Diferencias en características sociodemográficas, clínicas y psicológicas entre hombres y mujeres diagnosticados de fibromialgia

I. Ruiz Pérez, M. C. Ubago Linares, M. J. Bermejo Pérez, J. Plazaola Castaño, A. Olry de Labry-Lima y E. Hernández Torres

Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. España.

Introducción. **Las diferencias en salud entre hombres y mujeres tienen origen biológico, aunque con frecuencia los sistemas sanitarios contribuyen a ellas. Hasta la fecha son escasos los trabajos que analizan diferencias de género en este síndrome. El objetivo del presente trabajo es analizar las diferencias sociodemográficas clínicas y psicológicas entre hombres y mujeres diagnosticados con fibromialgia (FM), y examinar el impacto diferencial de los síntomas en las actividades habituales, incluyendo el entorno de trabajo, y la respuesta del sistema sanitario en estas situaciones.**

Material y métodos. **Se realizó un estudio descriptivo transversal incluyendo a todos los pacientes diagnosticados de FM en 2003 en el servicio de Reumatología de un hospital universitario.**

Resultados. **Las características sociodemográficas resultaron muy similares en hombres y mujeres. Hay una mayor proporción de hombres diagnosticados de FM en situación de baja laboral en comparación con mujeres con similar diagnóstico. Los hombres tienen peor percepción de su salud, mayor porcentaje de antecedentes psiquiátricos y patología mental actual y mayor impacto de la enfermedad.**

Discusión. **Éste es uno de los primeros trabajos en nuestro país que aborda la FM examinando las diferencias entre hombres y mujeres. Los resultados obtenidos corroboran que, como se ha demostrado previamente para otras patologías, existen diferencias de género en las características clínicas y psicosociales de mujeres y hombres diagnosticados con FM.**

PALABRAS CLAVE: fibromialgia, identidad de género, características sexuales.

Ruiz Pérez I, Ubago Linares MC, Bermejo Pérez MJ, Plazaola Castaño J, Olry de Labry-Lima A, Hernández Torres E. Diferencias en características sociodemográficas, clínicas y psicológicas entre hombres y mujeres diagnosticados con fibromialgia. Rev Clin Esp. 2007;207(9):433-9.

Differences in sociodemographic, clinical, psychosocial and health care characteristics between men and women diagnosed with fibromyalgia

Introduction. **Health differences between men and women are determined by biological differences although health services often contribute to gender inequalities. Very few studies that analyze gender differences have been made up to date in these patients. This study aims to analyze sociodemographic, clinical and psychosocial differences between men and women diagnosed with FM and to examine the differential impact of their symptoms on their usual activities, including work environment, and the response these patients obtain from the health care system.**

Material and methods. **A descriptive cross-sectional survey was carried out with all the patients diagnosed with FM in 2003 in three clinics rheumatology units of a university hospital in Spain.**

Results. **The sociodemographic characteristics were very similar in men and women. However, there was a greater proportion of men diagnosed with FM on sick leave, compared to women with the same diagnosis. Men had a worse perception of their health, a higher percentage of psychiatric history and current mental illness and more impact of the disease.**

Discussion. **This is one of the first studies in Spain examining the differences between men and women diagnosed with FM. The results obtained in this study corroborate that, as in other diseases, there are gender differences in the clinical and psychosocial characteristics of men and women diagnosed with FM.**

KEY WORDS: fibromyalgia, gender identity, sex characteristic.

Correspondencia: I. Ruiz Pérez.
Escuela Andaluza de Salud Pública.
C/ Cuesta del Observatorio, 4.
Apdo. de correos 2070.
18011 Granada. España.
Correo electrónico: isabel.ruiz.easp@juntadeandalucia.es

Aceptado para su publicación el 18 de mayo de 2007.

