mortalidad prematura, o sobre las que existe un mayor desconocimiento científico como es el caso del dolor. La falta de ciencia promueve que se realicen enfoques diagnósticos erróneos etiquetando con rapidez determinados síntomas como problemas psicológicos, sin que se analice con detenimiento la existencia de patologías clínicas o subclínicas que puedan dar la misma sintomatología. Precisamente en los estudios realizados en atención primaria se refleja que es el sexo femenino el que presenta la mayoría de los síntomas sin diagnóstico ⁽²⁰⁾.

La búsqueda bibliográfica la hemos realizado a través de fuentes estadísticas nacionales (INE, MSC, Instituto de la Mujer, Encuestas de Salud estatales y autonómicas) y de bases de datos referenciales (MEDLINE, EMBASE). Hemos cruzado criterios generales presentes en el MeSH: Sex Factors, Morbidity (Incidence y Prevalence) y Primary Health Care con las distintas patologías y síntomas. Hemos recopilado los metaanálisis y revisiones existentes sobre estos temas. En el caso de las enfermedades cardiovasculares hemos revisado, además, la bibliografía sobre el estudio MONICA y en el caso de la diabetes la del estudio UKPDS. Finalmente, hemos rastreado en la bibliografía de aquellos artículos especialmente interesantes y la hemos cruzado con la búsqueda informática para comprobar su eficacia.



1.3 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1.3.1 Los sesgos en el diagnóstico y la valoración de los factores de riesgo relacionados con la mortalidad prematura.

a) Enfermedades cardiovasculares

La prevalencia de enfermedad coronaria (EC) es superior en varones respecto a mujeres en todos los grupos de edad⁽²¹⁾. Este hecho ha supuesto la consideración de que la EC es una patología masculina. Sin embargo, la mayor esperanza de vida de las mujeres y, por lo tanto, su mayor presencia en los grupos de edad más longevos, determina que, en el número absoluto de pacientes con EC, la presencia de mujeres sea mayor. No debemos olvidar que, globalmente hablando, la enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en mujeres a partir de los 70 años⁽²²⁾ en España, y la primera causa de muerte en mujeres de EEUU en todas las edades⁽²³⁾.

La intervención y el esfuerzo terapéutico sobre la EC en las mujeres es menor que en los hombres en las diferentes etapas de la historia natural de la enfermedad. En prevención primaria, el control de factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) es menor, lo que determina que cuando se produce un evento coronario agudo (angina inestable o IAM), las mujeres lleguen en peores condiciones^(24,25). Presentan, además, mayor edad, mayor comorbilidad general y, en particular, mayor presencia de determinados FRCV como la hipertrigliceridemia, la DM y la ICC de causa hipertensiva^(26,27), los cuales presentan también un mayor RR de EC en mujeres. A pesar de todo ello, en muchos estudios se aprecia todavía una infrarepresentación de mujeres: en la prevención primaria de EC, el papel del ácido acetil salicílico todavía no ha sido bien establecido en mujeres⁽²⁸⁾ y en los estudios sobre FRCV, se incluyen factores clásicamente 'masculinos' como el tabaquismo o el consumo de alcohol con más frecuencia que factores que parecen tener más peso en las mujeres, es el caso de los estudios que consideren la obesidad, el hipotiroidismo o nuevos factores como la proteína c reactiva o homocisteinemia⁽²⁹⁾.

Las mujeres presentan peor supervivencia ante un evento coronario agudo⁽³⁰⁾ (Marrugat 1998). Esto se explica en parte por la mayor comorbilidad a la que nos referíamos, pero está documentado ampliamente un menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico. Otra explicación clásica atribuye el exceso de mortalidad a la mayor edad de las mujeres sin profundizar más en el tema. Se ha comprobado que las personas de mayor edad de ambos sexos presentan peor pronóstico, pero se ha confirmado también como especialmente letal la combinación de sexo femenino y mayor edad. Estos dos factores determinan que el grupo de mujeres mayores sea un grupo especialmente vulnerable del que parece asumirse que no tiene salida sanitaria⁽³¹⁾.

En la prevención secundaria ante la EC establecida se utilizan menos los fármacos aconsejados (aspirina y betabloqueantes), respecto a los varones⁽³²⁾ y persiste el sesgo también en la prevención secundaria de FRCV como en la dislipemia^(33,34).



También, en terapéuticas concretas, la industria farmacéutica ha seguido presentando datos globales (hombres y mujeres) aunque en algunos estudios se haya demostrado un efecto diferencial de algunos fármacos según el sexo de los pacientes, como es el caso de la digoxina en la insuficiencia cardiaca, donde se ha encontrado mayor mortalidad en las mujeres tratadas con este medicamento respecto al placebo⁽³⁵⁾.

Finalmente, en prevención terciaria, el acceso a los programas de rehabilitación cardiovascular es menor en las mujeres. La conjunción sexo/edad vuelve a determinar que el grupo peor tratado sea el de las mujeres mayores⁽³⁶⁾.

b) Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular

Autor/año	Población	Resultados	Preval/incidencia (M/H)	Ratio
Hochman 1999	Pacientes consecutivos con síndrome coronario agudo (8480 hombres y 3662 mujeres).	Características basales y resultados clínicos de hombres y mujeres en IAM con elevación del ST.	Edad (69/61) HTA (54/36%) DM (22/14%) Hipercol (43/34%) ICC previa (4/2,4%) IAM previo (13/18%) Angina previa (53/46%)	+8 1,5/1 1,57/1 1,26/1 1,67/1 0,72/1 1,15/1
Vaccarino 1999	National Registry of myocardial Infarction 2 (1658 hospitales de EUA) 1994-1998	Características basales, eventos clínicos y evolución	Edad media (72,4-65,6) IAM previo (24,4/28,3%) ICC previa (20,7/12,8%) DM (33,1/24,8%) HTA (59,3/47,1%) Hipercol (24,6/23%)	+6,8 0,86/1 1,61/1 1,33/1 1,26/1 1,07/1
(37) Ghali 2002	Pacientes (6407 mujeres y 15409 hombres) sometidas/os a cateterización cardiaca en Alberta (Canadá), 1995-1998	Tasas de revascularización por sexos ajustadas por variables clínicas y demográficas	HTA (58,6/48,1%) Hiperlipidemia (41,5/43%) DM (20,6/17,2%) ICC (16,3/13,2%)	1,22/1 0,97/1 1,2/1 1,23/1
(38) Martín Escudero 2003	Población de 15 a 85 años, rural y urbana del área sanitaria oeste de Valladolid, entre 1997-2000	Prevalencia de HTA total y por grupos de edad Prevalencia de HTA tratada Grado de conocimiento de HTA	HTA total: (36,1/28%) HTA no conocida: (19,1/16,7%) HTA sistólica: (16,1/13,4%) HTA diastólica: (5,2/4,1%)	1,29/1 1,14/1 1,2/1 1,27/1
(39) Ketola 1999	18-65 años de un área suburbana en la zona norte de Helsinki (Finlandia)	Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y identificación de individuos de alto riesgo	Tabaquismo (18,7/26,6%) HTA (17,8/19,2%) Hipercole(38,4/40,2%) IMC>25 (30,9/54%) Alcohol +4 UBE (8/32,9%) DM (1,3/1,7%) Sedentarismo (11,4/11%)	0,7/1 0,93/1 0,96/1 0,57/1 0,24/1 0,76/1 1,04/1
(40) Sans 2001	3 exámenes transversales en muestras aleatorias de población general de 25 a 64 años de Catalunya	Estimación de la prevalencia de HTA en tres momentos	HTA: (15/15%) HTA tratada: (54/40%)	1/1 1/0,7



c) **Cáncer de mama, útero, ovarios cáncer de pulmón**

En España se diagnostican cada año entre 40 y 75 nuevos casos de cáncer de mama por cada 100.000 mujeres y se producen unas 6000 muertes anuales por esta enfermedad.

Los tumores suponen globalmente la segunda causa de muerte en mujeres⁽⁴¹⁾. Entre ellos destaca el cáncer de mama que es, como enfermedad individual la primera causa de muerte en edades jóvenes. Supone también una de las principales causas de años potenciales de vida perdidos (APVD) con 18,3 en el periodo 1985-1989 según datos del Registro del Cáncer de Girona⁽⁴²⁾. En las tasas estandarizadas por edad, según la misma fuente, se observa que la incidencia en Catalunya es mayor a la media mundial y a la media europea⁽⁴³⁾. La misma tendencia sucede en el resto de tumores ginecológicos como las neoplasias de cerviz, útero o de ovario.

Cáncer de mama

La probabilidad de que una mujer española desarrolle un cáncer de mama antes de cumplir 75 años se aproxima a un 5%, lo que significa que una de cada 20 mujeres lo desarrollará antes de esa edad. En estados Unidos y en los países nórdicos una de cada once mujeres desarrollará cáncer de mama antes de los 75 años.

Existen unos factores de riesgo ya clásicos: edad mayor de 60 años, naturales del Norte de Europa y América, clase socioeconómica alta, solteras, vivienda en zona urbana, raza blanca, primeros embarazos después de los 30 años, obesa, menarquia precoz, menopausia tardía, historia familiar de cáncer de mama, historia de mama fibrística y radiación de las mamas⁽⁴⁴⁾. Pero se han identificado nuevos factores de riesgo que pueden estar relacionados con el incremento de incidencia: falta de ejercicio físico⁽⁴⁵⁾ baja ingesta Vitamina E y Betacaroteno (ingesta > 20 grs)⁽⁴⁶⁾.

La influencia de los anticonceptivos hormonales como factor de riesgo para el cáncer de mama permanece en controversia porque no se ha encontrado un incremento significativo del riesgo⁽⁴⁷⁾ pese a las noticias alarmantes iniciales⁽⁴⁸⁾ y actuales^(49,50,51). Sí que se ha establecido correlación entre anticonceptivos hormonales e incremento de riesgo de cáncer de mama entre mujeres con historia familiar⁽⁴⁵⁾. La TSH, por otra parte, se ha mostrado como factor de riesgo de cáncer de mama⁽⁵²⁾ como ya preveían los estudios correlacionados con los niveles de estrógenos en mujeres postmenopáusicas y riesgos de cáncer de mama^(53,54,55).

Las evidencias van demostrando que el cáncer de mama dependiente de estrógenos, endógenos y exógenos, son factores de riesgo que pueden ser directamente provocadores de cáncer, al igual que las radiaciones ionizantes y los defectos heredados de líneas celulares germinales^(56,57,58).

Todos estos factores pueden estar relacionados con la vulnerabilidad de las mamas durante su desarrollo o son factores que incrementen la estimulación hormonal total de la mama en los países industrializados. Tanto los pesticidas derivados de los plásticos, como los subproductos de la combustión de gasolina y los fármacos actúan como xenostrogénos^(59,60,61).

Por otra parte, el hecho de que el cribaje con mamografías no reduzca la mortalidad⁽⁶²⁾ aumenta la controversia no resuelta sobre la necesidad de hacer cribajes o estudiar más a fondo grupos de riesgo con técnicas como la eco



grafía que no suponga una radiación ionizante de la mama^(63,64), y permita individualizar según fase del ciclo⁽⁶⁵⁾. Existen evidencias de incremento de riesgo de cáncer de mama y exposición laboral a radiaciones electromagnéticas⁽⁶⁶⁾.

📍 **Cáncer de pulmón**

Respecto a las neoplasias pulmonares, se está constatando una auténtica epidemia en las mujeres. En las curvas de incidencia en los países nórdicos, se observa una disminución en varones desde principios de la década de los ochenta, sin embargo en mujeres, las curvas están empezando a tomar forma casi exponencial y en los próximos 20 años se igualaran y los casos en mujeres superarán a los varones⁽⁶⁷⁾, ya que con el mismo nivel de tabaquismo, en RR es mayor⁽⁶⁸⁾.

1.3.2 Los sesgos en el diagnóstico de la morbilidad más prevalente y diferencial con la del sexo masculino.

📍 **a) Dolor y Problemas Musculoesqueléticos**

El dolor en todas sus manifestaciones corporales es la primera causa de limitación crónica de la actividad principal en los España, según la encuesta de salud realizada en España⁽⁶⁹⁾, Catalunya⁽⁷⁰⁾ y Barcelona⁽⁷¹⁾. El dolor constituye la primera causa de consulta en atención primaria y afecta a casi la mitad de los pacientes que buscan asistencia médica⁽⁷²⁾. El dolor crónico es más prevalente entre el sexo femenino: en EEUU es de un 19'5% entre mujeres y de 35 a 45 años y llega a un 62% en mujeres mayores de 70 años⁽⁷³⁾. Un 28'2% de las mujeres catalanas relata dolor crónico frente al 17'5% de la población masculina⁽⁷⁴⁾.

El análisis⁽⁷⁵⁾ sobre la prevalencia del dolor lumbar en 26 estudios realizados en los países nórdicos, nos ilustra sobre las dificultades de estudiar la prevalencia del dolor, dado que los criterios metodológicos de los estudios son irregulares. Según los autores los criterios deberían ser la representatividad en la población de la muestra estudiada, la calidad de los datos y la definición del dolor lumbar o dolor en la parte baja de la espalda.

Los criterios mínimos para comparar estudios serían el tipo de población y definición similar del dolor lumbar. En muy pocos estudios se reproduce la pregunta exacta y la definición anatómica exacta del dolor lumbar. Lo mismo ocurre en el estudio del dolor de espalda en la población catalana⁽⁷⁶⁾, que aunque analiza muchos datos sociodemográficos no lo hace con la localización del dolor, por lo que no se puede saber si es dorsal, cervical o lumbar. En este estudio es interesante señalar que por primera vez se demuestra que la más alta prevalencia del dolor de espalda se da en el sexo femenino (60,7%), entre los trabajadores manuales (54,9%) y, en general, entre las personas con menos nivel de educación (71,7%).

El diagnóstico diferencial del dolor crónico es todavía una asignatura pendiente así como su especial problemática entre el sexo femenino⁽⁷⁷⁾, a pesar de que ya tenemos constancia de que las enfermedades autoinmunes son más prevalentes entre las mujeres (lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Sjögren, tiroiditis autoinmune, artritis reumatoide) por razones biológicas, hormonales⁽⁷⁸⁾ y, además, por la potenciación del efecto autoinmune que producen los xenoestrógenos ambientales⁽⁷⁹⁾.



Por otra parte, también se ha podido objetivar la relación de las condiciones de trabajo y de vida con la presencia de dolor: contractura del músculo trapecio en relación con el estrés físico y mental⁽⁸⁰⁾; dolor lumbar en relación con trabajos con sobre carga emocional⁽⁸¹⁾ y doble jornada⁽⁸²⁾. También está por dilucidar la metodología diagnóstica y la patogénesis del síndrome de fatiga crónica⁽⁸³⁾ y de la fibromialgia que se pueden presentar en un 3% de la población con una ratio de 5/1, relacionada también con exposición a niveles bajos a sustancias químicas ambientales⁽⁸⁴⁾.

Como vemos en la tabla, la mayoría de las enfermedades que producen dolor son mucho más frecuentes en el sexo femenino y se incrementa con la edad su incidencia. La prevalencia tan elevada del dolor en la población hacen que deba plantearse como un problema de salud pública, que deban destinarse protocolos específicos para su diagnóstico diferencial en atención primaria, dotando a ésta de la necesaria capacidad resolutoria, y presupuestos estatales para su prevención.

Patología	Autor/año	Población	Resultados Prevalencia	Ratio
Osteoartritis	Cunningham 1984 ⁽⁸⁵⁾	Estudio NHANES I Año: 1971-75 Edad: 25-74	Hombres-Mujeres- Total 2.4 % 4.6% 3.6	2/1
Artritis Reumatoide	Linos 1980 ⁽⁸⁶⁾	Residentes condado Rochester con AR	6.6 /1000 hombres 13.1/1000 mujeres	2/1
Polimialgia Reumática	Salvarani 2002 ⁽⁸⁷⁾	Año: 1970-91 Oldstein (Minesota)	Prev. 1/153 >50 años Inci. 18,8/100.000 >50	2/1
Lupus Eritematoso	Greenstein 2001	Revisión	15 a 50/100.000 habitantes 1/400 mujeres caucásicas	9/1, 15/1 mujeres edad repr.
Dolor de espalda	Deyo 2001		63%	1/1
	Bassols 2003	Año:1964 Edad: >18 años	78,6% algún dolor 85,6% mujeres 71,5% hombres	1,2/1
Hipotiroidismo y Tiroiditis autoinmune	Farwell 1996 ⁽⁸⁸⁾	Revisión	En todas las edades, pico 30-50 años	9/1

b) Enfermedades endocrinas: Tiroideas, Diabetes, etc.

Todas las enfermedades endocrinas presentan una alta prevalencia entre el sexo femenino, pero la glándula tiroidea es la que presenta alteraciones con más frecuencia, sobretodo las relacionadas con patología autoinmune. La tiroiditis autoinmune o tiroiditis de Hashimoto se presenta con cociente H/V de 8-9/1, y en un 25% de mujeres como tiroiditis postparto⁽⁸⁸⁾. En un 90 % de casos existen niveles elevados de anticuerpos microsomiales y en un 50% anticuerpos antitiroglobulina⁽⁸⁹⁾.



La tiroiditis subaguda dolorosa de Quervain se presenta en relación con afectación viral y es más frecuente en verano con un cociente H/V de 5/ 1 y la tiroiditis de Riedel, manifestación local de un proceso fibrótico sistémico, se presenta también con alta prevalencia en el sexo femenino 3-4/1. Las tiroiditis inducidas por fármacos como amiodarona, litio, interferon alfa, e interleukina 2 también son más prevalentes entre el sexo femenino⁽⁹⁰⁾. Las estatinas administradas a mujeres con hipotiroidismo o tiroiditis incrementan el riesgo de inducir fibromialgia o patología muscular.

Desde el clásico estudio Whickham⁽⁹¹⁾, en que se publicó una prevalencia de hipotiroidismo de 3,5% para hombres y 17,5% para mujeres, y a medida que han mejorado los métodos de diagnóstico y la sensibilidad de las determinaciones hormonales se aprecia un incremento de la prevalencia del hipotiroidismo clínico y subclínico en la población. Se considera la moda de normalidad de TSH de $1,40 \pm 0,02$ mIU/litro. En diferentes series de estudios del mundo la prevalencia en población oscila entre 15-17% del subclínico y 5% del clínico⁽⁹²⁾.

La DIABETES tipo II o del adulto se presenta también con una alta prevalencia entre el sexo femenino mayor de 40 años relacionado en muchos casos con la obesidad. La diabetes es una enfermedad de mujeres que se ha estudiado en hombres. El estudio Nurse's Health⁽⁹³⁾ ha seguido 84.941 mujeres desde 1980 a 1996, documentando 3300 nuevos casos de diabetes tipo II. El más importante predictor de diabetes fue el sobrepeso o la obesidad (61%) . Otros factores de riesgo demostrados han sido la vida sin ejercicio físico vigoroso, fumar, dieta poco rica en fibra y con exceso de grasa y azúcares y la abstinencia de alcohol (consumo diario inferior a 5 grs).

c) Salud mental: Depresión, Ansiedad, trastornos de la alimentación

El género es un factor de riesgo para la presentación de sintomatología depresiva⁽⁹⁴⁾ en todos los grupos de edad y controlando por diversos factores de riesgo⁽⁹⁵⁾, con una ratio de riesgo mujer/varón de 2:1⁽⁹⁶⁾. Se considera una de las principales causas de discapacidad en las mujeres.

En estudios realizados en nuestro medio sobre población anciana, se han encontrado síntomas de depresión mayor en el 19.6% de los varones y en el 46% de las mujeres. Según sus autor@s, los factores de riesgo estudiados no justifican esta diferencia de prevalencia y sugieren la importancia de la definición cultural de los roles de género como posible explicación⁽⁹⁷⁾.

Precisamente los últimos estudios sobre las causas de esta diferencia apuntan a la necesidad de estudiar el efecto conjunto de las aracterísticas biológicas y de las experiencias vividas por razón de género. Cada vez se conocen más los efectos de la doble jornada laboral y doméstica. Las mujeres con una posición baja en las escalas de ocupación, que tiene un bajo control sobre el trabajo doméstico y bajo control en el trabajo asalariado se encuentran con mayor riesgo de sufrir depresión y ansiedad⁽⁹⁸⁾

Dentro de las 'obligaciones de género' destaca por su coste en salud el papel de las mujeres como cuidadoras. El cuidado de las personas enfermas de la casa recae en la mayoría de los casos sobre las mujeres y es una



de las obligaciones domésticas que menos se comparten. En el Nurses' Health Study, se observó que las mujeres que dedicaban mayor tiempo al cuidado de parientes discapacitados tenían el doble de sintomatología ansiosa o depresiva. Cuando el cuidado era hacia el esposo enfermo, los síntomas aumentaban en 6 veces⁽⁹⁹⁾.

De las manifestaciones depresivas en la mujeres, queremos señalar, por su especificidad, la depresión postparto, con una prevalencia estimada de un 15%⁽¹⁰⁰⁾. Diversos factores se han implicado en su patogénesis, pero entre ellos destacan los antecedentes de depresión, un puntaje alto en la escala de acontecimientos vitales y la falta de apoyo social expresada por una mala relación con la pareja⁽¹⁰¹⁾. Otras manifestaciones de malestar psicológico, son también más prevalentes en mujeres. En una zona urbana del estado español, se ha estimado en un 25% la prevalencia de patología mental en mujeres de 18 a 70 años, las principales patologías fueron la depresión (17%), las fobias simples (15%), la agorafobia (13%) y las fobias sociales (9%)⁽¹⁰²⁾.

Los trastornos de la alimentación, anorexia, bulimia y las formas mixtas son también más prevalentes en mujeres. Los últimos estudios alertan del aumento de casos especialmente en adolescentes y mujeres jóvenes. La prevalencia en estos grupos oscila entre el 1 y el 4%, con una ratio mujer/varón de 10-20:1⁽¹⁰³⁾, aunque las actitudes anoréxicas que no cumplen todos los criterios de enfermedad son mucho más altas. Las pacientes con trastornos de la alimentación puntúan en las escalas de feminidad con los ítems más altos⁽¹⁰⁴⁾. Pocas patologías tienen de manera más evidente la marca de la presión cultural sobre el ideal de mujer.

Nadie duda de la importancia de los mensajes de los medios de comunicación sobre el desarrollo de esta epidemia, que provocan un choque entre la exigencia de perfección sobre el físico femenino, según determinados patrones estéticos, y la percepción de una realidad siempre alejada de este ideal.

1.3.3 Los sesgos en el diagnóstico de la morbilidad invisible

a) Violencia de género

Desde el año 1999 en España han muerto 315 mujeres víctimas de violencia de género⁽¹⁰⁵⁾. La media semestral de mujeres muertas en España en el periodo 199-2003 ha sido de 35, una progresión media de 2,33 víctimas más cada seis meses.

Las comunidades autónomas con más asesinatos han sido Andalucía y Catalunya. En el primer semestre de 2003 ha sido Catalunya, con 14 mujeres asesinadas de las 54 del Estado Español.

Las denuncias por malos tratos se han duplicado en los últimos diez años. 28.000 mujeres denunciaron durante el año 2002 y 5.662 mujeres sufrieron delitos de abuso, acoso y agresión sexual (sin contar País Vasco, Girona, Lleida), según el Instituto de la Mujer. Durante el año 2001, 4263 mujeres han presentado denuncias por malos tratos físicos y psicológicos en Catalunya, la mitad de las cuales, lo hizo después de haber recibido asistencia sanitaria en urgencias



La media de años de malos tratos que recibieron las mujeres que denuncian es de 7,5, lo que supone una grave amenaza para la salud física y mental de las mujeres que la sufren⁽¹⁰⁶⁾.

La detección precoz en los servicios sanitarios de atención primaria es una asignatura pendiente a pesar del desarrollo de instrumentos de cribaje validados y eficaces para detectar la violencia contra las mujeres^(107,108,109). Se necesitarían estudios a largo plazo del impacto de las actividades de prevención de la violencia en la clínica que presentan las mujeres en atención primaria, cambios en la formación y desarrollo curricular de los profesionales de atención primaria que deben estar atentos a la detección precoz de la violencia de género⁽¹¹⁰⁾.

Por otra parte, se estima que una de cada cuatro mujeres en Estados Unidos han sido molestadas sexualmente en la infancia, y que una de cada 5 han sobrevivido a ataques sexuales. La prevalencia de abusos sexuales entre mujeres que acuden a centros de primaria se ha evaluado oscilando entre un 17% a un 46% las mujeres que habían sufrido algún tipo de victimización sexual en algún momento de sus vidas, de un 13 a un 29 % las que habían sido violadas o habían sufrido intentos de violación y de un 16% a 40% que habían sufrido abusos en la infancia. Las pacientes de atención primaria que habían sufrido abusos sexuales tenían más síntomas psicósomáticos, psiquiátricos y menor nivel de calidad de vida relacionada con la salud que se relaciona de forma lineal con la gravedad de los abusos recibidos⁽¹¹¹⁾.

b) Anemias y déficit de reservas de hierro

Las anemias con déficit de glóbulos rojos suponen la enfermedad más prevalente entre el sexo femenino junto con la deficiencia de reservas de hierro. La mayoría de anemias son microcíticas por carencia de hierro, sea nutricional o por exceso de sangrados. El 50% de las mujeres en edad reproductiva y dos terceras partes de mujeres embarazadas en África y en el Sudeste y Oeste asiático están clínicamente anémicas. En Latinoamérica y el Caribe, sin embargo, la anemia entre las mujeres embarazadas es desproporcionadamente alta de un 30%, comparada con el 20% del Este asiático. En las regiones desarrolladas la OMS estima que el porcentaje de anemia es del 11% de las mujeres de 15 a 49 años y del 15% de mujeres embarazadas⁽¹¹²⁾.

En un estudio ya clásico de Cook⁽¹¹³⁾ realizado entre población americana con un mismo nivel nutricional se observó una prevalencia de anemia de un 10% entre mujeres, por ningún varón que la presentara, y un 50% de la población femenina presentaba ferritinas bajas, frente a un 2% de las masculinas. Un estudio realizada entre las mujeres Tarahumara en el Norte de México⁽¹¹⁴⁾ un 16,1% presentaban anemia entre las mujeres en edad reproductiva y un 25,7% entre embarazadas. Las mujeres en el tercer trimestre de embarazo y en la lactancia presentaron la más alta prevalencia de anemia (38,5% y 42,9% respectivamente). El 62,1% de las mujeres y el 71,4 % de las embarazadas presentaban ferritinas por debajo de 12 u/l. En edades más avanzadas (75,3 años +- 5) también se mantiene una diferencia significativa de los niveles de ferritina más elevada en hombres que en mujeres como ya demostró el estudio Framingham⁽¹¹⁵⁾.



La deficiencia de las reservas de hierro tiene consecuencias no sólo hematólogicas, sino también sistémicas ya que influye sobre la energía corporal, la capacidad de trabajo, sobre el desarrollo del niño y adolescente, sobre la función inmunológica y sobre la función cognitiva y conducta hiperactiva, sobre el aprendizaje verbal, la memoria, incremento de los receptores Gaba disminución de los receptores de dopamina² e incremento de la prolactina sérica. La prevalencia de deficiencia de hierro entre chicas adolescentes van de 9 a 70% según la población estudiada⁽¹¹⁶⁾ frente a solo un 2% de la población masculina.

Las anemias macrocíticas o anemias perniciosas se presentan en 1,9% de personas mayores de 60 años, y se inicia de forma precoz entre mujeres de raza negra⁽¹¹⁷⁾ y está relacionada con la presencia de anticuerpos antiparietales gástricos que aumentan con la edad (2,5% hacia los treinta años y 9,6 % hacia los ochenta) presentes también en la tiroiditis autoinmune. Su prevalencia es más elevada entre mujeres con una ratio de 5/1.

c) Déficit clínico y subclínico de vitamina D, e hiperparatiroidismo secundario

La deficiencia crónica de vitamina D es muy frecuente entre la población mayor de 50 años con una prevalencia mayor entre mujeres a partir de los 45 años y constituye un factor de riesgo para la osteopenia y fracturas óseas. Entre población mayor de 65 años las deficiencias de vitamina D pueden oscilar entre 25 y 54 %^(118,119,120,121), con prevalencias de 57% entre pacientes ingresados en hospitales⁽¹²²⁾.

Las crecientes evidencias demuestran que bajos niveles de vitamina D producen efectos desfavorables en la homeostasis del calcio que conduce a pérdida de masa ósea incluso aunque no se llegue al grado de osteomalacia. Barger-Lux⁽¹²³⁾ y col. demostraron que los niveles de 25 (OH)D contribuyen a la estimulación de la absorción entérica del calcio por lo que se explica el incremento de hormona paratiroidea como reacción a pequeños déficits de este metabolito, aunque los niveles de 1,25-hidroxivitamina D sean todavía normales. Los niveles de vitamina D que no pueden mantener de forma equilibrada el metabolismo del calcio se denominan insuficiencia de vitamina D o deficiencia subclínica de vitamina D que se ha fijado en niveles de 25 (OH) D menores de 12 ng/ml. El estudio SÉNECA realizado en 19 ciudades de 11 países europeos⁽¹²⁴⁾ ha demostrado que el déficit subclínico de vitamina D es mucho más frecuente en los países del área mediterránea, con una mayor prevalencia entre mujeres (83% de las mujeres en Grecia, 86% de las mujeres en España) frente a un 50% de los hombres de la misma edad en ambos países. En los países nórdicos sólo el 18 % de las mujeres presentaban deficiencia subclínica de Vitamina D lo que parece ser debido a la más alta ingesta de comida fortificado, consumo de pescado y la ingesta de suplementos de vitamina D.

Un estudio realizado entre mujeres postmenopausicas en la zona de Madrid se demostró que hasta un 64% presentaban una concentración inferior a 15 ng/ml de calcidiol y un 40% presentaba niveles inferiores a 10 ng/ml⁽¹²⁵⁾. Las deficiencias de vitamina D se consideran actualmente factores de riesgo para cáncer de colón, cáncer de mama, osteoartritis, osteoporosis, osteopenia y fracturas.



2. Morbilidad diferencial. la salud de las mujeres:

(De la invisibilidad a una atención de calidad.)

Este texto forma parte de un capítulo del libro de Carme Valls Ilobet “Mujeres Invisibles para la medicina” Plaza y Janes 2006 Ediciones de Bolsillo

“Una mujer de 50 años llega a la consulta del equipo de atención integral a

“La investigación de la salud de las mujeres ha sobrepasado los límites que la encerraban solo en los órganos y hormonas relacionados con la reproducción (...). Este sesgo histórico está siendo redirigido (...). Cada vez más la asistencia sanitaria se ha de basar en las diferencias biológicas que comporta el sexo y las influencias del género en los factores de conducta, geográficos, culturales, económicos y sociales.”Pinn VW. JAMA 2003.

la salud de las mujeres, después de haber visitado dos médicos de primaria y varios especialistas en reumatología, traumatología y psiquiatría. Hace años su marido muere en pocos meses de cáncer de pulmón, y ella debe enfrentarse a llevar el negocio de una panadería que habían abierto años antes. Empieza a sentir dolores en la espalda y mucho cansancio que atribuye ella misma a su situación de soledad y al intenso trabajo que debe realizar, ya que se levanta a las cinco de la mañana cada día.

El dolor empieza a hacerse insoportable y acude al médico de familia que le receta un analgésico y un sedante, ya que ella alega que el dolor le impide dormir por las noches. Continúa sintiéndose mal, y se añaden a sus problemas, una creciente confusión mental, y cabeza turbia, lo que impide llevar las cuentas de su negocio en el que empieza a tener problemas para continuar llevándolo.

Sus hijos le aconsejan que venda el negocio y su casa y vaya a vivir con ellos a otra ciudad en una casa próxima para poder cuidarla. Su estado de confusión continua, y su pena y sensación de depresión se agrava por el cambio de vecindad, amistades, tiendas. El dolor continúa cada vez más fuerte y se concentra en manos, pies y la espalda aunque ahora no debe trabajar. Visitada por traumatología, reumatología y psiquiatría, no le encuentran ninguna prueba alterada por lo que le recetan antidepresivos, sedantes e hipnóticos a dosis altas, sin que la paciente aprecie mejoría.

Cuando se le practica el protocolo de estudio de morbilidad diferencial, y a la exploración se aprecia ya una hiperplasia tiroidea difusa, una disminución de sus reflejos osteotendinosos y múltiples movimientos musculares durante la exploración.

La paciente no deja de llorar durante casi toda la consulta y alega “no poder más” y “que así no vale la pena vivir”.La analítica efectuada siguiendo el protocolo aprecia una tiroiditis autoinmune con hipotiroidismo y un exceso de hormona paratifoidea. Tratada con vitamina D y hormona tiroidea, mejora algo su cansancio, pero no su dolor. Una gammagrafía de paratiroides pone de manifiesto un adenoma (tumoración benigna) de la glándula inferior derecha. Se procede a la extirpación quirúrgica, y a los dos meses el



dolor ha disminuido casi a la mitad, y la confusión mental y la sensación depresiva se ha resuelto totalmente, a pesar que sus circunstancias personales son las mismas que con anterioridad”

Tanto la investigación médica, como la docencia y la asistencia sanitaria ha mirado a las mujeres “como si fuesen hombres” y no han visto sus problemas y enfermedades específicas, ni han entendido su queja, su malestar y su dolor.

La salud de las mujeres se ha estudiado y valorado sólo como salud reproductiva, y este enfoque ha impedido abordar la salud de las mujeres desde una perspectiva integral.

También la superespecialización a que se ha visto sometida la medicina en los últimos treinta años, en aras a la eficacia, ha troceado el cuerpo de los pacientes, y en especial los femeninos porque son los que demandan más atención de los servicios sanitarios ambulatorios y no precisan hospitalización.

Existe aún un gran desconocimiento, por falta de investigación y de información, de las enfermedades que padecen las mujeres, de sus causas y de la manera de prevenirlas. De hecho la formación médica no había remarcado que podían haber diferencias en el modo de enfermar de mujeres y hombres, que los métodos de diagnosticar pudieran ser diferentes, o que las terapias y los fármacos tuvieran diferentes maneras de actuar entre mujeres y hombres.

La formación del médico o la médica de primaria o de hospital no ha sido enfocada hacia las patologías más prevalentes entre el sexo femenino, ni tampoco dispone (porque no existe) una ciencia sistematizada para apreciar la diferente expresión de la sintomatología de algunas enfermedades según el sexo de las personas.

En definitiva falta desarrollar la ciencia y hacerla visible y comunicarla la MORBILIDAD FEMENINA DIFERENCIAL, para erradicar la cultura del sufrimiento que intenta esconder la ignorancia científica de las causas del malestar y la sintomatología, predicando a las mujeres la resignación y la sumisión a un supuesto destino fatal que las obliga a vivir con molestias y con dolor.

2.1 ¿ QUE ES LA MORBILIDAD FEMENINA DIFERENCIAL?

Definimos la morbilidad diferencial como el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres sea por que sólo en ellas se puede presentar dichos problemas o porque sean muchos más frecuentes en el sexo femenino.

Puede ser causadas por las **diferencias biológicas** con el sexo masculino, como ocurre con los trastornos de la menstruación, las enfermedades derivadas de embarazos y partos, o los tumores ginecológicos.



También entran en esta definición las enfermedades que sin ser específicas del sexo femenino, se presentan con **una mayor frecuencia** (alta prevalencia) en el sexo femenino, y son causa o de muerte prematura, enfermedad o discapacidad entre las mujeres más que entre los hombres, como son las anemias, el dolor crónico, las enfermedades autoinmunes, las enfermedades endocrinológicas, y la ansiedad y depresión.

Existen también **factores de riesgo diferenciales** que deberían ser prevenidos o abordados de forma diferente entre mujeres y hombres, como las causas de patología cardiovascular, diabetes mellitas, o la obesidad. Lois Verbrugge ya señalaba en el año 1989 que el peor estado de salud de las mujeres se debía a riesgos adquiridos y aspectos psicosociales como el sedentarismo, el paro, o el estrés físico y mental que produce la doble o triple jornada laboral que deben realizar, así como el trabajo emocional que constantemente realizan en su papel de cuidadoras de toda la familia y de su entorno o como señala Mira Shiva, la falta de comida o la sobrecarga interminable del trabajo doméstico en condiciones muy precarias, y en cocinas de leña

Lois Verbrugge ya señaló en el año 1985 que las mujeres presentan más enfermedades crónicas y hacen un mayor uso de los servicios sanitarios ambulatorios, dato que se ha confirmado en la literatura en todos los países del mundo que tienen una accesibilidad igualitaria al sistema sanitario. Aunque utilicen más los servicios, no están incluidas o han sido subrepresentadas en los ensayos clínicos, y como resultado, los datos y las investigaciones obtenidos de una población predominantemente masculina, son frecuentemente extrapolados de forma inapropiada para el uso clínico entre mujeres. Esta situación denunciada desde el año 1990 desde diversos foros internacionales, no ha mejorado en los últimos 14 años, ya que los ensayos clínicos sólo incluyen un 24,6% de mujeres y sólo se ha realizado un análisis específico de género en un 14% de los ensayos.

a) Invisibilidad de los síntomas

La ausencia de investigación en que las mujeres hayan sido incluidas hace que los resultados de los estudios estadísticos y epidemiológicos no puedan atender las diferencias en morbilidad entre mujeres y hombres, y la falta de ciencia y la predisposición del inconsciente médico a atribuir toda la sintomatología femenina a problemas inferiores hace que los diagnósticos se sesguen hacia atribuciones psicológicas sin demostración clara.

Ya en 1981 Bernstein y colaboradores demostraron que el 25 % de las demandas de las mujeres en atención primaria eran atribuidas de entrada a problemas psicosomáticos frente a sólo un 9 % de las quejas de los hombres. **El análisis de los motivos de consulta ponen de manifiesto que el primer motivo de consulta de las mujeres en atención primaria, es el DOLOR, localizado en alguna parte del cuerpo, o en todo el cuerpo. “me duelo todo” es una de las demandas más frecuentes. El segundo motivo de consulta es el CANSANCIO.** Algunas mujeres se quejan en tercer lugar de ansiedad o depresión, pero es casi siempre el profesional médico quien diagnostica problema de salud mental ante los síntomas no definidos. Precisamente en los estudios realizados en atención primaria se refleja que es el sexo femenino el que presenta la mayoría de los síntomas sin



diagnóstico.

La falta de ciencia promueve que se realicen enfoques diagnósticos erróneos etiquetando con rapidez determinados síntomas como problemas psicológicos, sin que se analice con detenimiento la existencia de patologías clínicas y subclínicas que puedan dar la misma sintomatología. Falta construir una ciencia ligada a las diferencias entre mujeres y hombres y que sepa analizar los problemas y los riesgos con perspectiva de género. Para ello se precisan romper los estereotipos que consideran inferior o poco importante todo lo que afecta a las mujeres y se puedan construir las bases a tener en cuenta para un diagnóstico diferencial de las enfermedades y del malestar de las mujeres. A continuación voy a detallar los principales problemas de salud que forman parte de la denominada morbilidad diferencial, sin ánimo de ser exhaustiva, pero sí para relacionarlo con la causa de los principales motivos de consulta que permanecen por diagnosticar.

b) El modelo BIOLÓGICO-PSICOLÓGICO – SOCIAL Y MEDIO-AMBIENTAL

Para estudiar la salud de las mujeres y tener en cuenta los factores de riesgo diferenciales nuestro grupo de investigación del PROGRAMA MUJER, SALUD Y CALIDAD DE VIDA del CAPS, decidió seguir el modelo que para estudiar las consecuencias del estrés físico y mental, diseñó el equipo de investigadores del Instituto Karolinska, liderado por la Dra. Marianne Frankenhauser. Ella y su equipo estudió si los problemas de salud que presentaban hombres y mujeres en relación con las condiciones de vida y trabajo, dependían de las diferencias biológicas y psicológicas o de el entorno psicosocial que rodeaba la vida y el trabajo.

Sus conclusiones han abierto un amplio campo de investigación y han demostrado que en la salud de hombres y mujeres, pesan más los condicionantes del mismo trabajo, incluido las demandas excesivas y el soporte social para relizarlo que las diferencias psicológicas y biológicas.

Las demandas de trabajo que reciben las mujeres son más estresantes que las de los hombres, con largas jornadas de trabajo sin fin si sólo trabajan en casa, o con doble jornada laboral si tienen un trabajo remunerado, acompañado de las dificultades que tienen para realizarlos debido a la discriminación laboral con salarios más bajos por el mismo trabajo, por trabajos a precario que den aceptar para no quedarse sin nada, o con trabajos más estresantes porque tienen poca autonomía y posibilidades de control, por lo que su horario y capacidad de decisión queda totalmente absorbido por las necesidades laborales.