Introducción

Las diferencias de salud entre hombres y mujeres están determinadas, por una parte, por diferencias biológicas que, además de las funciones reproductivas, impli-

can factores genéticos, hormonales y metabólicos. Sin embargo, existen por otra parte desigualdades de género que hacen que las diferencias de salud entre hombres y mujeres sean injustas, innecesarias y evitables. Así, los diferentes roles atribuidos a hombres y mujeres determinan diferentes pautas de exposición a riesgos, así como diferencias en la utilización y el acceso a la información, atención y servicios de salud [1].

Igualmente, los servicios sanitarios a menudo sesgan su práctica presumiendo erróneamente que la situación de salud de las mujeres y hombres y sus riesgos son similares o, alternativamente, presumiendo que son diferentes cuando realmente son similares. Aunque estos sesgos tienen efectos negativos en la salud de ambos sexos (recientemente se ha comenzado a hablar de las consecuencias negativas de la socialización en la masculinidad en la salud de los hombres) [2], es la salud de las mujeres la que resulta más perjudicada.

Las evidencias sobre desigualdades de género en salud se basan en investigaciones sobre el acceso a los hospitales de ambos sexos para igual necesidad, la comparación de los tiempos de demora y de espera desde los primeros síntomas hasta la atención sanitaria, los tipos de estrategias terapéuticas y el consumo y el gasto de medicamentos por sexo [3]. La enfermedad cardiovascular es probablemente uno de los paradigmas más claros de las desigualdades de género en salud [4]. Debido a la invisibilidad de las mujeres en el estudio de esta enfermedad, y por tanto al desconocimiento de las diferencias entre hombres y mujeres en la presentación de los síntomas, se han evidenciado desigualdades fundamentalmente en la demora en el diagnóstico, así como en la mortalidad después de un infarto [3], siendo estas desigualdades perjudiciales para la mujer.

Si estas diferencias de género han sido constatadas en problemas de salud ampliamente abordados en la literatura científica, no es de extrañar que puedan también existir en problemas emergentes, como es el caso de la fibromialgia (FM). Esta enfermedad no fue oficialmente reconocida como tal por la (Organización Mundial de la Salud) OMS hasta 1992 y por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) hasta 1994 [5].

La prevalencia de la FM varía según la población estudiada, oscilando en población general a nivel mundial entre el 2 y el 4%. En España se estima una prevalencia en la población mayor de 20 años de entre un 1 y un 4%, con un pico de prevalencia entre los 40 y los 49 años de edad [6-8]. En todos los estudios se constata que la afectación en mujeres es muy superior a la afectación en hombres, siendo la relación en la mayoría de los trabajos de 20/1 [8-12].

En la última década, y desde que los criterios diagnósticos fueron definidos por el *American College of Rheumatology* (ACR) en 1990 [13], la investigación de éste y otros síndromes dolorosos se ha extendido considerablemente, permitiendo un reconocimiento temprano del paciente afectado. Sin embargo, al mismo tiempo se ha presentado una controversia entre aquellos que «creen» y los que «no creen» en la FM. Las críticas se centran principalmente en si es una afección reumática o psicológica, si los criterios diagnósticos son útiles, y si el tratamiento debe ser más orientado al dolor, hacia la regulación neurohormonal o hacia un trastorno psicológico de base [14].

Lo que es evidente es que, sea cual sea el origen, aproximadamente la mitad de los pacientes con FM tiene problemas con las actividades diarias rutinarias o es incapaz de realizarlas, estimándose que entre el 30 y el 40% de ellos tiene que dejar o cambiar de trabajo [15,16]. Además, el impacto emocional de la FM puede ser muy negativo y, unido al dolor o a los trastornos del sueño, puede conducir a la automedicación irresponsable y al abuso de somníferos, alcohol, cafeína u otras drogas [16,17].

El fuerte impacto social de la FM, las dudas acerca de la presencia de un componente psiquiátrico y la ausencia de un tratamiento efectivo conllevan una importante incertidumbre sobre la FM, lo que genera incomprensión en el entorno familiar, social y hasta en el sanitario, y puede desembocar en una disminución de la autoestima, frustración y ansiedad de la persona afectada al ver disminuida su calidad de vida y repercutiendo todo esto en su entorno más cercano [18-20].