Estos factores estresantes podrían ser modulados o equilibrados si existieran mecanismos de soporte para la discriminación que supone la doble jornada, como sería el incremento de servicios sociales como escuelas de primera infancia, flexibilidad horaria escolar, servicios de cuidado para personas mayores y enfermas, y también si se pudiera incrementar la corresponsabilidad familiar, y todos los miembros adultos colaboraran de una u otra forma y se hicieran coresponsables de las tareas domésticas y de las de cuidado.

La forma en que se ha educado a las mujeres y la cultura patriarcal dominante hace también que las mujeres casi siempre con BAJA AUTOESTIMA,



tiendan a querer ser perfectas y a seguir un modelo de ideal- materno que las conduce a situaciones de alto estrés mental, pues nunca están plenamente satisfechas de lo que hacen, deben demostrar siempre en sus tareas que valen mucho más que los hombres para ser socialmente aceptadas, y deben soportar una baja valoración social y familiar de todas las tareas que realizan.

2.2 MORBILIDAD DIFERENCIAL RELACIONADA CON LA “DIFERENCIA BIOLÓGICA, LA MENSTRUACIÓN COMO INDICADOR DEL ESTADO DE SALUD”.

🕒 a) El ciclo menstrual: de la invisibilidad al tabú científico y a su abolición

La menstruación ha sido uno de los fenómenos cíclicos de los seres humanos que pudieron observar los pueblos primitivos. Durante años su presencia ha permanecido oculta y en muchos casos ha sido tabú para muchos pueblos que obligaban a sus mujeres a alejarse de las casas con la falacia de que su presencia durante la fase menstruante contaminaba los productos agrícolas y alteraba el crecimiento del ganado. De hecho la mayoría de mujeres hasta mediados del siglo XX, quedaban embarazadas desde la primera menstruación en la adolescencia y casi no volvían a tener la menstruación durante su vida reproductiva, porque estaban embarazadas o en período de lactancia. Debido a este hecho sólo debían presentar trastornos de la menstruación las mujeres que por provenir de clases altas o por otras circunstancias no tenían sus primeros hijos hasta después de los veinte años.

La ciencia médica ha ignorado el estudio de la menstruación y sólo a mediados del siglo XX se inició el estudio del ciclo y de las hormonas hipofisarias, precisamente con la intención de suprimirlo, y conseguir medicamentos anticonceptivos. En cambio es muy difícil encontrar estudios que especifiquen cuales son las características normales del ciclo menstrual. De hecho han sido la investigación realizada en Suecia y Dinamarca la que ha dado las pautas de normalidad.

El ciclo menstrual normal oscila con una menstruación cada 26 a 32 días, aproximadamente un ciclo lunar que es de 28 días. La duración es de un día con fuerte pérdida y dos o tres días más con pérdidas menores. La cantidad máxima de pérdida debería ser unos 100 cc, como máximo la cantidad de una copa de vino, aunque es difícil apreciar la pérdida de forma subjetiva porque muchas personas relacionan la intensidad mayor o menor con la pérdida de su madre, hermanas o amigas. La menstruación no debe producir dolor y en todo caso una ligera molestia. No debe ser precedida de síntomas ni corporales ni de labilidad en el estado de ánimo. La menstruación es un hecho fisiológico que prepara cada mes el cuerpo para la concepción y el anidamiento, no es por lo tanto una maldición bíblica, y sus molestias no se han de vivir en silencio, porque en realidad, cuando se presenta fuera de los parámetros normales, sus características anómalas son claros indicadores de problemas de salud, o de nutrición o de estrés físico y mental

El estudio del ciclo y sus efectos periféricos en todo el cuerpo, así como las



bases neuroendocrinas del síndrome premenstrual se iniciaron con fuerza en la década de los 80 del pasado siglo.

b) Implicaciones hormonales

El ciclo menstrual normal implica variaciones en diversos niveles hormonales, a veces sutiles o a veces manifiestos, lo que significa que durante la edad reproductiva (desde aproximadamente los 13 años hasta los 50, algunos niveles hormonales de la mujeres eran cada día diferentes según el momento del ciclo menstrual).

Para que exista menstruación deben existir estrógenos a niveles adecuados para producir un crecimiento endometrial. Para que la hemorragia no sea excesiva a partir del día 14 del ciclo ovárico, se inicia la producción de progesterona que impide que el tejido del endometrio crezca de forma exponencial y lo prepara para el anidamiento si hubiera una concepción.

En esta segunda fase del ciclo y sobre todo entre los días 17 al 23 se incrementa la secreción de varias hormonas implicadas en el metabolismo de agua corporal (renina, angiotensina, aldosterona) y se retiene líquido. En condiciones normales esta retención debería ser imperceptible, pero cuando hay exceso de estrógenos por condiciones de estrés o por exceso en el medio ambiente, o cuando disminuye la secreción de progesterona por las mismas causas, esta retención puede ser intensa y provocar un aumento de unos 2 o 3 Kilos de peso antes de la menstruación.

Pero también se producen incrementos de neurotransmisores cerebrales, desde el momento de la ovulación, de Adrenalina y Noradrenalina central y periférica, y de Beta endorfinas que están elevadas hasta tres días antes de la menstruación. Estas variaciones en condiciones normales deberían ser casi imperceptibles, pero según los niveles pueden causar cambios en el estado de ánimo y en el humor.

c) Implicaciones neuroendocrinas y sobre el estado de ánimo y humor

Los cambios hormonales en el sistema hipotalámico y el efecto de los estrógenos sobre el sistema noradrenérgico, dopaminérgico y receptores de serotonina, y el de la progesterona natural sobre los receptores Gaba, han demostrado que los cambios de humor y estado de ánimo durante el ciclo menstrual tienen una base neuroendocrina.

Por una parte los niveles de estrógenos colaboran en la excitabilidad del sistema nervioso pero también en estimularlo y tonificarlo (efecto antidepresivo), y la progesterona natural tiene un efecto armonizador estimulando la sedación y el sueño, y colaborando en eliminar el exceso de líquidos, de irritabilidad y la tensión nerviosa.

Si no hay alteraciones, se puede sentir un ligero incremento de ansiedad entre los días 16 al 23 del ciclo, y un incremento de irritabilidad, tensión nerviosa, y hostilidad los cinco días anteriores a la menstruación. La libido (apetencia sexual) y la actividad sexual se incrementan en la primera fase del ciclo (del 6 al 12) y durante la fase ovulatoria, y disminuye en la segunda fase, con un ligero incremento durante los cinco días anteriores a la menstruación. Todos estos cambios son fisiológicos, y pasan desapercibidos para las mujeres y para los mismos profesionales, porque se han inves-



tigado en los últimos veinte años.

También existen variaciones en la acuidad de los órganos de los sentidos con un incremento de la sensibilidad de la visión, audición y tacto hasta el pico ovulatorio, y una disminución durante la segunda fase, excepto para el olfato que se incrementa desde la primera fase folicular por el efecto de los estrógenos y continúa aumentando su sensibilidad hasta el momento de la menstruación. Muchas mujeres embarazadas también relatan el incremento de la sensibilidad olfativa y son capaces de detectar la presencia de alguna fruta enmohecida aunque este a veinte metros de distancia.

Si la ovulación no se produce, o lo hace con poco estímulo por parte de la hormona luteinizante (LH) los desequilibrios en el estado de ánimo se agudizan y existe mayor irritabilidad, nerviosismo y tensión, y a veces ganas de llorar en los días previos a la menstruación lo que se denomina Síndrome Premenstrual. Se acompaña también de retención de líquidos, tensión mamaria y dolor en la pelvis que irradia a extremidades inferiores. También el exceso de estrógenos tiene relación con la presencia de las migrañas, cefaleas muy intensas que afectan a la mitad de la cabeza y que se presentan dos días antes o durante la menstruación. Pero como su estudio es reciente muchas de las variaciones del humor se atribuían al rechazo de las mujeres a su menstruación, o a su naturaleza “histórica”, lo que ha hecho más difícil la posibilidad de correlacionar los síntomas con alteraciones hormonales, y más invisibles las sensaciones que sentían las mujeres y que sólo se atrevían a contarse unas a otras a escondidas. Todavía actualmente muchas se ven rechazadas por los profesionales de la medicina si se atreven a explicar los síntomas relacionados con el ciclo menstrual.

d) Implicaciones Metabólicas

Todos los sistemas metabólicos están afectados por el ciclo menstrual desde el metabolismo de lípidos, proteínas y glúcidos, hasta las células de la córnea. El estudio de la fisiología del ciclo y de sus efectos en la capacidad pulmonar, función digestiva, función excretora renal, y otros sistemas ha permitido entender la fisiopatología de muchos trastornos y estudiar posibles tratamientos.

e) Interacciones del estrés con el ciclo menstrual

Muchos trastornos de la menstruación pueden estar relacionados con el estrés físico o mental, tanto la oligomenorrea (menstruaciones escasas que se presentan cada mes y medio o cada dos o tres) como las metrorragias (menstruaciones muy abundantes). De hecho estas alteraciones en las edades jóvenes se pueden considerar un indicador de las situaciones de estrés, directamente por acción de los neurotransmisores en la secreción de gonadotropinas hipofisarias, como por el efecto del estrés en la hipersecreción de prolactina.

Las personas que trabajan en turnos de noche o que deben cambiar de huso horario por su trabajo, pilotos o azafatas de vuelo o barcos, sufren también trastornos del ciclo menstrual por alteraciones en la secreción de melatonina que es la hormona que produce la glándula pineal, situada en el centro de la cabeza, como resto atrofiado del tercer ojo que tenían algunos peces. La relación de la secreción de melatonina con la luz es clara, y en



los países nórdicos, con pocas horas de luz en invierno, la melatonina no cesa su producción durante el día y produce alteraciones del ciclo menstrual, sobre todo ciclos alargados y con escasa menstruación.

Las consecuencias directas del estrés en los trastornos menstruales, son la hiposecreción de progesterona y las metrorragias. Pero a medio plazo se producen las anemias, o las ferropenias (deficiencia de almacenamiento de hierro). La endocrinóloga Jeryllyn Prior de Vancouver también ha demostrado que las deficiencias de progesterona o las anovulaciones que se producían en las atletas, disminuían la masa ósea, en el plazo de un año. A medio plazo, la consecuencia del hiperestrogenismo será la presencia de quistes en las mamas, o mama fibroquística con a veces dolores intensos premenstruales, y tensión mamaria, y posteriormente el incremento de miomas uterinos, que se presentan sobre todo en mujeres mayores de 40 años, cuando ya declina la secreción de progesterona.

f) Enfermedades e Interacciones ambientales que afectan al ciclo menstrual

El equilibrio del ciclo y la ovulación, además de estar influido por la nutrición, lo está también por las anemias, y las deficiencias de la reserva de hierro, por los trastornos de la función tiroidea (tanto hiper como hipotiroidismo) o por alteraciones del resto de glándulas endocrinas. Alteraciones congénitas de las glándulas suprarrenales que producen vello (hirsutismo) en la barba o en la línea media en las mujeres también alteran la armonía del ciclo y producen el denominado síndrome del ovario poliquístico que afecta de un 5 a un 10% de la población femenina. Este síndrome en algunos casos tiene un origen sólo ovárico. Pero las enfermedades hepáticas, renales, o las infecciones crónicas y las enfermedades auto inmunes también alteran el ciclo.

La disminución de peso afecta directamente la secreción de gonadotropinas hipofisarias. La pérdida de 2 Kg ya produce en el ciclo menstrual del mes siguiente una disminución de la fase luteínica, y si se sigue perdiendo rápidamente por debajo del Índice de Masa corporal deseable, se pierde primero la ovulación y posteriormente la menstruación. De hecho es lo que se presenta en la Anorexia Nerviosa.

En los últimos 20 años se ha comprobado un incremento de la presencia de Endometriosis, enfermedad en la que el tejido del endometrio se encuentra en la cavidad abdominal o al lado de los ovarios, por lo que se menstrua también dentro de la cavidad abdominal, con dolores menstruales muy intensos. El incremento de esta patología que ya afecta a un 5% de la población femenina, había permanecido invisible, hasta que se ha reconocido el papel que juegan las dioxinas ambientales, presentes en agua, aire y alimentos, y también tiene como posible origen el estrés crónico, ya que se ha presentado entre médicas que han hecho la especialidad como residentes, que han de hacer guardias cada dos o tres días.

La exposición laboral a sustancias químicas, ondas electromagnéticas, radiaciones ionizantes, exceso de ruido, calor o frío, o a insecticidas organoclorados también puede producir alteraciones del ciclo que pueden durar años después de la exposición.



g) La menstruación como armonía de la diferencia

La menstruación refleja la armonía de la diferencia, y se manifiesta de forma equilibrada si el entorno es también armónico. De hecho las condiciones de vida y trabajo influyen de modo directo en dicha armonía y en sus trastornos posteriores. El análisis de las conductas de algunos pueblos como los indios mohicanos que demostraban su respeto hacia las mujeres ofreciéndoles comida y alejándolas de los trabajos duros durante la menstruación, es un ejemplo de respeto a la diferencia en lugar de la abolición de la misma por intervenciones directas hormonales y agresivas sobre el cuerpo de las mujeres.

h) La menstruación como armonía de la diferencia

La falta de estudios científicos de evidencia buena sobre las causas de los trastornos de la menstruación y el hecho de que los esfuerzos de la investigación se han centrado más en encontrar medicación anticonceptiva que en ayudar a la regulación del ciclo. Antes de abolir lo que existe sería mejor empezar a entenderlo, ya que la intervención agresiva sin el estudio de las consecuencias a largo plazo puede causar más daños que beneficios.

2.3 MORBILIDAD DIFERENCIAL ENTRE MUJERES DE 14 A 50 AÑOS (A VECES MORBILIDAD INVISIBLE)

La morbilidad más frecuente entre mujeres menores de 50 años que puede producir en primer lugar cansancio, malestar y dificultades en la memoria y la capacidad de concentración, es en primer lugar las anemias, las deficiencias de almacenamiento de hierro, las enfermedades autoinmunes, las enfermedades endocrinas (con el hipotiroidismo y la tiroiditis autoinmune en primer lugar, y la osteopenia. Las enfermedades infecciosas de transmisión sexual y los trastornos de la conducta alimentaria los describiremos en el capítulo de la adolescencia. La característica prioritaria de estas enfermedades es que se presentan de forma insidiosa, lentamente, y van minando la energía corporal de quien la presenta. Este cansancio crónico o fatiga crónica va destruyendo la seguridad en una misma e interfiere en la claridad necesaria para tomar decisiones. Estos problemas ocurren además en las etapas de la vida en que más decisiones se deben tomar. La segunda característica es que para diagnosticarlas se precisa la realización de analíticas por lo que es difícil que su diagnóstico pueda ser extendido con equidad a toda la población. De hecho cuando en la encuesta de salud de Catalunya se preguntó a la población femenina si había padecido con anterioridad anemia, enfermedades tiroideas u osteoporosis, la prevalencia fue abrumadora para el sexo femenino, pero la característica social, fue que sólo lo sabían las mujeres de la clase alta que se habían podido realizar las analíticas o las exploraciones necesarias para diagnosticarlas.

a) La menstruación como armonía de la diferencia

- ANEMIAS Y DEFICIENCIAS DE ALMACENAMIENTO DE HIERRO

Las anemias son enfermedades que se producen cuando disminuye el número de glóbulos rojos, o su forma, y /o cuando disminuye el contenido



de hemoglobina de estas células, y se presenta con mucha más frecuencia entre mujeres (de un 18 a un 75 por cien de mujeres, según los países, presentan anemia). La molécula de hemoglobina transporta oxígeno a cada célula del cuerpo. Cuando las personas están anémicas sus tejidos reciben mucho menos oxígeno. Los síntomas, a menudo son vagos e insidiosos, y pueden incluir fatiga crónica, irritabilidad, mareos, problemas de memoria, disnea de esfuerzo, dolores de cabeza y dolores óseos. Las mujeres de piel oscura o de raza negra pueden parecer de piel gris, y las de raza blanca con la piel muy pálida. Las anemias moderadas o las deficiencias de las reservas de hierro del cuerpo, pueden producir esta sintomatología pero en menor intensidad.

ANEMIAS POR DÉFICIT DE HIERRO

La anemia por déficit de hierro es la forma de anemia más frecuente entre las mujeres, a menudo producida por sangrados menstruales abundantes o por hemorragias producidas durante abortos, partos, o por la cirugía de los fibromas. Las mujeres embarazadas son especialmente proclives a la anemia debido a que el feto necesita mucho más hierro para su desarrollo que el que la madre puede ingerir incluso con una buena alimentación. Por ello sería muy importante que las mujeres iniciaran sus embarazos con unas reservas de hierro normales (ferritina) en su organismo. La deficiencia de almacenamiento de hierro también se produce por cansancio.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTOS

La mejor prevención es la ingesta de una dieta rica en hierro (ver gráfica en el capítulo de alimentación). Si la anemia persiste a pesar de estar tomando una dieta rica en hierro, se deben tomar suplementos de hierro. (Algunos médicos recomiendan que las embarazadas tomen hierro de forma rutinaria). Las formas de presentación del hierro que se absorben más fácilmente son el sulfato y el gluconato ferroso. Se absorben mejor con el estómago vacío, o sea antes del desayuno, pero si producen náuseas, y dolor abdominal después de la ingesta, se pueden tomar antes de la comida principal o incluso durante la misma. Los cítricos o la vitamina C tomados al mismo tiempo aumentan la absorción de hierro en cambio la ingesta de lácteos en la misma comida disminuye su absorción. Sin embargo algunas mujeres a pesar de estar tomando hierro, observan por medio de un análisis de sangre denominado hematocrito, que no absorben las pastillas ya que permanece todavía bajo. En algunos casos incrementar en la alimentación sustancias ricas en hierro absorbible puede ser útil, como la carne, el pescado azul, el pollo o los brotes de soja. Desgraciadamente el hierro que contienen algunas verduras como las espinacas o algunas legumbres como las lentejas no es absorbido por el intestino humano e incrementar su ingesta no consigue paliar las anemias. La administración de pastillas con hierro produce heces negras, brillantes y estreñimiento, que puede aliviarse incrementando la ingesta de grano integral, salvado de trigo, fruta y bebiendo más agua entre las comidas. El hierro interfiere la absorción de vitamina E. Si usted está tomando suplementos de Vitamina E hágalo seis horas antes de tomar el suplemento de hierro. En casos de grave deficiencia de hierro se puede administrar por medio de inyecciones parenterales.



ANEMIAS POR DÉFICIT DE VITAMINAS

Las mujeres embarazadas, las mujeres que han tenido muchos hijos, las que esten tomando anticonceptivos orales y las mujeres malnutridas, pueden sufrir anemias por déficit de ácido fólico y de vitaminas del grupo B. Se puede prevenir o tratar dicha anemia por medio de la ingesta de granos integrales y verdura de hoja verde oscuro y/o tomando suplementos de ácido fólico. Las personas vegetarianas que no comen productos lácteos ni que provengan de animales pueden sufrir una anemia pernicioso producida por la pérdida de vitamina B 12 (presente en todos los productos de origen animal). Los síntomas de esta anemia pueden incluir quemazón o debilidad en las piernas. Puede ser de ayuda para la prevención añadir a la alimentación levadura de cerveza (que a menudo contiene vitamina B12), espirulina (una microalga, o alimentos fermentados y brotes fermentados). Las mujeres que presenten la carencia de una proteína que está en el estómago denominada factor intrínseco, necesaria para la absorción orla de vitamina B 12, precisarán una inyección mensual de dicha vitamina.

ANEMIAS HEREDITARIAS Y DE OTROS TIPOS

Algunas formas de anemia son hereditarias. La anemia de células falciformes se encuentra entre personas con antepasados africanos, y la talasemia entre los descendientes del área mediterránea. También, algunas mujeres descendientes del área mediterránea (en especial de Italia) y africana heredan una deficiencia de una enzima denominada glucosa-6-fosfato-dehidrogenasa, que les produce una anemia hemolítica (destrucción de glóbulos rojos) si ingieren algunas medicaciones como sulfamidas, ácido acetilsalicílico (aspirina), o medicación contra la malaria. Esta enfermedad puede ser mortal.

También se pueden presentar anemias asociadas a enfermedades del riñón, enfermedades del tiroides, artritis, enfermedades autoinmunes, o cáncer. La exposición laboral o ambiental a ciertos fármacos, sustancias químicas, metales o radiación puede producir anemias en algunos casos.

PRUEBAS ANALÍTICAS PARA DIAGNOSTICAR LA ANEMIA

El hematocrito es una prueba analítica básica para el cribaje de la anemia. Esta prueba simple y barata, se basa en hacer una pequeña extracción de sangre, puede ser en el pulpejo del dedo, y en medir el porcentaje de glóbulos rojos. El hematocrito normal para una mujer que no esté embarazada es de un 37 a un 47%. Si Ud. Presenta un hematocrito bajo, deberá solicitar un análisis más completo por medio de la extracción de sangre venosa del brazo. En algunos casos se precisarán otros análisis más especializados. Cuando se inician nuevos brotes de anemia, se deben evaluar cuidadosamente, ya que la deficiencia de hierro no es la única causa de anemia

b) Enfermedades Autoinmunes

ARTRITIS REUMATOIDE

Es la causa más común de artritis inflamatoria crónica y afecta aproximadamente del 1 al 2% de la población en general y un 75 % de los pacientes son mujeres. El pico más lato de incidencia se produce de 20 a 40 años aunque la incidencia está aumentando últimamente con la edad.



Las causas: Se sabe que la activación de las células T por medio de las células dendríticas no requiere antígeno. Puede ser que existan varios desencadenantes antigénicos para esta enfermedad. Existen evidencias que muestran una estimulación inmunológica crónica con un alterado fenotipo de las células sinoviales que invaden el cartílago articular y las estructuras adyacentes. Las personas que presentan la enfermedad tienen unos valores específicos localizados en la tercera región hipervariable de la cadena α de la molécula HLA-DR. Estas personas tienen un riesgo relativamente más alto de desarrollar artritis reumatoide.

Se ha observado una mejoría e incluso remisión de la artritis reumatoide durante el embarazo. Se han encontrado alteraciones inmunológicas durante el embarazo que pueden mejorarla como son el aumento de niveles de la globulina sérica α_2 (también conocida como la proteína zona del embarazo), síntesis de factores supresores fetales, y una alteración del perfil de citocinas de las células T. A veces durante el embarazo existe una presencia aumentada de HLA (antígeno de los leucocitos humanos materno-fetales). Estos antígenos se colocan en el locus que debería ser activados por el antígeno productor de artritis reumatoide e inhiben la evolución de esta enfermedad. Estos datos sugieren que la introducción de antígenos extraños podría influenciar la respuesta autoinmune.

Para más ampliación sobre este tema ver (Medical Clinics of North America. Women's Health Issues Part 1 V. 82. N 1 1998 (70-81).

Tratamiento:

Se han utilizado corticoesteroides. Sulfasalazina, Azathioprina y últimamente metotrexato, Ciclofosfamida, clorambucil, estos tres últimos no pueden ser utilizados durante el embarazo. Queda por estudiar (e investigar a partir de ahora el papel de la progesterona natural y de los progestágenos en la evolución y tratamiento de la artritis reumatoide).

SINDROME DE SJÖEGREN

Aproximadamente el 20% de pacientes con artritis reumatoide padecen síndrome de Sjögren. Aproximadamente se estima que el 1% de la población padece esta enfermedad y que está poco diagnosticada. El poco diagnóstico es debido a que hay una tendencia a diagnosticar este trastorno como un lupus eritematoso sistémico medio o atípico. Los síntomas cardinales del síndrome de Sjögren son la sequedad de mucosas, cherostomía y cherofthalmia y conjuntivitis seca.

El tratamiento del síndrome de Sjögren no complicado se basa en sustituir con lágrimas artificiales y saliva. Se necesitan exámenes frecuentes oftalmológicos y dentales. La enfermedad extraglandular especialmente la pulmonar y la renal y la vasculitis pueden requerir tratamientos con corticoides sistémicos.

Queda por investigar el papel de la progesterona natural en la evolución del síndrome seco. Hemos observado mejorías en la sequedad de mucosas con THS de dosis bajas con progesterona natural.

LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

El Lupus eritematoso sistémico es una enfermedad multisistémica caracterizada por la presencia de autoanticuerpos múltiples. Es mucho más frecuente en mujeres, con una relación mujer hombre de 9:1. Es más frecuen-



te entre africanos, afroamericanos y asiáticos que en blancos e hispanos. La causa exacta del lupus es desconocida pero se cree que existe una combinación de factores ambientales, hormonales y genéticos. Las características más importantes del lupus eritematoso sistémico están resumidas en las siguientes tablas:

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

<p>Artritis</p> <p>Erupciones</p> <p>Erupción malar</p> <p>Fotosensibilidad</p> <p>Lesiones discales</p> <p>Úlceras orales</p>	<p>Pluropericarditis</p> <p>Fenómeno de Raynaud</p> <p>Alopecia</p> <p>Enfermedades hematológicas</p> <p>Nefritis</p> <p>Enfermedades del sistema nervioso central</p>
--	--

CARACTERÍSTICAS DE LABORATORIO DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

<p>Hematológico</p> <p>Leucopenia (linfopenia)</p> <p>Anemia hemolítica</p> <p>Trombocitopenia</p> <p>Renal</p> <p>Proteinuria</p> <p>Hematuria</p> <p>Sedimento urinario activo (casts)</p> <p>Creatinina aumentada en serum</p>	<p>Autoanticuerpos</p> <p>ANA (95%)</p> <p>anti-dsDNA (50%)</p> <p>anti-Smith (30%)</p> <p>anti-RNP</p> <p>anti-histone</p> <p>SSA/SSB</p> <p>Test biológico falso-positivo para sífilis</p> <p>Hipocomplementemia</p> <p>Disminuida C3</p> <p>Disminuida C4</p>
--	---

Tratamiento actual:

Corticoides sistémicos a baja dosis (de 10 a 15 mg/día para manifestaciones como artritis o pluropericarditis media y altas dosis de esteroides (1mg/día) cuando hay una implicación de órganos más importantes o vas-



culitis.

Queda por investigar el papel de la progesterona natural en el tratamiento de esta enfermedad autoinmune aunque hemos encontrado remisiones tanto durante los embarazos como durante la terapia con progesterona natural.

c) Enfermedades Endocrinas

Las alteraciones de la función tiroidea son muy frecuentes en el sexo femenino. Tanto por razones genéticas como por la interacción que las hormonas sexuales y algunos fármacos utilizados en el sexo femenino como los anticonceptivos hormonales interfieren en su función y favorecen la presencia de tiroiditis autoinmune.

OSTEOPENIA :Osteopenia por anovulación o Déficit fase luteínica

Una característica diferencial de la biología femenina respecto a la masculina es su funcionamiento cíclico. Toda situación de estrés produce cambios en la regulación hormonal del ciclo menstrual. La mujer ovula por el estímulo que proviene del sistema nervioso central; y si éste recibe constantes agresiones, se produce una deficiencia de las hormonas de ovulación y en consecuencia, el déficit de una de las hormonas que el cuerpo de las mujeres necesita para mantener su equilibrio: la progesterona.

En los últimos estudios de Soules, en Estados Unidos, se pone de manifiesto que la insuficiencia de progesterona, o déficit de fase luteínica, es constante en las etapas críticas de la vida, como pueden ser situaciones de estrés, de divorcio, o inicio de un nuevo trabajo, períodos de paro, existencia de angustias económicas o crisis importantes de la familia. La mencionada insuficiencia de progesterona condicionará también el aumento en la cantidad de sangre menstrual, la aparición de miomas, de mastopatía fibroquística y, a la larga, constituye un factor de riesgo de contraer cáncer de mama y de endometrio.

La menstruación debería durar solo de tres a cuatro días y provocar la pérdida de 80-100 cc de sangre, el equivalente a una copa de vino; pero estamos constatando, en el medio laboral, que no este hecho no es así; es muy frecuente en situaciones de estrés, el exceso en la cantidad de sangrado y el aumento del número de días en que éste se produce. Esta pérdida excesiva y constante de sangre, muy rica en hierro, condiciona un incremento de las anemias y ferropenias, que hasta ahora han sido poco estudiadas, pero que en los últimos tiempos están recibiendo un especial interés, debido a las consecuencias en la calidad de vida y en el cansancio de la mayoría de las mujeres en edad reproductiva de catorce a cincuenta y cinco años.

El estrés crónico condiciona una deficiencia de progesterona crónica en el cuerpo de la mujer como demuestra la doctora Prior, endocrinóloga de Vancouver, que ha realizado investigaciones sobre las consecuencias del déficit de ovulación en la masa ósea. Estudiando atletas y bailarinas de ballet clásico, sometidas a ejercicio físico constante y extenuante, constató que la pérdida de la ciclicidad ovulatoria durante más de 9 meses, en mujeres jóvenes de 18 a 25 años ya condiciona una pérdida del 20% de masa ósea.

La osteopenia, por lo tanto, no será un riesgo de la vida adulta de la mujer,



sino que ya se presenta desde la etapa de la juventud y condiciona a largo plazo y según las condiciones de trabajo, ergonomía y posturas laborales, alteraciones crónicas del sistema músculo-esquelético.

Solo la identificación de las causas visibles y no visibles del estrés y las condiciones de trabajo y de vida que lo producen conseguirá abrir un camino de prevención de la salud de las mujeres en relación a su trabajo. Si los problemas músculo-esqueléticos y los de salud mental constituyen la primera causa de jubilación anticipada por razones de enfermedad en el sexo femenino, la tarea prioritaria en salud ocupacional consistirá en la identificación de las causas que lo producen y, en lugar de la queja, o el pago de compensaciones, lo que deberá centrar el trabajo en salud laboral, de trabajadores, sindicatos o empresarios será realmente la prevención.

2.4 MORBILIDAD DIFERENCIAL EN MUJERES MAYORES DE 50 AÑOS

Diabetes, Hipertensión, Estrés físico y mental, Osteoporosis, Bioacumulación de insecticidas y xenoestrógenos, ansiedad y depresión, Síndrome de Alzheimer.

DIABETES

La invisibilidad de las mujeres y los sesgos en la valoración de síntomas, en el diagnóstico y en el tratamiento de las ECV han sido letales para las mujeres. No queremos acabar este apartado sin comentar que ni siquiera las 'reglas del juego' de la investigación científica han protegido a las mujeres contra estas subjetividades. En el momento actual de evolución del método científico y de la medicina basada de la evidencia, todavía se producen transgresiones que perjudican a las mujeres, como ha sucedido con la terapia hormonal sustitutiva (THS). Basándose en ensayos observacionales y partiendo de la creencia que las mujeres están más protegidas contra las ECV gracias a los estrógenos, hace unos años se recomendó y generalizó el uso de la THS en la menopausia. Estudios posteriores de cohortes han demostrado la nulidad de esta creencia, además de comprobar otros efectos nocivos. El desconocimiento real de la fisiopatología de la ECV femenina y la ignorancia de este desconocimiento, que es más grave, ha expuesto a muchas mujeres a unos efectos secundarios potencialmente graves y sólo ha servido para mejorar los dividendos de las empresas farmacéuticas. Entre los factores de riesgo cardiovascular, que son más frecuentes en el sexo femenino, queremos destacar la Diabetes Mellitus (DM) del tipo 2 o del adulto que se presenta también con alta prevalencia entre el sexo femenino mayor de 40 años relacionado en muchos casos con la obesidad. A nivel mundial se considera que hay una prevalencia entre población blanca del 3 al 6 %. A partir de los 50 años aumenta entre el 10 y el 15%. En el estudio italiano de⁽¹²⁶⁾, la prevalencia en hombres es del 3% y de mujeres del 3.4%. Respecto a la diabetes gestacional la prevalencia está entre un 2 y 12 %. La mortalidad de la DM2, en España está entre la 3ª y la 6ª causas de mortalidad, aunque queda enmascarada en la mortalidad cardiovascular. En mujeres la tasa bruta es del 29% por cada 100000 y en los hombres del 16%.

El estudio Nurses' Health⁽¹²⁷⁾ ha seguido 84.941 mujeres desde 1980 a 1996, documentando 3300 nuevos casos de diabetes tipo II. El más impor-



tante predictor de diabetes fue el sobrepeso o la obesidad (61%). Otros factores de riesgo demostrados han sido la vida sin ejercicio físico vigoroso, fumar, dieta poco rica en fibra y con exceso de grasa y azúcares y la abstinencia de alcohol (consumo diario inferior a 5 grs)

Llama la atención la falta de datos diferenciados por sexos y por edades. Tampoco las complicaciones están diferenciadas, sólo en algunos casos por años de evolución desde el diagnóstico. En general el interés al explicar los datos de los estudios, está en hacer globalizaciones de resultados en la población y no se comentan las diferencias por sexos y tampoco por edades. Incluso en los datos del estudio UKPDS, el más importante en Europa sobre DM2, donde se valoran la disminución de las complicaciones de la DM2 con los distintos tratamientos farmacológicos y con el control intensivo de la glicemia, además de interferir sobre los factores de riesgo, aparecen datos muy escasos diferenciados por sexos.

En los estudios de Diabetes diferenciados por sexos, la prevalencia de la DM2, es mayor en los hombres hasta los 49 años y a partir de los 50 es más prevalente en las mujeres.

En el estudio de Biderman⁽¹²⁸⁾ encuentran que no hay diferencias significativas respecto a la mortalidad entre hombres y mujeres (alrededor del 30%). Pero aparecen diferencias significativas en otros datos: la mortalidad en las mujeres está ligada a cifras más altas de Hb glicosilada y en los hombres, a la presencia de microalbuminuria. El ácido úrico y los TG aumentan en los hombres con DM2 y en cambio en las mujeres lo que aumenta es la creatinina. En el estudio del Leicester general Hp⁽¹²⁹⁾, la prevalencia de ceguera en DM, es superior en las mujeres que en los hombres y no hay diferencias por etnia. En el estudio de incidencia de DM2 en Taiwan⁽¹³⁰⁾, con 1000 mujeres y 1000 hombres, los resultados de los factores predictivos para la DM2, en hombres la obesidad y el hiperinsulinismo son factores independientes y en cambio en las mujeres el hiperinsulinismo acompaña a la obesidad.

En resumen, se puede decir que la DM2 es una enfermedad de mujeres que se ha estudiado mayoritariamente en hombres. Faltan estudios sobre FR y evolución de la enfermedad diferenciados por sexos.

HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO POR DEFICIENCIA SUBCLÍNICA DE VITAMINA D.

Esta patología está presente en todas las edades de la vida de los seres humanos. Produce discretos hiperparatiroidismos secundarios al déficit de vitamina D y una miopatía periférica .

La prevalencia se calcula que a partir de los 50 años un 38% de la población femenina puede presentar un déficit subclínico de Vitamina D con un hiperparatiroidismo secundario y a partir de los 70 años podría llegar a ser el 70% de la población tanto masculina como femenina.

OSTEOPOROSIS

La osteoporosis se define como una reducción de la masa o densidad



ósea. esta reducción de la masa ósea se acompaña de un deterioro de la arquitectura del esqueleto, lo que conduce a un incremento del riesgo de fracturas. Actualmente se define como una reducción de la densidad ósea a 2,5 Desviaciones Standard (SD) de la media de las densidades correspondientes a la edad del sujeto.

El riesgo de osteoporosis en las mujeres después de los 50 años es mucho más grande que en el hombre de la misma edad, y en algunas mujeres la densidad ósea puede disminuir bruscamente después de la menopausia. La proporción de osteoporosis es de 4 mujeres por 1 hombre. Puede afectar al 30% de las mujeres de los países del norte de Europa y América. No son definitivos los estudios de población en España. También se presenta en hombres y mujeres que presenten enfermedades o factores de riesgo que favorezcan la desmineralización ósea.

Existen dos tipos de tejido óseo:

El trabecular que en forma de malla da consistencia a huesos que deben soportar mucho peso, como el tejido que rellena los huesos vertebrales; y el cortical que a modo de refuerzo de la corteza de un tronco, tapiza los huesos largos como los del fémur y los huesos de las extremidades.

Las consecuencias de la osteoporosis son las fracturas:

Las del radio (antebrazo y muñeca) que se presentan ya desde antes de los 50 años (fractura de Colles); las fracturas vertebrales que aumentan su incidencia a partir de los 60 años; y las fracturas de fémur que se duplican cada cinco años a partir de los 70 años.

La masa ósea se forma y se destruye a diario. La formación depende de unas células denominadas osteoblastos y la destrucción de unas células denominadas osteoclastos.

- * Su remodelación depende del ejercicio físico, del aporte de calcio, vitamina D y proteínas y sólo en parte del estado hormonal.

- * Los estrógenos se han demostrado útiles para impedir la pérdida ósea rápida sobre todo después de la extirpación quirúrgica de los ovarios, pero no en la formación del hueso.

- * La progesterona natural es una hormona osteogénica capaz de formar hueso desde los primeros momentos de la pubertad.

- * La densidad ósea de la columna vertebral (hueso trabecular) depende de más factores hormonales.

- * La densidad del hueso del fémur (cortical) depende de los niveles de calcio y de vitamina D.

Existe un gran número de enfermedades que pueden colaborar en la presencia de osteoporosis desde etapas muy jóvenes de la vida. Cuando una persona presente dolor óseo o deformidad de la columna vertebral o de alguna articulación en las extremidades (como el arqueamiento de las rodillas) se debe pensar en la posible osteoporosis, sea cual sea la edad y el sexo de las personas afectadas. Ha sido muy frecuente considerar que la osteoporosis sólo se presenta entre mujeres después de la menopausia por lo que en este pequeño artículo quisiera demostrar que las causas de osteoporosis son múltiples y diversas, y que la osteoporosis se podría prevenir y a veces evitar si se pensara en ella.

Entre estas enfermedades están:



- * Los estados con hipofunción de las gónadas (ovarios o testículos).
- * Enfermedades endocrinas.
- * Deficiencia de nutrición o enfermedades gastrointestinales.
- * Enfermedades reumatológicas.
- * Enfermedades hematológicas malignas.
- * Enfermedades hereditarias raras.

Uno de los más frecuentes y desconocidos es la Osteopenia por anovulación o Déficit fase luteínica (ya descrita anteriormente)

Una característica diferencial de la biología femenina respecto a la masculina es su funcionamiento cíclico. Toda situación de estrés produce cambios en la regulación hormonal del ciclo menstrual. La mujer ovula por el estímulo que proviene del sistema nervioso central; y si éste recibe constantes agresiones, se produce una deficiencia de las hormonas de ovulación y en consecuencia, el déficit de una de las hormonas que el cuerpo de las mujeres necesita para mantener su equilibrio: la progesterona.

En los últimos estudios de Soules, en Estados Unidos, se pone de manifiesto que la insuficiencia de progesterona, o déficit de fase luteínica, es constante en las etapas críticas de la vida, como pueden ser situaciones de estrés, de divorcio, o inicio de un nuevo trabajo, períodos de paro, existencia de angustias económicas o crisis importantes de la familia. La mencionada insuficiencia de progesterona condicionará también el aumento en la cantidad de sangre menstrual, la aparición de miomas, de mastopatía fibroquística y, a la larga, constituye un factor de riesgo de contraer cáncer de mama y de endometrio.

La menstruación debería durar solo de tres a cuatro días y provocar la pérdida de 80-100 cc de sangre, el equivalente a una copa de vino; pero estamos constatando, en el medio laboral, que no este hecho no es así; es muy frecuente en situaciones de estrés, el exceso en la cantidad de sangrado y el aumento del número de días en que éste se produce. Esta pérdida excesiva y constante de sangre, muy rica en hierro, condiciona un incremento de las anemias y ferropenias y además una deficiencia de progesterona crónica en el cuerpo de la mujer como demuestra la doctora Prior, endocrinóloga de Vancouver, que ha realizado investigaciones sobre las consecuencias del déficit de ovulación en la masa ósea. Estudiando atletas y bailarinas de ballet clásico, sometidas a ejercicio físico constante y extenuante, constató que la pérdida de la ciclicidad ovulatoria durante más de 9 meses, en mujeres jóvenes de 18 a 25 años ya condiciona una pérdida del 20% de masa ósea.

La osteopenia, por lo tanto, no será un riesgo de la vida adulta de la mujer, sino que ya se presenta desde la etapa de la juventud y condiciona a largo plazo y según las condiciones de trabajo, ergonomía y posturas laborales, alteraciones crónicas del sistema músculo-esquelético.