Debido probablemente al escaso número de hombres que reciben el diagnóstico de esta enfermedad, son escasos los trabajos que analizan las diferencias de género en estos pacientes. Tan sólo se han abordado aspectos como diferencias en la presentación y gravedad de algunos síntomas entre hombres y mujeres y diferencias en la calidad de vida [21-24].

El objetivo de este trabajo es, por una parte, analizar las diferencias en las características sociodemográficas, clínicas y psicosociales entre hombres y mujeres que reciben el diagnóstico de FM, la repercusión diferencial del cuadro en sus actividades habituales incluyendo el ámbito laboral, y la respuesta que estos pacientes obtienen del sistema sanitario.

Material y métodos

Pacientes

Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante encuestas telefónicas durante los meses de junio, julio y agosto de 2004, a todos los pacientes diagnosticados de FM en el año 2003 según los criterios del ACR, en tres consultas del servicio de Reumatología de un hospital universitario en España. Se excluyeron aquellos pacientes con incapacidad física o psíquica limitante para responder a un cuestionario telefónico, así como aquellos con problemas de salud adicionales a la FM que limitaran las actividades normales de su vida diaria durante la semana anterior a la entrevista. Los pacientes no localizados tras tres llamadas efectuadas en distintos días y franjas horarias, así como aquellos que no quisieron participar, fueron considerados pérdidas del estudio.

Variables estudiadas e instrumentos de medición

Las variables contempladas en este estudio fueron:

1) Características sociodemográficas: sexo (mujer/hombre), vivienda habitual (ámbito urbano/rural), estado civil (casado o en pareja/soltero/separado o divorciado/viudo), nivel de ingresos mensuales familiares (bajo = < 900 €/medio = 900-1.200 €/alto

= > 1200 €) y nivel educativo (bajo = no sabe leer ni escribir o no tiene estudios/medio = estudios primarios o FP/alto = estudios superiores), edad y número de hijos. Algunas variables sociodemográficas fueron recodificadas para el análisis, debido al bajo número de casos en algunas de las categorías, y estas nuevas variables recodificadas son las que se muestran en el apartado de Resultados.

2) Características laborales: situación laboral actual (trabaja/no trabaja), tipo de trabajo actual en personas activas (trabajo en casa/trabajo manual/trabajo no manual), situación actual de baja laboral (sí/no), tipo de baja laboral (incapacidad temporal/permanente) y motivo de la baja laboral.

3) Características clínicas: síntoma/s inicial/es de la enfermedad, síntoma/s más limitantes para el desarrollo de su vida diaria, presencia de enfermedades asociadas (sí/no) y tipo en su caso, salud autopercibida (muy buena/buena/regular/mala/muy mala) e impacto de la FM**,** definido como la alteración de la capacidad funcional y calidad de vida en los pacientes diagnosticados de esta enfermedad.

4) Características sanitarias: tiempo transcurrido desde el inicio de síntomas hasta el diagnóstico de la enfermedad, tipo de especialista que deriva al reumatólogo, número de especialistas consultados antes y después del diagnóstico de FM, tratamiento actual para la FM, farmacológico y/o alternativo, y tipo en su caso.

5) Características psicosociales: antecedentes familiares y personales de patología mental, patología mental actual diagnosticada por un médico, considerando por patología mental cualquier tipo de trastorno mental (depresión, ansiedad, somatización, fobias, entre otras), ocurrencia de acontecimientos traumáticos a lo largo de su vida y tipo en su caso (infantil/en edad adulta), presencia de apoyo social y repercusión de la enfermedad en el entorno familiar y tipo de repercusión.