Solo la identificación de las causas visibles y no visibles del estrés y las condiciones de trabajo y de vida que lo producen conseguirá abrir un camino de prevención de la salud de las mujeres en relación a su trabajo. Si los problemas músculo-esqueléticos y los de salud mental constituyen la primera causa de jubilación anticipada por razones de enfermedad en el sexo femenino, la tarea prioritaria en salud ocupacional consistirá en la identificación de las causas que lo producen y, en lugar de la queja, o el pago de compen-



saciones, lo que deberá centrar el trabajo en salud laboral, de trabajadores, sindicatos o empresarios será realmente la prevención.

Otras enfermedades o disfunciones como el **Síndrome de Turner, el de Klinefelter (que son malformaciones congénitas, o la anorexia nerviosa, la amenorrea hipotalámica o el exceso de prolactina también pueden producir osteoporosis desde etapas muy jóvenes.**

Enfermedades Endocrinas

Existen múltiples enfermedades endocrinas que pueden estar implicadas en la formación y reabsorción ósea, las más frecuentes son las relacionadas con la función tiroidea como el hipotiroidismo y el hipertiroidismo (tirotoxicosis), las insuficiencias o excesos de producción de las glándulas suprarrenales, el exceso de formación de hormona de crecimiento (acromegalia) y la diabetes mellitus insulino-dependiente.

También son una causa muy frecuente de desmineralización el exceso de hormona paratiroidea, no tanto por adenomas autónomos que son muy raros, sino por el déficit de Vitamina D, que por resistencias congénitas se puede presentar desde etapas muy jóvenes de la vida y puede estar presente en todas las edades de la vida de los seres humanos. Produce discretos hiperparatiroidismos secundarios al déficit de vitamina D y una miopatía periférica.

Se calcula que a partir de los 50 años un 38% de la población femenina puede presentar un déficit subclínico de Vitamina D con un hiperparatiroidismo secundario y a partir de los 70 años podría llegar a ser el 70% de la población tanto masculina como femenina. Aunque seamos un país con mucho sol las deficiencias de vitamina D son más frecuentes que en países del Norte de Europa. El metabolismo de la Vitamina D es complejo, ya que se requiere para estimular la provitamina D a través de la piel, que se tome el sol con el 30% del cuerpo descubierto, y que los rayos solares caigan perpendiculares a la piel. Esto sólo se produce de 12 a 4 de la tarde que son horas de máxima insolación y de calor por lo que muchas personas evitan tomar el sol. La piel a partir de los 60 años ya no produce la misma provitamina a partir de la insolación. Pero además esta provitamina se debe metabolizar primero en el hígado y después en el riñón para que sea activa, por lo que cualquier enfermedad hepática o renal modificará su producción. La edad es también un factor que disminuye su producción, 50 años en las mujeres y 60 para los hombres marcan un punto de inflexión negativo. En este momento el riñón disminuye la producción de vitamina D aunque se tomé el sol de forma adecuada. Por ello será recomendable la administración de calcio y vitamina D en las mujeres mayores de 50 años y en los hombres a partir de los 60 años y en todas las personas que presenten osteoporosis.

Las deficiencias de nutrición y las enfermedades gastrointestinales

Pueden producir osteoporosis por déficit de absorción de las nutrientes esenciales para la formación ósea, como el calcio, la vitamina D, el fósforo, el flúor y la matriz proteica del hueso.

Estos estados se presentan en la población que se nutre de forma deficiente, o en personas que reciben nutrición a través de sondas (parenteral). También se produce osteoporosis en las personas que presentan enferme-



dades que producen malabsorción como las inflamaciones intestinales (enteritis), gastritis crónica con anemia perniciosa, enfermedades hepáticas o extirpación parcial o total del estómago o del intestino.

Las enfermedades reumatológicas que también pueden acompañarse de osteoporosis son la artritis reumatoide y la espondilitis anquilopoyética.

Las enfermedades hermatológicas malignas que se acompañan de osteoporosis son el mieloma múltiple, el linfoma y la leucemia, la mastocitosis, la hemofilia y la talasemia.

Algunas enfermedades congénitas pueden acompañarse de osteoporosis aunque son enfermedades raras, como la osteogénesis imperfecta, el síndrome de marfan, la hemocromatosis, la hipofosfatasa, el almacenamiento de glicógeno, la homocistinuria, el síndrome de Ehlers-Danslos, la porfiria,

Por último son causas mucho más frecuentes de osteoporosis y que se podrían prevenir fácilmente como el tabaco, el alcohol y la vida sedentaria. También existen otras causas como el embarazo y la lactancia, la enfermedad obstructiva crónica, la escoliosis, la esclerosis múltiple, la sarcoidosis y la amiloidosis.

el síndrome de Menkes y la epidermiolisis bullosa.

El tabaquismo es una de las primeras causa de osteoporosis en mujeres. Al fumar se producen cambios en la metabolización de los estrógenos producidos en los ovarios desde el momento en que se inicia el hábito. El tabaco estimula la metabolización de los estrógenos hacia los derivados, 2 alfa, que no van a la periferia, ni a los huesos, incrementándose la resorción ósea, sino que se dirigen al cerebro donde se transforman en catecol-estrógenos, parecidos a la adrenalina, por lo que aumentan los estados de ansiedad. También existe un efecto tóxico directo sobre los osteoblastos. En mujeres fumadoras de un paquete diario se ha comprobado la pérdida de más de dos Desviaciones Standard incluso desde los veinticinco años, y está pérdida no se puede compensar si no dejan el hábito tabáquico.

La vida sedentaria o la inmovilización forzosa, reduce de forma significativa la masa ósea. El efecto del ejercicio físico moderado sobre la masa ósea es mejor si el ejercicio se inicia en etapas jóvenes de la vida, ya que en la vida adulta sólo puede aumentar la masa ósea en un 1 o 2%. Sin embargo el ejercicio físico moderado mantiene la agilidad articular y la fuerza física necesaria para evitar obstáculos o para sortearlos. Muchas de las fracturas que se producen en la tercera edad son debidas a la falta de agilidad y podrían haberse evitado con una mejor preparación física. Un ejercicio extenuante, más de ocho horas diarias de ejercicio fuerte, puede incrementar la osteoporosis en el sexo femenino, por la anovulación que se produce como hemos visto al principio de este artículo.

Tratamiento:

El tratamiento de la osteoporosis cuando ya se ha establecido tiene en este momento un buen elenco de terapéuticas a escoger. Al ser un problema tan extendido la investigación farmacéutica ha dedicado muchos esfuerzos en los últimos diez años para logra fármacos que colaboren a aumentar la



masa ósea.

Los retroestrógenos, que se han mostrado útiles en el tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica, y en la prevención al mismo tiempo del cáncer de mama, aunque a veces aumenten de forma molesta la frecuencia de sofocaciones. Los bifosfonatos (alendronato, risedronato y etidronato) colaboran en mejorar la matriz ósea.

Todos los tratamientos de la osteoporosis han de acompañarse de Calcio y Vitamina D puesto que los ensayos clínicos así se realizaron. No es posible formar hueso sino se acompañan de los elementos esenciales para la absorción del calcio.

Cuando exista un hiperparatiroidismo, las dosis de vitamina D deberán ser elevadas hasta conseguir disminuir los niveles de la Parathormona intacta a sus niveles normales.

La calcitonina que en principio pareció una esperanza ha quedado relegada al tratamiento de una enfermedad ósea denominada Enf de Paget.

La Terapia Hormonal Sustitutiva no se ha demostrado eficiente mas que para la mejora del hueso vertebral y sólo durante dos años después de la menopausia y sin ningún efecto claro sobre el hueso del fémur o hueso cortical y de las extremidades. Dado el riesgo que el tratamiento con estrógenos puede suponer para el cáncer de mama, no se recomienda la terapia hormonal como tratamiento de la osteoporosis.

Se está investigando el posible tratamiento con progesterona natural, porque también sería protectora del cáncer de mama como los retroestrógenos y en algunos casos, el efecto de la administración de la hormona paratifoidea.

En todos los casos se ha de evitar el tabaquismo, y se ha de incrementar el ejercicio físico moderado y continuado (5 horas semanales andando con calzado adecuado ya es un buen ejercicio de prevención).

BIOACUMULACIÓN DE INSECTICIDAS Y XENO ESTRÓGENOS.

Las sustancias químicas ambientales en los lugares de trabajo o en el medio ambiente sean pesticidas o disolventes pueden afectar el sistema nervioso central y la placa muscular provocando una miopatía a medio y largo plazo. Esta miopatía se puede acompañar de:

- * SÍNDROME RESPIRATORIO de vías altas y bajas
- * SÍNDROME NEUROPSICOLÓGICA
- * SÍNDROME HIPERESTROGÈNICO con alteraciones del ciclo menstrual
- * SÍNDROME DE ESTIMULACIÓN DE LA AUTOINMUNIDAD
- * SÍNDROME PARASIMPATICOTONÍA HIPOTALÁMICA, hipersecreción de la hormona del crecimiento
- * SÍNDROME DE HIPERSENSIBILIDAD QUÍMICA

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

El género es un factor de riesgo para la presentación de sintomatología depresiva⁽¹³¹⁾ en todos los grupos de edad y controlando por diversos factores de riesgo⁽¹³²⁾, con una ratio de riesgo mujer/varón de 2:1⁽¹³³⁾. Aunque se considera una de las principales causas de discapacidad en las mujeres, su etiología n está claramente comprendida. En estudios realizados en nuestro medio sobre población anciana, se han encontrado síntomas de depre-



sión mayor en el 19.6% de los varones y en el 46% de las mujeres. Según sus autor@s, los factores de riesgo estudiados no justifican esta diferencia de prevalencia y sugieren la importancia de la definición cultural de los roles de género como posible explicación⁽¹³⁴⁾.

Precisamente los últimos estudios sobre las causas de esta diferencia apuntan a la necesidad de estudiar el efecto conjunto de las características biológicas y de las experiencias vividas por razón de género. Cada vez se conocen más los efectos de la doble jornada laboral y doméstica. Las mujeres con una posición baja en las escalas de ocupación, que tienen un bajo control sobre el trabajo doméstico y un bajo control sobre el trabajo asalariado se encuentran con mayor riesgo de sufrir depresión y ansiedad⁽¹³⁵⁾. El tipo de contrato laboral y la precariedad del trabajo se relacionan con un peor estado de salud mental⁽¹³⁶⁾.

Dentro de las 'obligaciones de género' destaca por su coste en salud el papel de las mujeres como cuidadoras. El cuidado de las personas enfermas de la casa recae en la mayoría de los casos sobre las mujeres y es una de las obligaciones domésticas que menos se comparten. En el Nurses' Health Study, se observó que las mujeres que dedicaban mayor tiempo al cuidado de parientes discapacitados tenían el doble de sintomatología ansiosa o depresiva. Cuando el cuidado era hacia el esposo enfermo, los síntomas aumentaban en 6 veces⁽¹³⁷⁾.

De las manifestaciones depresivas en la mujeres, queremos señalar, por su especificidad, la depresión postparto, con una prevalencia estimada de un 15%⁽¹³⁸⁾. Diversos factores se han implicado en su patogénesis, pero entre ellos destacan los antecedentes de depresión, un puntaje alto en la escala de acontecimientos vitales y la falta de apoyo social expresada por una mala relación con la pareja⁽¹³⁹⁾.

Otras manifestaciones de malestar psicológico, son también más prevalentes en mujeres. En una zona urbana del estado español, se ha estimado en un 25% la prevalencia de patología mental en mujeres de 18 a 70 años, las principales patologías fueron la depresión (17%), las fobias simples (15%), la agarofobia (13%) y las fobias sociales (9%)⁽¹⁴⁰⁾.



3. El dolor invisible

(El sesgo en la atención del calvario del dolor)

Este texto corresponde a un capítulo de un libro editado por el Instituto de la Mujer.

Valls-Llobet, Carme. El dolor y el malestar de las mujeres: diagnóstico diferencial. En: La salud de las mujeres. IV Jornadas de la Red Médicas y Profesionales de la Salud. Madrid: Instituto de la Mujer Col. Debate; 2003. 47-63.

Los libros que leíste. El miedo

De las noches, las banquetas

De encina, tu pasar

Encorvado que escondías

De todos los muchachos. Las dos oposiciones,

Los niños, cuatro partos, mil anginas y cincuenta

Kilogramos servidos de embarazo.

Las bolsas de la compra.

Las prisas y tus sueños. Tu almohada

De espinas. Tu aprender

De la muerte. Quirófanos, estrellas,

Las horas de cocina y el limpiar

El pescado, cada tarde, los sábados.

Exámenes. Mudanzas. El tacón

Del domingo, los renglones

Torcidos que escribías

Trasnochando, y las veces

Que alzaste desde el suelo, sostenidas en vilo,

Dos arrobos de llanto.

Todo esto está inscrito, aunque nadie lo vea,

En ese claroscuro que revisa tu médico.

Ya se sabe, los años.....

Sí señor, mi esqueleto

Ha vivido conmigo cada instante

Y hoy me pasa factura. Pues los huesos,

Mejor que en un diario,

Registran nuestra historia como nadie.

Juana Castro (Córdoba)

No hay sino enfermedad individual: no porque el individuo reacciona sobre su propia enfermedad, sino porque la acción de la enfermedad se desenvuelve, por derecho propio, en la forma de la individualidad. De ahí la flexión nueva dada al lenguaje médico.Introducir el lenguaje en esta penumbra, en la cual la mirada no tiene ya palabras. Trabajo duro y cumplido; trabajo que hace ver...

La estructura , a la vez perceptiva y epistemológica que gobierna la anatomía clínica y toda la medicina que deriva de ella, es de la invisible visibilidad." Michael Foucault. "El nacimiento de la clínica" 1966

" Al convertirlo en signo-síntoma objetivable, o que debe ser objetivado, la biomedicina ontologiza el dolor. Le concede la categoría de lo existente, sin necesidad de referirse a la forma en que el padecimiento se encarna en el



sujeto social que lo padece o a las formas sociales en las que se producen los procesos de sufrimiento. El dolor pertenece a la patología (y a veces ni eso, pues confunde), pero nunca a la mujer, al hombre, el anciano, la niña, sin los que no habría malestar”.

Rosario Otegui Pascual (“Medicina y Cultura. 2000)

3.1 EL DOLOR Y EL MALESTAR DE LAS MUJERES

El dolor en todas las manifestaciones corporales es la primera causa de abandono de la actividad principal entre las mujeres según la encuesta de salud de Barcelona, Catalunya y España.

Sea el dolor de columna, en articulaciones o en la masa muscular, la prevalencia del dolor en la población en general es de un 30% de la población femenina, y es dos veces más elevado entre mujeres que entre hombres y su prevalencia aumenta con la edad (a partir de los 45 años).

Estudios realizados ya en la década de los 80-90 demostraban que las quejas sobre dolor y malestar de las mujeres se consideraban predominantemente psicósomáticas y se trataban con ansiolíticos y sedantes (Berstein et al 1990)

El dolor es la primera causa de consulta en atención primaria en la vida de las mujeres. A cualquier edad el primer motivo de consulta en atención primaria es el dolor en el sistema músculo-esquelético (dolor en columna cervical, dorsal y lumbar, en articulaciones, en manos y pies)

Aunque se pueda pensar que las enfermedades reumáticas como la osteoartritis o la artrosis se presentan en personas mayores de 50 años, las enfermedades autoinmunes y las enfermedades del tejido conjuntivo se presentan en personas jóvenes y predominantemente del sexo femenino.

La duda sobre la creencia en ellas mismas, en sus propios síntomas, debido a la baja autoestima de muchas mujeres que años de discriminación han colaborado en cultivar, han hecho del silencio sobre las propias dolencias, la base de la vida de muchas mujeres. Sólo se confesaban a la amiga, a la madre o a las compañeras de trabajo pero en sordina, sin alzar la voz, para no ser tachadas de neuróticas o histéricas, calificativos que se han alzado como los grandes prejuicios de la ciencia médica y del abordaje social del malestar de las mujeres.

3.2 EL DOLOR SE HA INTRODUCIDO CAPA A CAPA EN LA VIDA Y EN EL CUERPO DE LAS MUJERES.

El dolor, durante siglos silenciado e invisible como la misma historia de las mujeres, se ha encarnado en el propio cuerpo, capa tras capa, a través de los abusos y agresiones psíquicas, físicas y sexuales en la infancia; a través del "cuerpo trabajado" desde los nueve años, por ejemplo, transportando leche o cuidando los hijos de la propia madre que trabaja de sol a sol para alimentar a los suyos; el dolor se ha introducido hasta la capa más profunda de los huesos a través de unas condiciones ergonómicas de trabajo, que torturan con la monótona repetición de movimientos, y a través de una represión emocional que contrae la musculatura del trapecio hasta producir



cambios en los discos vertebrales; se ha introducido a través, también, del sesgo de género en la investigación médica del dolor crónico, que ha producido una falta de ciencia en el diagnóstico diferencial de las enfermedades biológicas que pueden causar dolor (que son muchas), y a través de la falta de escucha, del error de diagnóstico y tratamiento que acaba silenciando con psicofármacos la queja, el malestar, el dolor que se encarna, capa tras capa, en lo más profundo de los músculos y de los huesos de las mujeres.

Como dice la psicoanalista Regina Bayo llega un momento en que la mujer ya no tiene palabras para expresar su profundo malestar, que ella misma no acierta a entender, y entonces, es el cuerpo el que habla.

Dado que el dolor se ha introducido capa a capa en el cuerpo de las mujeres y de algunos hombres, y causado por múltiples factores, el abordaje ha de ser también individualizado y deshaciendo las capas una a una. En las causas se combinan aspectos psicológicos, biológicos y sociales. El dolor más agudo se puede desencadenar en un momento dado a raíz de una intervención quirúrgica, un accidente o la muerte o enfermedad grave de un familiar, pero anida en un cuerpo que ya había sentido dolor y lo había ocultado. Esta ocultación del dolor acaba provocando síntomas a distancia ya que todo el cuerpo tiende a compensarlo y ocultarlo.

Cuando el Colegio Americano de reumatología definió por primera vez los criterios de la fibromialgia como el dolor que se manifiesta en todo el cuerpo y con dolor específico a la presión en 11 de 18 puntos predeterminados, lo hizo ya teniendo en cuenta que aunque la mayoría de las mujeres y de los casos control con que las compararon, presentaban ya enfermedades reumatológicas o relacionadas con la medicina interna, algunas de estas mujeres presentaban un dolor mayor que otras, cuya causa en aquel momento se desconocía. Sin embargo en este y posteriores estudios no se ha evaluado todavía la sobrecarga física y mental de estas mujeres en sus vidas y lugares de trabajo, por lo que la investigación ha tendido a buscar factores genéticos o de umbral disminuido en los neurotransmisores y faltan todavía estudios que aborden de forma sistemática el origen multifactorial de la fibromialgia.

Si solo es un problema genético porque muchas mujeres con fibromialgia sólo desencadenan el dolor después de algún momento de sus vidas con agresiones fuertes, o después de situaciones de estrés. Se ha desencadenado también fibromialgia después de las exposiciones laborales o accidentales a diversos insecticidas organofosforados u organoclorados como se ha demostrado en Suecia y Noruega. Esto ha ocurrido estando las pacientes previamente normales y desempeñando correctamente su trabajo.

La supresión del apartado psicosocial en las historias clínicas de algunas autonomías es un ejemplo de miopía en el abordaje etiológico de las enfermedades en atención primaria. Esta misma miopía, unida a la falta de tiempo para la escucha así como a la falta de recursos para el diagnóstico resolutivo en atención primaria, ha producido la hipertrofia del diagnóstico de "fibromialgia" en toda España. De un 2% diagnosticado en EEUU, aquí pasamos a casi un 18% en nuestras consultas, como si la fibromialgia fuera un paradigma parecido a la histeria que pudiera englobar todo el dolor, la discriminación y el malestar de las mujeres en un único diagnóstico que, al ser definido como incurable y de causas desconocida, deja a las/os médi-



cas/os y a las mujeres sin recursos para enfrentarse a la enfermedad: volvemos a predicar resignación en lugar de ciencia.

Precisamente la falta de ciencia ha hecho aceptar sin una demostración previa, que estas mujeres tienen, tan solo, una sensibilidad de dolor aumentada, y un déficit de serotonina. ¿Quién puede distinguir si sienten más dolor o tienen mucho dolor? ¿Si ha sido una sobrecarga laboral, la anemia crónica o un estrés crónico el que ha alterado sus neurotransmisores? ¿Con quién comparamos el umbral del dolor, con otras mujeres o con el sexo masculino? ¿No sería más científico, y eficaz, empezar el trabajo con el diagnóstico de las enfermedades o estados metabólicos o carencias individualmente en cada persona), en lugar de recetar psicofármacos desde la primera visita?

Se ha valorado muy poco el dolor y malestar que se encarna en lo más profundo del ser humano cuando la respuesta a las agresiones externas se ve mediatizada por un "ideal femenino" en el que callar y ser sumisa, no expresar los propios deseos, es el modelo normativo a imitar, de modo que la rabia queda soterrada en la musculatura. La dependencia de la mirada del hombre y de su opinión, o la falta de expresión de la propia palabra, del deseo de un placer propio, hacen tan grande el bloqueo de los propios sentimientos que acaba convirtiendo en un bloque la musculatura. Esto encierra primero el grito y el malestar en el interior del cuerpo, donde lo mantiene en silencio un diagnóstico que no ha sido probado en muchos casos, ya que se ha diagnosticado a mujeres sin siquiera tocarlas y por último lo sella la adicción a los psicofármacos (dos antidepresivos, dos ansiolíticos, un hipnótico, e incluso parches de morfina, son los tratamientos que están recibiendo estas mujeres). Encerradas en un cuerpo y encerradas en un diagnóstico no hay muchas escapatorias por lo que finalmente las queja en la consulta es "Me duele todo".

La ciencia médica, nacida fundamentalmente de la experiencia hospitalaria, no se ha preparado preparada para atender patologías crónicas, sino que ha acumulado experiencia en el tratamiento de enfermedades agudas de predominio en el sexo masculino. Esto contrasta con la pobreza de recursos destinados a la investigación de las causas del dolor crónico. Esta falta de ciencia y de recursos, ha hecho que no se preste atención a los primeros síntomas y se considere que las quejas del sexo femenino son psicósomáticas en un 25% de casos frente a un 9% de las de los hombres y que no se hayan elaborado protocolos de diagnóstico diferencial exhaustivos, que tengan en cuenta las más de cien enfermedades que pueden producir dolor.

El papel de la herencia en la percepción del dolor se ha distorsionado. Es cierto que la percepción y actitud hacia el dolor que tenga una familia influirá en las percepciones sobre el dolor que tengan cada uno de sus de sus miembros, pero a veces las causas no están tan solo en el aprendizaje de conductas anómalas. Existen también causas biológicas poco estudiadas, como la presencia de dolor en extremidades entre padres e hijos, que puede tener tan solo una causa, como es la resistencia al efecto de la vitamina D, que se puede presentar en un 20% de la población y que es causa principal de los mal denominados dolores de crecimiento, condicionando la calidad del hueso y la placa muscular en la adolescencia y la vida adulta. Que fue antes un aprendizaje erróneo del dolor o un problema biológico que



se padece desde la infancia pero que no se trata?

Los sesgos de género han hecho que falte investigación científica respecto al dolor o que se acepten con poco rigor causalidades no probadas. ¿Qué es psicológico? ¿Qué es biológico o social? ¿Qué es una enfermedad incurable cuando aúna todos los tres aspectos?

4. Diagnóstico diferencial del dolor de las mujeres

4.1 ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y PREVALENTES EN EL SEXO FEMENINO

Son muchas las enfermedades que pueden causar dolor muscular y articular y todas ellas han de ser tenidas en cuenta en el diagnóstico diferencial. Destacamos en la siguiente relación las más frecuentes y prevalentes en el sexo femenino. Prevalencia=P ; R Razón Mujeres/hombres:

	Prevalencia	Ratio M/H
• Artritis reumatoide:	P 3%	30/1
• Lupus erimatoso sistémico	P:1/1000	9/1
• Síndrome de Sjögren	P:1/1000	9/1
• Miopatía hipotiroidea o hipertiroidea	P:20%	50/1
• Deficiencia subclínica de vitamina D con hiperparatiroidismo secundario + Diabetes .	P:38%	3/1
• Artrosis por malas condiciones ergonómicas de trabajo y vida. Doble jornada	P:30%	3/1
• Contractura musculoesquelética por estrés mental		3/1
• Osteopenia por anovulación o Déficit fase luteínica	P:30%	(específica en muj.)
• Miopatías derivadas de enfermedades virales o Síndrome de fatiga crónica	?	3/1
• Síndrome afectación neuromuscular y Miopatía mitocondrial por sustancias químicas	?	3/1
• Síndrome Miopatía mitocondrial y fatiga por anemia y deficiencia de hierro	P: 73% (M)	50/1
• Osteoporosis	30%	3/1
• Polimialgia reumática	5%	2/1
• Arteritis temporal	5%	2/1

No se van describir todas sistemáticamente porque están descritas en cualquier manual de medicina interna pero si se van a describir sus causas y las posibles diferencias de enfermar entre hombres y mujeres.



Artritis reumatoide:

Es la causa más común de artritis inflamatoria crónica y afecta aproximadamente del 1 al 2% de la población en general y un 75 % de los pacientes son mujeres. El pico más lato de incidencia se produce de 20 a 40 años aunque la incidencia está aumentando últimamente con la edad.

Síndrome de Sjögren

Aproximadamente el 20% de pacientes con artritis reumatoide padecen síndrome de Sjögren. Aproximadamente se estima que el 1% de la población padece esta enfermedad y que está poco diagnosticada. El poco diagnóstico es debido a que hay una tendencia a diagnosticar este trastorno como un lupus eritematoso sistémico medio o atípico. Los síntomas cardinales del síndrome de Sjögren son la sequedad de mucosas, cherostomía y cherofthalmia y conjuntivitis seca.

Lupus eritematoso sistémico

El Lupus eritematoso sistémico es una enfermedad multisistémica caracterizada por la presencia de autoanticuerpos múltiples. Es mucho más frecuente en mujeres, con una relación mujer hombre de 9:1. Es más frecuente entre africanos, afroamericanos y asiáticos que en blancos e hispanos.

Miopatía hipotiroidea o hipertiroidea y miopatías endocrinas

Se ha descrito clásicamente que todas las enfermedades endocrinológicas pueden afectar también la musculatura periférica dando lugar a dolor y afectación muscular. Por lo tanto dada la alta prevalencia de enfermedades de tiroides en las mujeres se debe diagnosticar sistemáticamente la posibilidad de que la miopatía hipotiroidea o hipertiroidea se solape con la denominada fibromialgia dado que la sintomatología de dolor muscular será la misma.

Deberemos realizar por lo tanto una TSH y anticuerpos antitiroideos para descartar la posibilidad de que exista esta presencia o en algunos casos también la ecografía tiroidea puede dar una luz por la presencia de patrones no homogéneos de ecografía que pueden denotar una tiroiditis crónica. En este caso el tratamiento sería fácil con la frenación de la glándula en el caso del hipertiroidismo o con la sustitución parcial en el caso del hipotiroidismo.

La prevalencia se establece en este momento en un 20% de la población femenina mayor de 40 años y en 6% del resto de la población joven. En este caso se unirían enfermedades hipertiroideas, hipotiroideas y tiroiditis.

Deficiencia subclínica de vitamina D

Esta patología está presente en todas las edades de la vida de los seres humanos. Produce discretos hiperparatiroidismos secundarios al déficit de vitamina D y una miopatía periférica .

La prevalencia se calcula que a partir de los 50 años un 38% de la población femenina puede presentar un déficit subclínico de Vitamina D con un hiperparatiroidismo secundario y a partir de los 70 años podría llegar a ser el 70% de la población tanto masculina como femenina.

Artrosis por malas condiciones ergonómicas de trabajo y vida. Doble jornada



Los trabajos repetitivos y monótonos que afectan constantemente las articulaciones o los trabajos en los que hay que permanecer de pie durante muchas horas y que mantienen posturas forzadas producen alteraciones en la columna vertebral, en las articulaciones, en las extremidades inferiores y en los pies. Todo esto condiciona que a largo plazo afecte sobre todo la columna y extremidades superiores, la columna lumbo-sacra y extremidades inferiores así como la artrosis de cadera. Si a esto se une la mala calidad ósea debido a alteraciones del metabolismo de la vitamina D y el calcio se producen agravamientos de las artrosis precisamente a partir de los 50 años que es cuando puede empezar a fallar el metabolismo cálcico. Se calcula que puede llegar a haber una prevalencia entre la población de un 40% de artrosis a partir de los 60 años.

Prevalencia de osteoartritis:

un 30% de la población entre 40 y 65 años

cociente mujeres/hombres de 2/1

68% de osteoartritis en gente mayor de 65 años

cociente mujeres/hombres de 3/1.

Contractura músculo esquelética por estrés mental

Las consecuencias del estrés sobre la salud se manifiestan entre otros en enfermedades y alteraciones del sistema músculoesquelético, como el dolor y artrosis de la columna vertebral, rodillas, pies, manos, hombros y el síndrome del túnel carpiano, lo que obliga a un incremento del consumo analgésicos.

Lundberg y Frankenhauser han demostrado que es precisamente el estrés mental y los trabajos con componente emocional (trabajadoras y trabajadores de la sanidad, de enseñanza) el que produce más alteraciones por contractura de la musculatura sobre todo del trapecio. El estrés mental más que el físico se refleja en la contractura muscular de la parte superior del cuerpo y por esta razón puede ser detectada con un electromiograma de trapecio que en este momento no se hace ni de forma frecuente ni como chequeo laboral.

Las situaciones de constante demanda de trabajo, sin períodos de descanso ni relajación, obligan a mantener constantes los niveles hormonales de adaptación, (cortisol, epinefrina, norepinefrina) lo cual rompe los ritmos circadianos.

Las consecuencias del mantenimiento de un alto nivel nocturno de cortisol son, en primer lugar, una alteración de las fases del sueño y de la profundidad del descanso nocturno. Como consecuencia, existe la sensación de cansancio matutino, como si no hubiera servido para nada el descanso nocturno, alteraciones en el ritmo de las deposiciones, en el ritmo de corazón, con presencia de taquicardias o arritmias y, en ocasiones, incremento de la sensación de ansiedad y angustia.

Existe también un incremento de la contractura muscular, con aumento de dolor en las zonas cervical, dorsal y lumbar.

Durante mucho tiempo se había creído que los dolores de espalda, cuello u hombros estaban causados por las condiciones físicas de trabajo, la fuerza muscular, la sobrecarga o el tabaquismo, pero existen cada vez más evidencias de que estos problemas no son específicos de los trabajos pesados, o de las trabajadoras de cadenas de montaje, sino que se presentan también entre cajeras de bancos, oficinas y supermercados u en oficinistas que tra-



bajan con ordenadores.

En recientes estudios han encontrado que factores psicosociales, como baja satisfacción en el trabajo, pérdida de autonomía y poca variación en el trabajo están asociados de forma significativa con el dolor de espalda y problemas de hombros y articulaciones.

Estudiando la interacción entre sexo y organización del trabajo las mujeres tenían niveles más altos de norepinefrina que los hombres en las cadenas de montaje, mientras que el patrón era inverso en el trabajo autónomo. Estos resultados indican que las mujeres estaban más estresadas que los hombres por el trabajo repetitivo de la cadena de montaje. Los datos también indican que las mujeres se benefician más de la libertad y variación en las situaciones de grupo más flexibles que provocan menores niveles de estrés fisiológico que en los hombres. Los niveles de estrés entre las mujeres se reflejan más durante las horas de trabajo doméstico después de haber acabado las horas de trabajo remunerado del día. Recientes trabajos de Lundberg, demuestran que la sobrecarga física y mental se puede medir en la contractibilidad del músculo trapecio mediante el Electromiograma (EMG). Los resultados muestran que el estrés mental induce tensión muscular en el músculo trapecio y que el estrés mental añadido a la sobrecarga física aumenta la actividad del EMG. Incluso una baja o moderada tensión muscular inducida por el estrés mental puede aumentar el riesgo de trastornos músculo-esqueléticos.

Las especiales características del trabajo doméstico, con largas jornadas, trabajo monótono y repetitivo, sin vacaciones ni tiempo libre, la doble jornada de las mujeres que trabajan en su domicilio y fuera de él, hacen de su situación laboral un perfecto modelo para el estudio de las consecuencias del estrés crónico en el ser humano y del incremento de los problemas músculo-esqueléticos entre el sexo femenino.

Osteopenia por anovulación o Déficit fase luteínica.

Miopatías derivadas de enfermedades virales o Síndrome de fatiga crónica

Se ha descrito en los últimos años un síndrome de cansancio que afecta la musculatura después de una enfermedad viral al cabo de unos 15 días y se presenta también acompañada de adenopatías en cervicales anteriores y posteriores y de febrícula. Esta enfermedad no tiene aún diagnóstico claro pero presenta exacerbación de todos los anticuerpos hacia enfermedades virales en sangre.

Síndrome muscular por sustancias químicas

Las sustancias químicas ambientales en los lugares de trabajo o en el medio ambiente sean pesticidas o disolventes pueden afectar el sistema nervioso central y la placa muscular provocando una miopatía a medio y largo plazo. Esta miopatía se puede acompañar de:

1. SÍNDROME RESPIRATORIO de vías altas y bajas
2. SÍNDROME NEUROPSICOLÓGICA
3. SÍNDROME HIPERESTROGÉNICO con alteraciones del ciclo menstrual
4. SÍNDROME DE ESTIMULACIÓN DE LA AUTOINMUNIDAD



5. SÍNDROME PARASIMPATICOTONÍA HIPOTALÁMICA, hipersecreción de la hormona del crecimiento

6. SÍNDROME DE HIPERSENSIBILIDAD QUÍMICA

Osteoporosis

La osteoporosis se define como una reducción de la masa o densidad ósea. Esta reducción de la masa ósea se acompaña de un deterioro de la arquitectura del esqueleto, lo que conduce a un incremento del riesgo de fracturas. Actualmente se define como una reducción de la densidad ósea a 2,5 Desviaciones Standard (SD) de la media de las densidades correspondientes a la edad del sujeto.

El riesgo de osteoporosis en las mujeres después de los 50 años es mucho más grande que en el hombre de la misma edad, y en algunas mujeres la densidad ósea puede disminuir bruscamente después de la menopausia. La proporción de osteoporosis es de 4 mujeres por 1 hombre. Puede afectar al 30% de las mujeres de los países del norte de Europa y América. No son definitivos los estudios de población en España. También se presenta en hombres y mujeres que presenten enfermedades o factores de riesgo que favorezcan la desmineralización ósea.

Polimialgia reumática y Arteritis temporal

Es una enfermedad músculo-esquelética frecuente que afecta a personas mayores. En general no se presenta en personas menores de 55 años de edad. Se presenta más frecuentemente en personas de raza blanca y es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. Se caracteriza por dolor y rigidez de la columna cervical, de la parte superior de la espalda y de la cadera. Los pacientes tienen una rigidez matutina característica y después de estar sentado un periodo determinado de tiempo. Los hallazgos de laboratorio más importantes son una elevada velocidad de sedimentación de la sangre y un aumento de la α_2 de las proteínas séricas como las fosfatasas alcalinas.

El tratamiento es con corticoides a dosis bajas (prednisona, 10-15 mg/día). Las pacientes mejoran de forma rápida.

La polimialgia reumática se asocia con la artritis temporal. El 15-20 % de los pacientes con polimialgia reumática tienen artritis temporal y cerca del 50% de pacientes con arteritis temporal han tenido anteriormente una polimialgia reumática.

La arteritis cursa con dolores de cabeza, trastornos visuales, diplopia, amaurosis y, tensión en la zona superior de la cabeza, claudicación de los maxilares y dolor de garganta y también en ocasiones presentan fiebre de origen desconocido.

Responden fácilmente al tratamiento con corticoides y dado que son personas mayores las que tienen que recibir este tratamiento debe ser siempre asociado con calcio y vitamina D.

4.2 FIBROMIALGIA

Pero las consultas sobre dolor continuaron presentándose y ante la gran demanda sobre este problema y dado que era derivado fundamentalmente



a los especialistas en reumatología, el AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY (ACR) realizó en 1990 un estudio multicéntrico (Wolfe 1990) para lograr unos criterios de clasificación de la Fibromialgia y en Copenhague 1993, se definió la fibromialgia como un estado doloroso generalizado no articular, que afecta predominantemente a las zonas musculares y raquis y que presenta una exagerada sensibilidad en múltiples puntos predefinidos.

La OMS la reconoce en 1992 y la clasifica en el ICD-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades con el código M 709

Prevalencia y variables

Según J. Gutiérrez Rivas y J. Ballina García, la Fibromialgia se definió por consenso como:

Un síndrome que se manifiesta a través de un estado doloroso crónico generalizado no articular, con afectación predominantemente de los músculos, y que presenta una exagerada sensibilidad en múltiples puntos predefinidos, sin alteraciones orgánicas demostrables.

Estos criterios son como consecuencia de un proceso aún no definido y que viene determinado por una evolución en el tiempo.

Perfil histórico

- * Gowers (1904) Término de fibrositis. Regiones de sensibilidad local y "dureza" muscular
- * Albee (1927). Acuñó el término de fibromiositis
- * Steindler (1939) Dolor miofascial y puntos "trigger" dolorosos
- * Travell (1952) Descripción del síndrome miofascial
- * Schwartz (1954) Inactivación de los puntos dolorosos con procaína
- * Simons (década de los 60) Bandas de "tirantez" y dolor referido
- * Colegio Americano de Reumatología (1990) establece y define los criterios

Gowers, acuñó en 1904 el nombre de "fibrositis" para describir un cuadro de dolor generalizado, de carácter difuso y cambiante que, afectaba a las vainas tendinosas, músculos y articulaciones para los que asumió una base inflamatoria, aun a pesar de que los pacientes no manifestaran signos de flogosis. Posteriormente en 1927 Albee, aplicó de forma indistinta la denominación de "miofibrositis" o "fibromiositis" y no solo se asume la ignorancia de su etiología sino que dejaba abierta la posibilidad de incluir con clínica semejante distintas patologías.

En 1939 Steindler, lo denominó con el término de dolor miofascial y se habla ya de unos puntos dolorosos.

A partir de 1950, con base inmunológica objetivable se define como una entidad de origen incierto que cursa con dolores difusos, fatiga, rigidez matutina y trastorno del sueño.

En la década de los años setenta se describe con el nombre de "síndrome miofascial".

En 1990, el Colegio Americano de Reumatología organiza una comisión de



expertos que tras calificar y definir el proceso, publica las conclusiones que hoy en día constituyen la norma que deben cumplir los pacientes para ser diagnosticados de fibromialgia.

A pesar de todos estos esfuerzos el gran problema persiste. Las dudas etiológicas que durante años habían dificultado el camino para llegar a un acuerdo; siguen sin resolverse, a pesar de que en la década de los años noventa se produce un importante aumento de publicaciones e investigaciones sobre fibromialgia (FM) y a pesar de los grandes avances en el conocimiento de los mecanismos de dolor de los últimos años.

Ha sido reconocida por la Organización Mundial de la salud en 1992 y clasificada en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) con el código M70.0. También ha sido reconocido en 1994 por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) y clasificada con el código x33 x8a.

Debido a su alta prevalencia, se considera que es de gran trascendencia en salud pública.

Los estudios poblacionales realizados en Suecia informan de una prevalencia de un 1%, y los realizados en Noruega del 10,5%.

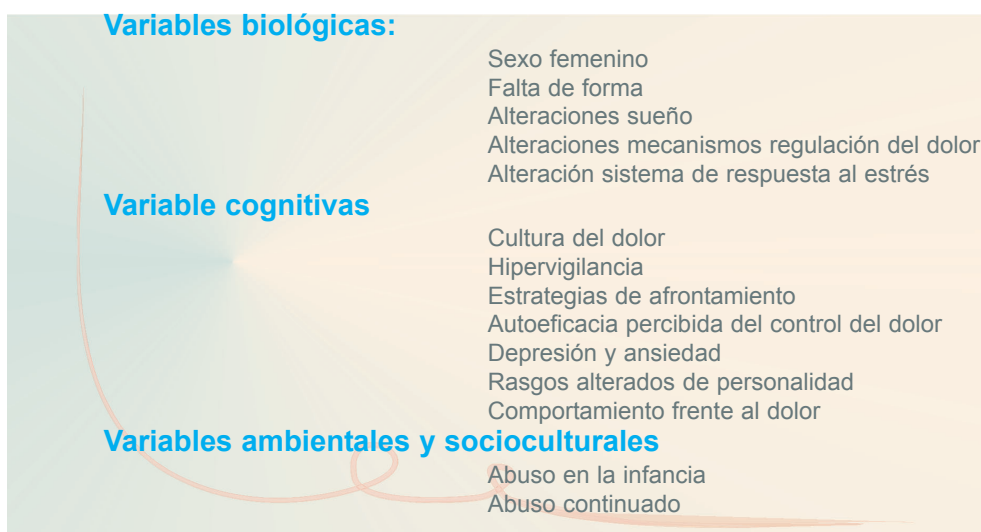
En la consulta del reumatólogo, de un 14% a un 20% de los pacientes tienen como primer diagnóstico la fibromialgia.