El instrumento utilizado para recoger la información fue un cuestionario expresamente diseñado para este estudio, que consta de 38 preguntas, 22 abiertas y 16 cerradas. Las preguntas estaban basadas en estudios previos y pretendían ser claras y concisas para aumentar la fiabilidad. El impacto de la enfermedad (incluida como una variable clínica) se midió mediante el *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ), instrumento traducido y validado en España [25]. Este cuestionario está formado por un total de 10 ítems, puntuando de 0 a 10 en cada uno de ellos. La máxima puntuación que se puede obtener es 100, y cuanto mayor es la puntuación final, mayor es el impacto de la enfermedad. El instrumento pregunta sobre la capacidad del paciente para realizar determinadas tareas durante la última semana, y éste es el motivo por el que se excluyeron del estudio aquellos pacientes con problemas de salud adicionales a la FM que limitaran las actividades normales de su vida diaria durante la semana anterior a la entrevista.

Previamente al inicio del estudio se realizó un estudio de pilotaje con varios sujetos diagnosticados de FM en el año 2002 (n = 15). De esta forma se identificaron aspectos ambiguos y alguna pregunta de difícil comprensión, además de servir de entrenamiento a las encuestadoras.

Análisis estadístico

Se llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS 11.0. En primer lugar se realizó un análisis descriptivo univariante, usando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y media y desviación típica para las cuantitativas.

Se realizó también un análisis bivariante para analizar las diferencias por género, mediante tablas de contingencia y la prueba Chi-cuadrado, la prueba t de Student o ANOVA, y las pruebas no paramétricas de Mann-Whitney y Kruskal-Wallys, dependiendo de las variables implicadas en cada caso. El nivel de significación estadística fue del 5% en todos los casos.

TABLA 1
Características sociodemográficas de hombres y mujeres con fibromialgia

	Total N	Mujeres (n = 197)		Hombres (n = 17)		p
		N	%	N	%	
Vivienda habitual						
Urbano	76	72	36,5	4	23,5	0,28
Rural	138	125	63,5	13	76,5	
Estado Civil						
Casada	173	158	80,2	15	88,2	0,40
No casada	41	39	19,8	2	11,8	
Nivel de ingresos						
Bajo	102	94	47,7	8	47,1	0,95
Alto	211	103	52,3	9	52,9	
Nivel Educativo						
Bajo	63	144	73,1	11	64,7	0,02
Alto	151	53	26,9	6	35,3	
		Media	DT	Media	DT	p
Edad	46,9	47,0	9,6	45,3	7,6	0,47
N.º hijos	2,2	2,2	1,3	2,0	1,4	0,64

DT: desviación típica.

Resultados

Se identificaron 258 pacientes. De éstos 14 tenían un teléfono incorrecto y 7 no cumplían los criterios de inclusión. De los 237 pacientes elegibles para el estudio 19 no se localizaron y 4 no quisieron contestar. Finalmente se obtuvo información de 214 pacientes, 197 mujeres y 17 hombres, con una tasa de respuesta del 90,3%. A todos los pacientes que aceptaron participar en el estudio se les garantizó la confidencialidad de los datos.

Las características sociodemográficas de ambos sexos fueron similares en edad, número de hijos, vivienda habitual, estado civil y nivel socieconómico. Los hombres, sin embargo, tenían un nivel educativo mayor que las mujeres, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p = 0,02) (tabla 1).

La tabla 2 muestra las características laborales de hombres y mujeres. El 94,1% de los hombres y el 34,5% de las mujeres con FM no trabajaban (p = 0,001). Entre las mujeres con trabajo remunerado están de baja el 52,9%, frente al 92,9% de los hombres (p < 0,001). Mientras que casi el 70% de los hombres con baja laboral tienen incapacidad permanente, tan sólo el 42,6% de las mujeres que están de baja tienen este tipo de incapacidad. El motivo más frecuente por el que hombres y mujeres han obtenido la baja laboral es el dolor osteoarticular (el 53,8% frente al 79,6%, respectivamente). Sin embargo, en los hombres la cirugía traumatológica/plástica así como la propia FM representan un porcentaje más elevado que en mujeres (el 46,2% frente al 20,4%). Esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Las características clínicas de hombres y mujeres se muestran en la tabla 3. El dolor osteoarticular es el síntoma inicial más frecuente tanto en hombres como en mujeres (el 52,9% frente al 69%), y el que más afecta a la vida diaria en ambos (el 70,6% frente al 66%). Las mujeres presentan más enfermedades asociadas