Es más frecuente en mujeres (73-88%) con una media de edad en el momento inicial que varía entre 34 y 57 años dependiendo de la población estudiada.

El American College of Rheumatology (ACR) cifra la edad media de inicio en 49 años; el 89% de las pacientes son mujeres, el 91,3% de raza caucásica, el 5% hispana y el 1% negra. En un estudio del grupo de Wolfe (fig. 1) la fibromialgia es 8 veces más frecuente en mujeres que en hombres.

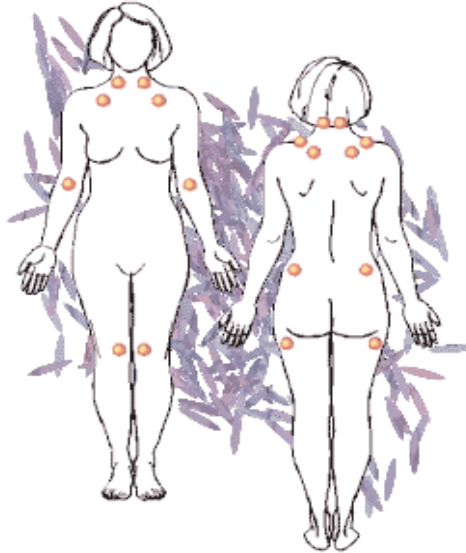
La prevalencia de fibromialgia no se ha podido establecer de forma evidente y científicamente.

Esto, unido al hecho de que el mayor número de puntos sensibles (Tender points) se encontró en mujeres de raza blanca, les llevó a sugerir que la fibromialgia puede presentar diferencias en sus manifestaciones clínicas dependiendo de distintas variables.



En un estudio realizado en Catalunya, encontramos que presentaban un 11.6% de la población, siguiendo los criterios de Yunus o un 5% siguiendo

los criterios de la ACR. En una muestra de población compuesta por 1322 personas que cumplían los criterios de Yunus y con un intervalo de edad de 18 a 73 años, el 88% eran mujeres y el 11% varones; la prevalencia en ambos sexos era del 6,65%, la prevalencia en mujeres era del 5,9% y en hombres del 0,75%. En mujeres la prevalencia era alta en el intervalo de edad comprendido entre los 60-69 años y la más baja en el intervalo de los 18-29 años; en los varones, la distribución era similar.



Localizaciones de los puntos de dolor (tender points)

Historia de dolor generalizado. Se considera el dolor como generalizado cuando se presenta en el lado derecho e izquierdo del cuerpo, por encima y debajo de la cintura (cuatro cuadrantes corporales). Además debe existir dolor en el esqueleto axial - columna vertebral, pared torácica anterior, columna dorsal y columna lumbar -. En esta definición, el dolor de hombro o nalga, se considera como dolor por cada lado implicado. Este síntoma debe estar presente durante al menos tres meses con enfermedad reumatólogica concomitante o sin ella. No se excluyeron del estudio a los pacientes que presentaron alteraciones radiológicas o analíticas. Estos criterios han sido aceptados internacionalmente y desde su aparición ha sustituido a todos los anteriormente propuestos.

En definitiva según el Documento de consenso de Catalunya sobre el diagnóstico y tratamiento de la Fibromialgia en Catalunya la Fibromialgia es una enfermedad de etiología desconocida, con una prevalencia aproximada del 3%, y que hasta un tercio de los casos puede conllevar una mala calidad de vida para el paciente y comprometer seriamente su vida personal, laboral y social.

El diagnóstico de la FM es eminentemente clínico, no existiendo actualmente ninguna prueba complementaria específica. En determinados supuestos, las pruebas complementarias apoyarán el diagnóstico de otras patologías asociadas.

Patología de la Fibromialgia

Según Gutiérrez Rivas et al, en la actualidad se cree que el síndrome de Fibromialgia es un trastorno de los mecanismos de percepción del dolor, que condiciona una hiperalgesia a estímulos mecánicos.



Los "puntos dolorosos" evidentes a la exploración se corresponden con zonas fisiológicamente más sensibles a la presión tales como inserciones tendinosas, donde la mayor percepción del estímulo mecánico a la presión se trasforma en dolor.

Las causas por las que esto ocurre son desconocidas, siendo probable que sea la consecuencia de la interacción de múltiples factores.

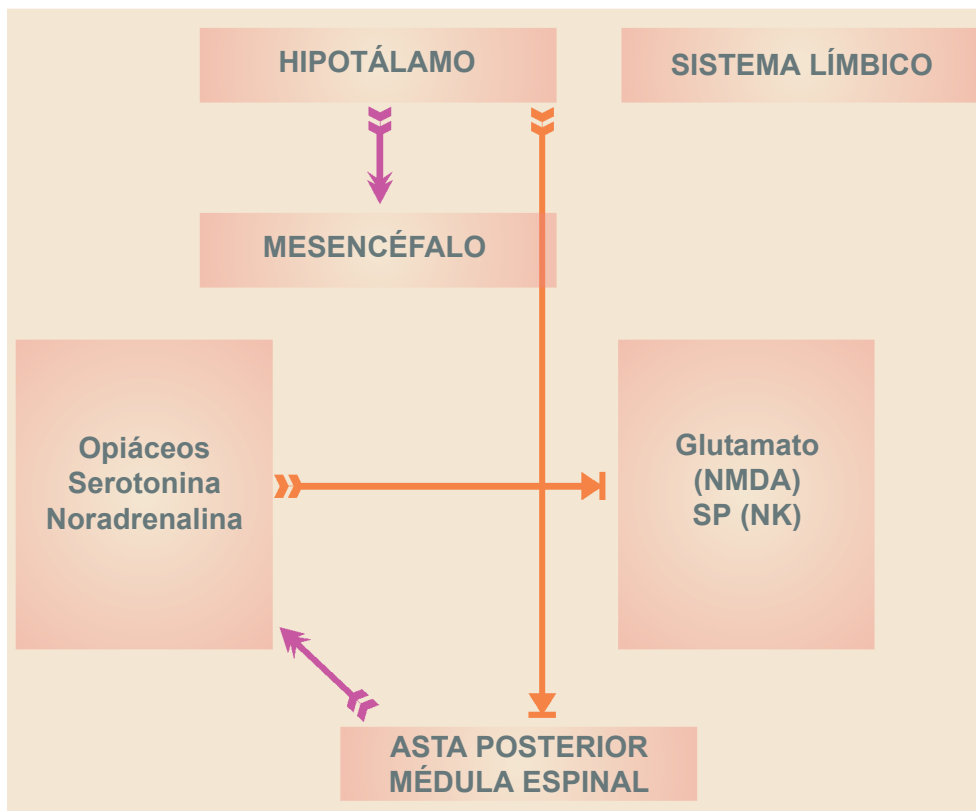
Para unos autores los mecanismos fisiopatológicos serían periféricos, para otros la alteración estaría a nivel central. En este último caso los factores psicológicos, los trastornos del sueño y el dolor crónico serían la raíz del problema.

Hipótesis sobre el dolor en la Fibromialgia

NE = No específico)

- * Cambios en la musculatura . Fibras desfleada. (NE)
- * Disfunción metabólica. Descenso ATP y fosfocreana (NE)
- * Dificultad de relajación
- * Isquemias microvasculares (NE)
- * Disminución serotonina, Encefalina, noradrenalina

Sistema de modulación de la fibromialgia a través de las distintas sustancias:



Disminución Serotonina

El nivel de serotonina guarda una fuerte relación con el número de puntos de gatillo o "tender points" (TP). La sensación de dolor sin causa aparente y las alteraciones del sueño.

La serotonina es un neurotransmisor involucrado en el inicio y perpetuación de la fase de sueño profundo 4 NREM. Asimismo la serotonina es un regulador de la percepción de dolor a través de su actividad en el tálamo y como

se ha señalado, es mediador de impulsos inhibitorios descendentes. Se han encontrado niveles bajos de serotonina en el suero de pacientes con fibromialgia al comparar con controles lo que ha estimulado los estudios en este sentido.

Hipótesis

Dificultad de relajación - Aumento de sensibilidad del dolor
¿Por qué es más frecuente en el sexo femenino?

Serotonina Baja por

Hipotiroidismo
Ferropenia
Hiperestrogenismo/déficit progesterona

Autoinmunidad alta por

Estrógenos altos

Omatización por

Anemias y ferropenias
Cuerpo calloso incrementado
Asociación entre dos hemisferios cerebrales

Evolución de la Fibromialgia

La evolución de la enfermedad sin intervención o con intervenciones variadas y multidisciplinarias muestra resultados variables.

El estudio realizado por Pöyhiä et al (2001) en Canadá y Finlandia que ha seguido a 82 mujeres diagnosticadas de fibromialgia durante 3 años ha concluido con una mejora espontánea del dolor en un tercio de las pacientes. El tratamiento físico sobre todo el ejercicio físico aeróbico graduado (estudio randomizado por Richards and Scott 2002). Ha producido más beneficios que la medicación prescrita, mientras que también aumenta el uso de medicinas alternativas a medida que disminuye la utilización de medicación. El curso de la enfermedad es más favorable de los que se había informada con anterioridad.

CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE GÉNERO

La incorporación de la visión de género en la asistencia sanitaria la enriquece y mejora su praxis.

En el ejercicio de la medicina familiar y comunitaria, se debe trabajar una actitud no estereotipada, con una sensibilidad que permita discernir los riesgos y patologías diferenciales para las mujeres.

Conclusiones de los estudios de la morbilidad diferencial:

Siguiendo las recomendaciones de la Sociedad para la investigación de la Salud de las Mujeres, Marts⁽¹⁴¹⁾ plantea que para conseguir una investigación que tenga en cuenta las diferencias biológicas y de conducta entre mujeres y hombres, que necesariamente ha de ser interdisciplinar entre



todas las especialidades médicas y desde la epidemiología a la biología molecular, es necesario que las instituciones apoyen la investigación interdisciplinaria con programas de formación ad hoc, y que los editores científicos promuevan la publicación de trabajos realizados interdisciplinariamente. La Atención Primaria está contaminada por el sesgo de género existente en la ciencia. En ella sólo se valoran diagnósticos, clasificaciones y globalizaciones a toda costa, dejando sin contabilizar las diferencias, las especificidades, la subjetividad, los diagnósticos abiertos, o la relación de los diferentes síntomas. La proximidad a los problemas, al malestar, a la enfermedad y a la salud forman parte del patrimonio y de la aportación de la AP a la investigación en la ciencia médica. De hecho, en la práctica diaria de las/los profesionales, se realiza en la mayoría de los casos, de forma empírica la atención individualizada por género a partir de la experiencia clínica: Las determinaciones de TSH y ferritina ante consultas de astenia en mujeres, el intento del estricto control metabólico y del peso en diabéticas, o el reconocimiento de los factores asociados al rol de género en cuadros depresivos, son buenos ejemplos.

Con este artículo queremos ofrecer alguna justificación y alguna herramienta para mantener y potenciar esta práctica que, de forma no protocolizada, se realiza en muchos centros de AP y para ofrecer nuevos puntos de vista orientados a la mejora de la salud y de la calidad de vida de las mujeres. Esperamos que la actual revisión científica contribuya en el proceso de ir acabando con la invisibilidad de la morbilidad de las mujeres.

Las recomendaciones generales para mejorar la calidad de asistencia sanitaria de las mujeres incluyen **la definición de prioridades en la investigación, el diseño de políticas públicas, la formación de profesionales bajo un enfoque bio-psico-social y sensible al género, y la creación de una atención primaria y con derecho a la participación de las mujeres y sus organizaciones.**

Falta desarrollar la ciencia y hacerla visible y comunicar la MORBILIDAD FEMENINA DIFERENCIAL, para erradicar la cultura del sufrimiento que intenta esconder la ignorancia científica de las causas del malestar y la sintomatología, predicando a las mujeres la resignación y la sumisión a un supuesto destino fatal que las obliga a vivir con molestias y con dolor.

Se abren dos caminos de esperanza:

Por una parte la medicina basada en la evidencia que puede ayudar a generar métodos diagnósticos seguros; por otra parte el creciente asociacionismo de mujeres alrededor de la afectación fibromiálgica o de dolor crónico. Toda asociación es buena en la medida que supone un grupo de ayuda mutua que no se resigna y quiere presentar batalla a las enfermedades y conseguir mejores recursos, si mantiene la mente abierta para no encerrarse en la enfermedad sino para encontrar caminos para salir de ella.

Será una buena época, la que agrupe a las mujeres para mejorar y vivir plenamente su salud, para demostrar la alta autoestima que se tienen a ellas mismas. Ahora debemos potenciarnos mutuamente, las redes y asociaciones de mujeres y la red de profesionales sanitarios, para iniciar la curación del dolor y del malestar capa a capa, y en orden inverso a como han ido entrando en nuestro organismo.



Necesitamos elaborar por consenso entre los profesionales de atención primaria y de los especialistas que intervienen en el abordaje multidisciplinar del dolor un protocolo eficiente de diagnóstico diferencial del dolor, que permita identificar a los y las pacientes afectadas por fibromialgia, y a todas las demás enfermedades o factores de riesgo que puedan presentar.

Por el momento debemos aceptar que el tratamiento debe ser individualizado, y que el tratamiento y la rehabilitación debe seguir un proceso tal como lo ha seguido, también, la introducción del dolor y el malestar en el cuerpo de las mujeres.

El tratamiento de la causa biológica, o la aplicación de psicoterapia, de la gimnasia descontracturante, de la acupuntura o del yoga, dependerá del momento y aceptación de cada persona, lo importante es que la mujer pueda decidir.

Una mujer dedicada toda su vida a trabajar y a cuidar de los demás necesita empezar a desear, a decidir, a abordar su propio sufrimiento capa a capa, tal como se ha ido introduciendo en su propio cuerpo; sin prisas pero sin pausas. Y en esta etapa estamos las y los profesionales.

En la esperanza de que las alianzas y la "sororidad" nos van a hacer más lúcidas, clarividentes y eficaces no nos debemos resignar ni aceptar con sumisión un destino que parecía inexorable.

El sesgo de género en el circuito del dolor de las mujeres se manifiesta en continuados errores de diagnóstico, atribuyendo causas psicológicas, cuando existen enfermedades orgánicas y al revés, lo que condiciona tratamientos erróneos que también producen yatrogenia porque no estaban correctamente indicados (AINES, corticosteroides, antidepresivos etc...)

La red de médicas y profesionales sanitarias en género y salud deberá hacer un esfuerzo especial en protocolizar los diagnósticos y tratamientos del dolor y evaluar los resultados a corto y medio plazo.

Se ha valorado muy poco el dolor y malestar que se encarna en lo más profundo del ser humano cuando la respuesta a las agresiones externas se ve mediatizada por un "ideal femenino" en el que callar y ser sumisa, no expresar los propios deseos, **es el modelo normativo a imitar, de modo que la rabia queda soterrada en la musculatura.**

La ciencia médica, nacida fundamentalmente de la experiencia hospitalaria, no se ha preparado para atender patologías crónicas, sino que ha acumulado experiencia en el tratamiento de enfermedades agudas de predominio en el sexo masculino. Esto contrasta con la pobreza de recursos destinados a la investigación de las causas del dolor crónico. Esta falta de ciencia y de recursos, ha hecho que no se preste atención a los primeros síntomas y se considere que las quejas del sexo femenino son psicósomáticas en un 25% de casos frente a un 9% de las de los hombres y que no se hayan elaborado protocolos de diagnóstico diferencial exhaustivos, que tengan en cuenta las más de cien enfermedades que pueden producir dolor.



AMPLIACIÓN DE CONOCIMIENTOS

Enlaces a páginas Web

- http://mys.matriz.net/mys1314/programa/pro_1314_2.html
- <http://www.cordis.lu/science-society//women.htm>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Pinn VW. Sex and gender factors in medical studies. Implications for health and clinical practice. JAMA. 2003; 289 : 397-400.
- 2 Healy B. The Yentl syndrome. N Engl J Med. 1991; 325: 274-276
- 3 Verbrugge LM. Females and illness: recent trends in sex differences in the United States. J Health Soc Behav. 1976; 17 (4) : 387-403.
- 4 Verbrugge LM. Gender and health: An update on hypotheses and evidence. J Health Soc Behav. 1985; 26 (3): 156-182.
- 5 Verbrugge LM. The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. J Health Soc Behav. 1989; 30: 282-304.
- 6 Mastroianni AC, Faden R, Federman D. eds. Women and Health Research: Ethical and Legal Issues of Including Women in Clinical Studies. Washington, DC: National Academy Press; 1994.
- 7 Ruiz MT, Verbrugge LM A two way view of gender bias in medicine. J-Epidemiol-Community-Health. 1997;51:106-109
- 8 Valls-Llobet, C.. El estado de la investigación en salud y género. En "Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas. Grupo de Salud del Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer de la Universidad de Zaragoza. Minerva Ediciones. 2001
- 9 McKinlay JB. Some contribution from the social system to gender inequalities in Heart Disease. J-Health-Soc-Behav. 1996;37:1-26
- 10 Kooiker SE. Exploring the iceberg of morbidity: a comparison of different survey methods for assessing the occurrence of everyday illness. Soc Sci Med . 1995; 41: 317-332.
- 11 Macran S, Clarke L, Joshi H. Women's health: dimensions and differentials. Soc Sci Med. 1996; 42 : 1203-1216.
- 12 Rohlfs I et al. Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres. Med-Clin-Barc. 1997;108:566-571
- 13 Rohlfs I. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. Gac-Sani. 2000;14(2):146-155
- 14 Fernandez E, Schiaffino A. Influencia del trabajo doméstico sobre la salud y la utilización de servicios sanitarios en mujeres con trabajo remunerado y amas de casa. Gac Sanit. 2000;14(4):287-90
- 15 Clancy CM, Massion CT American women's health care: a patchwork quilt with gaps. JAMA 1992; 268 :1918-1920.
- 16 DeAngelis CD, Winker MA. Women's Health- Filling the gaps. JAMA .2001; 285: 1508-1509.
- 17 Leppert Parlament de Catalunya, Howard FM. Primary care for women. Philadelphia. Editorial Lippincott-Raven. 1997.
- 18 Smith MA, Shimp LA. 20 common problems in Women's Health Care. McGraw-Hill Companies. 2000.
- 19 Roberts M, Kroboth F, Bernier G. T The Women's Health Track: A model for training internal medicine residents. J Women's Health. 1995; 4: 313
- 20 Martín Zurro, A. Atención Primaria. Harcourt Brace, 1999.
- 21 Lerner et al. Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: a 26-year follow-up of the Framingham population. Am Heart J. 1986; 111(2):383-90.
- 22 INE. www.ine.es
- 23 WHO 1996
- 24 Hochman et al. Sex, clinical presentation and outcome in patients with acute coronary syndromes. N-England-J-Med. 1999;341:226-232.
- 25 Vaccarino et al. Sex-based differences in early mortality after myocardial infarction. N-England-J-Med. 1999;31:217-225.
- 26 Barrett-Connor et al. Why is diabetes mellitus a stronger risk factor for fatal ischemic heart disease in women than in men?. JAMA. 1991;265:627-631
- 27 Austil MA. Epidemiology of hypertriglyceridemia and cardiovascular disease. Am-J-Cardiol. 1999;83:13F-16F
- 28 Kjeldsen et al. Influence of gender and age on preventing cardiovascular disease by antihypertensive treatment and AAS. The HOT Study. J Hypertens 2000, 18:629-642
- 29 Ridker et al. Comparison of C-reactive protein and LDL cholesterol levels in the prediction of first cardiovascular events. N Engl J Med. 2002;347:1557-1565
- 30 Marrugat et al. Mortality differences between men and women following first myocardial infarction. JAMA 1998;280:1405-1409
- 31 Lidon RM et al. Infarto agudo de miocardio: diferencias de tratamiento en la mujer anciana. Rev Esp Geriatr Gerontol 1997;32:325-330
- 32 Dudley et al. Age and sex-related bias in the management of heart disease in a district general Hospital. Age Ageing. 2002;31:37-42
- sectional survey. BMJ. 2001;322:832
- 34 Di Cecco R et al. Is there a clinically significant gender bias in post-myocardial infarction pharmacological management in the older (>60) population of a primary care practice?. BMC Fam Pract 2002;3:8
- 35 Rathore et al. Sex-based differences in the effect of digoxin for the treatment of heart failure. N Engl J Med. 2002;347:1403-1444
- 36 Benz LA et al. Why are women missing from outpatient cardiac rehabilitation programs? A review of multilevel factors affecting referral, enrollment and completion. J Women Health Gen Based Med. 2002;11:773-791
- 37 Ghali et al. Sex differences in access to coronary revascularization after cardiac catheterization: importance of detailed clinical data. Annals of internal medicine 2002;136:723-732
- 38 Martín-Escudero et al. Prevalencia, grado de detección, tratamiento y control de la HTA en población general. Estudio Horteiga. Hipertension 2003;20(4):148-54
- 39 Ketola et al. Computer-assisted telephone interview (CATI) in primary care. Family Practice 1999;16:179-183