TABLA 2
Características laborales de los hombres y mujeres con fibromialgia

Características laborales	Total		Mujeres (n = 197)		Hombres (n = 17)		p
	N	%	N	%	N	%	
Situación laboral actual							< 0,01
Trabaja	130	60,7	129	65,5	1	5,9	
No trabaja	84	39,3	68	34,5	16	94,1	
Baja laboral (sí)	67	57,8	54	52,9	13	92,9	< 0,01
Tipo de baja							0,09
Incapacidad temporal	35	52,2	31	57,4	4	30,8	
Incapacidad permanente	32	47,8	23	42,6	9	69,2	
Motivo de la baja laboral							0,06
Dolor osteoarticular	50	74,6	43	79,6	7	53,8	
Cirugía traumatológica/ plástica/FM	6	9,0	11	20,4	6	46,2	

FM: fibromialgia.

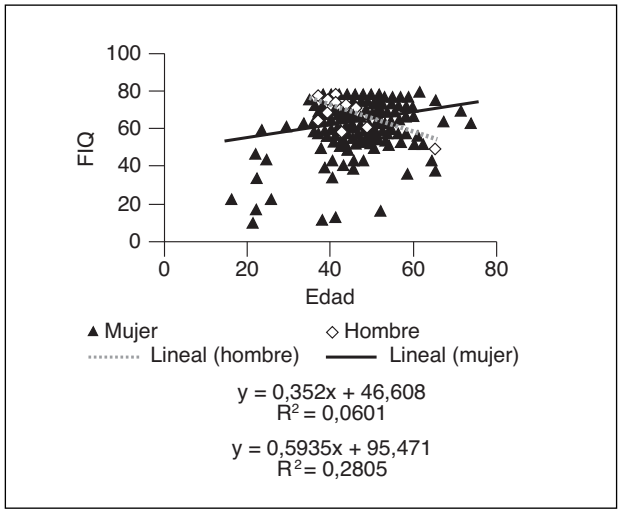

Fig. 1. Relación entre edad, sexo y Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ).

a la FM que los varones, no siendo ninguna de estas diferencias estadísticamente significativas. Las enfermedades asociadas a la FM en hombres son, por orden de frecuencia, cardiovasculares, reumatológicas y digestivas. Las mujeres, además, presentan enfermedades ginecológicas, urológicas/nefrológicas y endocrinas, siendo estas últimas las más frecuentes. La percepción de la salud es peor en hombres que en mujeres. El 88,3% de los hombres perciben su salud como mala o muy mala frente al 62% de las mujeres. Además, ningún hombre del estudio percibió su salud como buena y sí el 7,6% de las mujeres.

El impacto de la enfermedad es mayor en hombres que en mujeres. La media del FIQ en las mujeres es de 63,17, mientras que en los hombres la media es de 68,56, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas (p = 0,09) (tabla 3). Merece la pena destacar que, mientras en las mujeres el impacto de la enfermedad aumenta con la edad, en los hombres esta relación es inversa, siendo menor el impacto en edades más avanzadas (fig. 1).