- 40 Sans. Tendencias de la prevalencia, conocimiento tratamiento y control de la HTA entre 1986 y 1996: estudio MONICA-Cataluña. Sans et al. *Med Cin* 2001;117:246-253
- 41 B.E.C. Butlletí Epidemiològic de Catalunya. 2003; XXIV (1)
- 42 Registro del Cáncer de Girona 1985-1989.
- 43 Viladiu et al. Epidemiología del cáncer ginecológico i de mama a l'àrea sanitària de Girona. Registre del càncer de Girona. AECC. 1996
- 44 Marshall E. Search for killer: focus shifts from fat to hormones. *Science*. 1993;259:618-621.
- 45 Grabrick DM et al. Risk of breast cancer with oral contraceptive use in women with a family history of breast cancer. *JAMA*. 2000;284:1791-1798.
- 46 Mezzeti M et al. Population attributable risk for breast cancer: diet nutrition and physical exercise. *J Nat Cancer Inst*. 1998;90(4):389-94.
- 47 Marchbanks PA et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *N Engl J Med*. 2002;346(26):2025-32.
- 48 Clivers L. Anticonceptivos orales y cáncer. *Lancet (vers. esp)*. 1995;26(4):10.
- 49 Althuis MD. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *N Engl J Med*. 2002;347(18):1448
- 50 Grant EC. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *N Engl J Med*. 2002;347(18):1448-1449
- 51 Marques de Souza R. Oral contraceptives and hereditary ovarian cancer. *N Engl J Med*. 1999;340(1):59
- 52 U.S. Preventive Services Task Force. Postmenopausal Hormone Replacement Therapy for Primary Prevention of Chronic Conditions: Recommendations and Rationale. *Ann Intern Med*. 2002; 137: 834-839
- 53 Hankinson SE et al. Plasma sex steroid hormone levels and risk of breast cancer in postmenopausal women. *J Nat Cancer Inst*. 1998;90(17):1292-9.
- 54 McPherson K. Breast cancer and hormonal supplements in postmenopausal women. *BMJ*. 1995;311:699-700
- 55 Scharier C et al. Tratamiento de sustitución con estrógenos y con estrógenos-progestágenos durante la menopausia y riesgo de cáncer de mama. *Acta Obstet Gynecol*. 2000;13(3):277-286
- 56 Liehr J. Is estradiol a genotoxic carcinogen?. *Endocrine Reviews*. 2000; 21:40-45
- 57 Gruber CJ et al. Production and actions of estrogens. *N Engl J Med*. 2002;346:340-352.
- 58 Epstein FH. Estrogen and the risk of breast cancer. *N Engl J Med*. 2001;344:276-285
- 59 Nahem GR et al. Female reproductive organs and breast cancer mortality in New Jersey counties and the relationship with certain environmental variables. *Prev Med*. 1985;14:620-635.
- 60 Davis DL et al. Rethinking breast cancer risk and the environment: the case for the precautionary principle. *Environ Health Perspect*. 1998;106:523-529.
- 61 Sternglas EJ et al. A response to comments on "Breast cancer: evidence for relation to fission products in the diet". *Int J Health Serv*. 1995; 25(3):481-488.
- 62 Sjonell G et al. Scientific foundation of mammographic screening is based on inconclusive research in Sweden. *BMJ*. 1999 Jul 3;319(7201):55.
- 63 Armstrong K et al. Assessing the risk of breast cancer. *N Engl J Med*. 2000. 342(8):564-371.
- 64 Gøtzsche PT et al. Is screening for breast cancer with mammography justifiable?. *Lancet*. 2000;355:129-34.
- 65 Baines C et al. Mammography versus clinical examination of the breasts. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 1997;22:125-129.
- 66 Pollán Santamaría M. Ocupación, exposición laboral a radiaciones electromagnéticas y cáncer de mama. Instituto de Salud Carlos III. 2001
- 67 Skuladottir H et al. Incidence of lung cancer in Denmark: historical and actual status. *Lung Cancer*. 2000 Feb;27(2):107-18.
- 68 Harris RE. Race and sex differences in lung cancer risk associated with cigarette smoking. *Int J Epidemiol*. 1993 Aug;22(4):592-9
- 69 Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 1988
- 70 Enquesta de Salut de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, 1995.
- 71 Enquesta de Salut de Barcelona. Ajuntament de Barcelona 1996
- 72 Griggs RC et al. Muscle pain, fatigue, and mitochondrialopathies. *N Engl J Med*. 1999;341(14):1077-8
- 73 Hootman JM et al. Women and arthritis: burden, impact and prevention programs. *J Womens Health Gend Based Med*. 2002 Jun;11(5):407-16.
- 74 Rohlfs I. Desigualtats de gènere en salut. De "Les desigualtats en la Salut a Catalunya" Informe CAPS-Fundació Bofill. Borrell C y Benach J (coord). Ed Metiterrània 2003.
- 75 Leboeuf-Yde C, Lauritsen JM. The prevalence of low back pain in the literature. A structured review of 26 Nordic studies from 1954 to 1993. *Spine*. 1995;20(19):2112-8.
- 76 Bassols A et al. Back pain in the general population of Catalonia (Spain). Prevalence, characteristics and therapeutic behavior. *Gac Sanit*. 2003 Mar-Apr;17(2):97-107.
- 77 Valls Llobet C. Diagnóstico diferencial del dolor y fatiga crónica: una asignatura pendiente. *Med Clin*. 2003;118(1): en impresión
- 78 Greenstein BD. Lupus: why women? *J Womens Health Gend Based Med*. 2001 Apr;10(3):233-9.
- 79 Olea N. Disruptores endocrinos: posibles medidas de intervención. La perspectiva europea. *Quadern Caps*. 2000;29:36-42
- 80 Lundberg U. Influence of paid and unpaid work on psychophysiological stress. Responses of men and women. *J Occupational-Health*. 1996;1(2):117-130
- 81 Deyo RA et al. Low back. *N Engl J Med*. 2001;344(5):363-370
- 82 Simon GE. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med*. 1999;341(18):1329-1335
- 83 Shafran SD. The chronic fatigue syndrome. *Am J Med*. 1991;90:730-738
- 84 Bell IR et al. Illness from low levels of environmental chemicals: relevance to chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Am J Med*. 1998;105(3A):74S-82-S
- 85 Cunningham et al. Epidemiology of musculoskeletal impairments and associated disability. *Am J Public Health*. 1984; 74:574-579.
- 86 Linos A et al. Occurrence of Hashimoto's thyroiditis and diabetes mellitus in patients with rheumatoid arthritis. *J Chronic Dis*. 1980;33(2):73-7.
- 87 Salvarani C et al. Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis. *N Engl J Med*. 2002;347(4):261-271.
- 88 Farwell AP et al. Inflammatory thyroid disorders. *Otolaryngol Clin North Am*. 1996;29(4):541-56.
- 89 Singer PA. Thyroiditis: acute subacute and chronic. *Med Clin North Am*. 1991;75(1):61-78
- 90 Pearce EN et al. Thyroiditis. *N Engl J Med*. 2003;248:2646-55.
- 91 Tunbridge WM et al. The spectrum of thyroid disease in a community: the Wickham survey. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1977 Dec;7(6):481-93.
- 92 Levy EG. Thyroid disease in the elderly. *Med Clin North Am*. 1991;75(1):151-67.
- 93 Hu FB et al. Diet lifestyle and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *N Engl J Med*. 2001; 345:790-797
- 94 Zung WW et al. Prevalence of depressive symptoms in primary care. *J Fam Pract*. 1993 Oct;37(4):337-44.



- 95 Angst J et al. Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*. 2002 Oct;252(5):201-9
- 96 Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*. 2003 Mar;74(1):5-13
- 97 Zunzunegui MV et al. Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998 May;33(5):195-205.
- 98 Griffin JM et al. The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class?. *Social Science & Medicine*. 2002 Mar;54(5):783-98
- 99 Cannuscio C et al. Reverberations of Family Illness: A Longitudinal Assessment of Informal. *Caregiving and Mental Health Status in the Nurses' Health Study*. *Am J Public Health* 2002; 92(8):1305-1311
- 100 Cox JL et al. A controlled study of onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1993;163:27-31
- 101 Eberhard-Gran M. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002 Dec;106(6):426-33
- 102 Arillo A et al. Prevalencia de enfermedades mentales en mujeres de una zona urbana. *Atencion Primaria*. 1998 Mar 31;21(5):265-9
- 103 Gil Canalda MI et al. Atención primaria y trastornos de la alimentación: nuestra actitud frente a ellos (I) *Atencion Primaria*. 2003 Feb 28;31(3):178-80
- 104 Behar R et al. Identidad de género y trastornos de la alimentación. *Revista Medica de Chile*. 2001 Sep;129(9):1003-11
- 105 Informe Fundación Mujeres, Julio 2003
- 106 Rohlfis I, Valls C. Actuar contra la violencia de género. Un reto para la salud pública. *Gac Sanit*. 2003; 17: 263 - 265
- 107 Brown J et al. Application of the woman abuse screening tool (WAST) and WAST-Short in the family practice setting. *J Fam Pract*. 2000;49:896-903.
- 108 Sherin K et al. HITS a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Fam Med*. 1998; 18:651-53
- 109 Fedhaus K et al. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA*. 1997;277:1357-61.
- 110 Candib LM. Primary violence prevention: taking a deeper look. *J Fam Pract*. 2000;49(10):904-906.
- 111 Dickinson LM et al. Health-Related Quality of Life and Symptom Profiles of Female Survivors of Sexual Abuses. *Arch Fam Med*. 1999; 8: 35-43.
- 112 *The World's Women (1970-1990)*. Trends and Statistics. UN New York. 1991
- 113 Cook JD et al. Estimates of iron sufficiency in the us population. *Blood*. 1986;68:726-731
- 114 Monarrez-Espino J et al. Iron deficiency anemia in Tarahumara women of reproductive-age in northern Mexico. *Salud Publica Mex*. 2001;43(5):392-401.
- 115 Fleming DJ, Jacques PF, Dallal GE, Tucker KL, Wilson PWF, Wood RJ. Dietary determinants of iron stores in a free-living elderly population: The Framingham Heart Study. *Am J Clin Nutr*. 1998; 67:722-733
- 116 Bruner AB. Randomised study of cognitive effects of iron supplementation in non-anaemic iron-deficient adolescent girls. *Lancet*. 1996;348:992-996
- 117 Toh B et al. Pernicious anemia. *N Engl J Med*. 1997;337:1441-48
- 118 Omdahl JL et al. Nutritional status in vitamin D in a healthy elderly population. *Am J Clin Nutr* 1982; 36: 1125-33.
- 119 McKenna MJ: Differences in vitamin D status between countries in young adults and the elderly. *Am J Med* 1992; 93: 69-77
- 120 Goldray D et al. Vitamin D deficiency in elderly patients in a general hospital. *J Am Geriatr Soc*. 1989 Jul;37(7):589-92
- 121 Gloth III FM, Gundberg CM, Hollis BN, et al. Vitamin D deficiency in homebound elderly persons. *JAMA* 1995; 274: 1983-86
- 122 Thomas MK et al. Hypovitaminosis D in medical inpatients. *N Engl J Med*. 1998 Mar 19;338(12):777-83
- 123 Barger-Lux et al. An investigation of sources of variation in calcium absorption efficiency [published erratum appears. *J Clin Endocrinol Metab* 1995;80(7):2068
- 124 Van der Wielen RP et al. Serum vitamin D concentrations among elderly people in Europe. *Lancet*. 1995 Jul 22;346(8969):207-10.
- 125 Aguado P et al. Low vitamin D levels in outpatient postmenopausal women from a rheumatology clinic in Madrid, Spain: their relationship with bone mineral density. *Osteoporos Int*. 2000;11(9):739-44.
- 126 Garancini MP, Gobbi C, Errera A, Sergi A, Gallus G. Age-Specific Incidence and Duration of Known Diabetes. *Diabetes Care* 1996;19:1279-82
- 127 Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz G, Liu S, Solomon CG, Willett WC. Diet lifestyle and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *N Engl J Med* 2001; 345:790-797
- 128 Biderman A, Rosenblatt I, Rosen S, Zangwill L, Shalev R, Friger M et al. Sex differentials in predictors of mortality for patients with adult onset diabetes: a population-based follow-up study in Beer-Sheva, Israel. *Diabetes Care* 2000; 23:602-605
- 129 Hayward LM, Burden ML, Burden AC, Blackledge H, Raymond NT, Botha JL et al. What is the prevalence of visual impairment in the general and diabetic populations: are there ethnic and gender differences?. *Diabet Med* 2002;19:27-34
- 130 Wang SL et al. Incidence of NIDDM and the effects of gender, obesity and hyperinsulinaemia in Taiwan. *Diabetologia*. 1997 Dec;40 (12) :1443-8.
- 131 Zung WW, Broadhead WE, Roth ME. Prevalence of depressive symptoms in primary care. *J Fam Pract*. 1993;37:337-44.
- 132 Angst J et al. Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002;252:201-9
- 133 Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*. 2003 Mar;74:5-13
- 134 Zunzunegui MV, Beland F, Llacer A, Leon V. Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998;33:195-205.
- 135 Griffin JM, Fuhrer R, Stansfeld SA, Marmot M. The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class?. *Social Science & Medicine*. 2002 Mar;54:783-98
- 136 Artazcoz L, Cirera E, Borrell C, Coll C, Rohlfis I, Villalbi JR. Doble jornada y diferencias de género en la salud mental de la población trabajadora. *Gaceta Sanitaria* 1999;13:9092-9092
- 137 Cannuscio CC, Jones C, Kawachi I, Colditz GA, Berkman L, Rimm E. Reverberations of Family Illness: A Longitudinal Assessment of Informal. *Caregiving and Mental Health Status in the Nurses' Health Study*. *Am J Public Health* 2002; 92:1305-1311
- 138 Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1993;163:27-31



- 139 Eberhard-Gran M. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002 Dec;106:426-33
- 140 Arillo A et al. Prevalencia de enfermedades mentales en mujeres de una zona urbana. *Atencion Primaria*. 1998 31;21265-9
- 141 Marts SA. Interdisciplinary research is key to understanding sex differences: report from the Society for Women's Health Research Meeting on understanding the biology of sex differences. *J Womens Health Gend Based Med*. 2002;1(6):501-9.

Bibliografía sobre el dolor

- Abstracts del Congreso Internacional "Mujeres, Trabajo, Salud". Barcelona, Abril 1996
- * Fankenhaeuser, M., Gardell, B. (1976). Underload and overload in working life. Outline of a multidisciplinary approach. *Journal of Human Stress* 2: 35-46
- Fankenhaeuser M. (1991, b) The psychophysiology of sex differences as related to occupational status. In M. Fankenhaeuser, U. Lundberg and M. Chesney (eds) *Women, Work and health. Stress and opportunities*. New York. Plenum Press, 39-61
- Hootman J et al. Women and Arthritis: Burden, Impact, and prevention Programs *J Womens Health Gend Base Med*. 2002; 11:5
- Informe "Women, Work and Health". OCDE. 1993
- Lundberg, U. (1994). Methods and applications of stress research. *Technology and Health Care*. 3 (1995) 3-9
- Lundberg, U. (1996). Influence of paid and Unpaid work on psychophysiological stress. Responses of men and women. *Journal of Occupational health Psychology*. Vol 1. n°2, 1-41.
- Lundberg, U., Kadefors R., Melin, B., Palmerud, G., Hassmen, P., Engstrom, M., Dohns, I.E. (1994). Psychophysiological Stress and EMG Activity of the Trapezius Muscle. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1, (4), 354-370 .
- Lundberg, U., Mardberg, B., Fankenhaeuser, M. (1994). The total workload of male and female white collar workers as related to age, occupational level and number of children. *Scandinavian Journal of Psychology*, 35, 315-327.
- Mason, J.W., Maher, J.T., Hartley, L.H., Mogy, E., Perlow, M.J., Jones, L.G., (1976) Selectivity of corticosteroid and catecholamines responses to various natural stimuli. G. Serban (ed) *Psychopathology of human adaption*. New York and London: Plenum Press, 147-172
- Pöyhiä R, Da Costa D, Fitzcharles MA (2001) Pain and pain relief in Fibromyalgia Patients followed for three years. *Arthritis Care & Research* 45:355-361.
- Richards SCM, Scott DL. (2002) *BMJ*; 325: 187-7
- Valls-Llobet, C., Webb, S. (1991). Influencia del estrés y nutrición en el déficit de fase luteínica. 1991. *Mujer y calidad de Vida*. 22-36 pps.
- Valls-Llobet, C. (2000) Consecuencias clínicas a corto, medio y largo plazo, de fumigaciones o insecticidas en lugares de trabajo. *Quadern CAPS* 29. 42-46
- Valls-Llobet, C, Farrerons J, (1996) Vitamina D y salud. Servicio de Documentos del GRUPO FAES

CASOS PRACTICOS

MORTALIDAD Y MORBILIDAD DIFERENCIAL

Reflexión sobre las diferencias en mortalidad y morbilidad entre mujeres y hombres

El objetivo de este caso práctico es reflexionar sobre la percepción de diferencias en la mortalidad y morbilidad entre mujeres y hombres, como una primera aproximación a la clase teórica.

Se plantea al alumnado en una pizarra los símbolos de mujeres y hombres en la parte superior. En el lateral izquierdo se detallan los siguientes apartados, señalando al alumnado que reflexionen según su percepción y conocimiento.

ESPERANZA DE VIDA. (El hecho de que la esperanza de vida es más dilatada entre las mujeres en todos los lugares del mundo, debe estimular un debate sobre las posibles causas, que después encontrarán en la exposición teórica).

CAUSAS DE MORTALIDAD ANTES DE LOS 50 AÑOS

CAUSAS DE MORTALIDAD DE 50 A 70 AÑOS

CAUSAS DE MORTALIDAD DE MAYORES DE 70 AÑOS

(EN TODOS LOS CASOS SE SEPARAN EN LA PIZARRA LAS CAUSAS DE MUJERES A LA IZQUIERDA Y DE HOMBRES A LA DERECHA)

Entre las causas más frecuentes de mortalidad prematura en el sexo femenino no se acostumbra a tener en cuenta que los factores de riesgo no han sido diferenciados por sexo.



CAUSAS DE MORBILIDAD también separada por sexos con las atribuciones a las mujeres en el lado izquierdo y a los hombres en el derecho... Entre ellas y según el tipo de alumnado y de su formación podemos aceptar síntomas y diagnósticos. Para estimular la participación y los conocimientos del alumnado que no son homogéneos, pueden exponer síntomas o diagnósticos de personas cercanas de su propia familia.

A partir de las primeras manifestaciones, se comprobará que se llenan con síntomas, atribuciones a problemas de salud mental, y diagnósticos al apartado de las mujeres, y que en la morbilidad masculina casi no hay diagnósticos.

Esta pizarra debe dejarse en clase o en varias clases consecutivas mientras se habla de morbilidad y mortalidad diferencial.

El profesorado deberá referirse a ella a medida que están avanzando en los temas porque de esta manera compara si se han tenido en cuenta diagnósticos biopsico-sociales. Para mantener la tensión sobre la reflexión que se hace, debe intentar hacer visibles a medida que se avanza en la clase teórica, qué diagnósticos no han sido visibles, o si se ha sesgado hacia lo psicológico, lo social o lo biológico.

Una vez acabada la exposición teórica sobre la mortalidad y morbilidad diferencial, sin borrar la primera pizarra, se hace la misma reflexión con los conocimientos adquiridos y se escriben en otra pizarra. Los resultados se deben comparar para ver como existía falta de conocimientos científicos, que hacían atribuir a problemas de salud mental, como ansiedad y depresión, problemas biológicos y sociales que no habían sido identificados.