TABLA 3
Características clínicas de hombres y mujeres con fibromialgia

Características laborales	Total		Mujeres		Hombres		p
	N	%	N	%	N	%	
Síntoma inicial							0,18
Dolor osteoarticular	145	67,8	136	69,0	9	52,9	
Cansancio/parestesias	69	22,3	61	31,0	8	47,1	
Síntoma que más afecta a su vida diaria							0,70
Dolor osteoarticular	142	66,4	130	66,0	12	70,6	
Cansancio/estado de ánimo	27	33,6	67	34,0	5	29,4	
Enfermedades asociadas: sí	112	52,3	106	53,8	6	53,3	0,15
Salud autopercibida							0,04
Muy buena o regular	77	36,0	75	38,1	2	11,8	
Mala	82	38,3	75	38,1	7	41,2	
Muy mala	55	25,7	47	23,8	8	47	
			Media	DT	Media	DT	p
Impacto de la FM	63,6	13,43	63,2	13,7	68,6	8,5	0,09

DT: desviación típica; FM: fibromialgia.

En cuanto a las características asistenciales, el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico de FM, valorado en años, es mayor en mujeres que en hombres (9,3 frente a 8). El médico de familia es el especialista más consultado por hombres y mujeres con FM al inicio de los síntomas. En las mujeres sigue siendo este facultativo el que más las deriva al reumatólogo (64,5%). Los hombres, sin embargo, son derivados mayoritariamente por otros especialistas (58,8%). Esta diferencia no es estadísticamente significativa. El número de especialistas consultados antes del diagnóstico es también mayor en hombres que en mujeres (4,9 frente 3,9), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p = 0,03). Después del diagnóstico el número de especialistas consultados es similar en ambos casos (1,2). En el momento del estudio estaban tomando algún fármaco el 78,7% de las mujeres y el 94,1% de los hombres. El tipo de tratamiento es diferente en ambos. Los hombres consumen analgésicos/antiinflamatorios no esteroideos (AINE) más ácido gamma-aminobutírico (GABA) en un 50% frente al 6,5% de las mujeres, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p < 0,001). Aproximadamente la mitad de los hombres y mujeres realizan tratamientos alternativos. En ambos casos las terapias físicas son las más utilizadas, aunque el 44,4% de los hombres optan por otras terapias, frente al 19,3% de las mujeres (tabla 4).

Las características psicosociales de hombres y mujeres se presentan en la tabla 5. Ningún hombre del estudio refería antecedentes familiares de patología mental, y de las mujeres el 21,8%. Los hombres presentan un mayor porcentaje de antecedentes personales y patología mental actual que ellas, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (p = 0,01 y p = 0,001, respectivamente). El 59,9% de las mujeres presentan acontecimientos traumáticos frente al 41,2% de los hombres, siendo el porcentaje de traumas infantiles similar en ambos. Los hombres refieren tener mayor

TABLA 4
Características asistenciales de hombres y mujeres con fibromialgia

Características sanitarias	**Total Media**	**DT**	**Mujeres Media**	**DT**	**Hombres Media**	**DT**	**p**
Tiempo trascurrido hasta el diagnóstico de FM (años)	9,2	7,1	9,3	7,2	8,0	6,0	0,48
N.° especialistas consultados antes del diagnóstico	4,0	1,7	3,9	1,7	4,9	1,7	0,03
N.° especialistas consultados después del diagnóstico	1,22	0,5	1,2	0,5	1,2	0,4	0,91
	N	%	N	%	N	%	p
Tipo de especialista que deriva al reumatólogo							0,06
Médico de familia	134	62,6	127	64,5	7	41,2	
Otro	80	37,4	70	35,5	10	58,8	
Tratamiento farmacológico actual: sí	171	79,9	155	78,7	16	94,1	0,10
Tipo de tratamiento farmacológico							< 0,01
AA + RM y/o psicofármacos y/u otros	153	89,5	145	93,5	8	50,0	
AA + GABA	18	10,5	10	6,5	8	50,0	
Tratamiento alternativo: sí	97	45,3	88	44,7	9	52,9	0,51
Tipo de tratamiento alternativo actual							
Terapias físicas (ejercicio/fisioterapia/rehabilitación)	76	78,3	71	80,7	5	55,6	0,09
Otras terapias	21	21,6	17	19,3	4	44,4	

AA: antiinflamatorio; DT: desviación típica; GABA: ácido gamma-aminobutírico; RM: Relajante muscular.

apoyo social (el 88,2% frente al 69,5%), sobre todo de sus parejas. La FM repercute más en el entorno familiar de los varones (el 88,2% frente al 68,5%), manifestándose principalmente como agotamiento ante la enfermedad.

Discusión

Éste es uno de los primeros trabajos en nuestro país que aborda la FM examinando las diferencias entre hombres y mujeres. Merece la pena mencionar que en el año 2003, en las tres clínicas que participaron en el estudio, 197 mujeres y 17 hombres fueron diagnosticados de FM. La mayor prevalencia de esta enfermedad en mujeres se ha atribuido tradicionalmente a diferencias hormonales. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que se trata de una entidad diagnóstica emergente de la que aún se conoce muy poco. No podemos excluir, por tanto, que la existencia de otros factores culturales, socioeconómicos o diferencias entre ambos sexos en cuanto a la percepción de la enfermedad, comportamiento y actitudes hacia los servicios sanitarios, puedan explicar esta menor prevalencia de la enfermedad en varones[9].

En general, las características sociodemográficas son muy similares en mujeres y hombres. El hecho de que las mujeres son derivadas de forma mayoritaria por el médico de familia al reumatólogo, mientras que los hombres lo son a través de otros especialis-

TABLA 5
Salud mental y características psicosociales de los hombres y mujeres con fibromialgia

	Total		**Mujeres**		**Hombres**		**p**
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Salud mental							
Antecedentes familiares de patología mental	43	20,1	43	21,8	0	0	-*
Antecedentes personales de patología mental	108	50,5	94	47,7	14	82,4	0,01
Patología mental actual	78	36,4	64	32,5	14	82,4	< 0,01
Características psicosociales							
Acontecimientos traumáticos	125	58,4	118	59,9	7	41,2	0,14
Tipo de acontecimiento traumático							0,60
Trauma infantil	53	42,4	50	42,4	3	42,9	
Trauma adulto	52	41,6	50	42,4	2	28,6	
No contestan	20	16,0	18	15,3	2	28,6	
Apoyo social	152	71,0	137	69,5	15	88,2	0,12
Tipo de apoyo social							0,12
Pareja	79	52	66	48,2	13	86,7	
Familiares/Amigos	73	48	71	51,8	2	13,3	
Repercusión de FM en el entorno familiar	150	70,1	135	68,5	15	88,2	0,11
Tipo de repercusión							0,24
Dependencia familiar	59	39,3	55	40,7	4	26,7	
Disminución vida social	37	24,4	35	25,9	2	13,3	
Problemas con la pareja	12	8,0	10	7,4	2	13,3	
Agotamiento familiar	42	28,0	35	25,9	7	46,7	

*El valor p no pudo calcularse porque no había hombres con familiares con antecedentes de enfermedad mental. FM: fibromialgia.

tas y realizando un mayor número de consultas previas al diagnóstico, podría indicar una mayor resistencia a diagnosticar FM a hombres que a mujeres. Al igual que hace 15 años se consideraba que las enfermedades cardiovasculares eran enfermedades «de hombres», la FM es considerada actualmente una enfermedad «de mujeres».

Sin embargo, y paradójicamente, los hombres tienen mayor porcentaje de bajas laborales que las mujeres, siendo también éstas de carácter permanente en un mayor porcentaje. Además, con más frecuencia en hombres que en mujeres, el diagnóstico de FM es el motivo de la baja laboral. Una posible explicación estaría en que el diagnóstico de FM en hombres podría considerarse de más gravedad y trascendencia que el realizado en mujeres.

Otros datos del análisis comparativo entre hombres y mujeres ponen de manifiesto que los hombres tienen peor percepción de su salud, mayor porcentaje de antecedentes psiquiátricos y patología mental actual y mayor impacto de la enfermedad. Esto podría justificar el hecho de que reciban más tratamiento farmacológico que las mujeres, pero no justificaría el porqué se les prescribe con más frecuencia fármacos considerados de última generación (GABA), aunque su eficacia no está probada. Estas desigualdades de género en las estrategias terapéuticas han sido evidenciadas en estudios previos de otras patologías. Recientemente, un estudio realizado en Escocia puso de manifiesto que las mujeres diagnosticadas de enfermedad coronaria del corazón reciben menos tratamiento preventivo que los hombres con el mismo diagnóstico, y que esta diferencia aumenta con el tiempo [26]. En España, y también en pacientes diagnosticados con enfermedades coronarias, un estudio observó un mayor esfuerzo terapéutico en hombres que en mujeres, medido en términos de acceso a la Unidad de Cuidados Intensivos (el 90% frente al 75%, respectivamente). Además, se aplicó trombosis (el 33% frente al 24%), se realizaron angioplastias (el 48% frente al 29%) y cateterismo (el 10% frente al 6%) a más hombres que mujeres [27].

En cuanto al impacto de la enfermedad, la mayor repercusión de ésta en hombres que en mujeres fue puesta de manifiesto por un estudio previo realizado en Israel [23], pero es discordante con trabajos desarrollados en Canadá y Estados Unidos, donde las mujeres presentaban igual [28] o mayor afectación y gravedad en los síntomas que los hombres [21,22]. En este estudio la enfermedad tiene mayor impacto en hombres que en mujeres. Esto podría justificarse por la influencia que tienen los factores psicosociales en la percepción del dolor, ya que los hombres en esta muestra presentan una mayor frecuencia de morbilidad psíquica. Esta mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos en hombres es un resultado contrario a lo que ocurre en población general [29], y podría estar relacionado con los diferentes roles sociales de hombres y mujeres. Una enfermedad limitante como la que nos ocupa puede afectar más al hombre, cuyo rol principal es el de sustentador. Por razones similares, el impacto de la enfermedad en los hombres podría disminuir con la edad. Las limitaciones para el desarrollo de las actividades propias de la vida diaria hacen que el estereotipo existente del varón joven fuerte que realiza tareas y trabajos pesados no se sostenga en este grupo de pacientes.

También llama la atención que los hombres presenten con mayor frecuencia antecedentes de patología mental que las mujeres. Esto podría ser explicado porque durante el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico los hombres han consultado más especialistas, muchos de ellos de salud mental. Así, el diagnóstico podría haberse realizado tras la aparición de la enfermedad, aunque no puede descartarse que se hubiese producido antes.

En conclusión, los resultados obtenidos en este estudio corroboran que existen diferencias de género en las características clínicas y psicosociales de mujeres y hombres diagnosticados con FM, así como en la repercusión de la enfermedad en sus actividades habituales, incluyendo el ámbito laboral. Además, los datos muestran que la respuesta del sistema sanitario es diferente en hombres y mujeres con el mismo diagnóstico. Esto orientaría a que, al igual que en otras patologías, existen desigualdades de género en el esfuerzo terapéutico y atención sanitaria de la FM. No obstante, las limitaciones que se describen a continuación aconsejan prudencia a la hora de interpretar estos resultados.

Dichas limitaciones derivan tanto de la patología estudiada como de la metodología empleada en el trabajo. Por una parte, hay que tener en cuenta la posibilidad del sobre o infradiagnóstico de la enfermedad, lo que viene determinado por la formación del especialista y su convicción personal en cuanto a la consideración de esta enfermedad como una verdadera entidad clínica. Además, la sensibilidad y especificidad de los criterios diagnósticos de la FM han sido recientemente cuestionados [30]. Por otra parte, el diseño transversal no permite establecer relaciones causales a partir de los datos recogidos, aunque sí se pueden ver las interrelaciones de los factores estudiados. El sesgo por pérdidas (pacientes no localizados y aquellos que no quisieron responder al cuestionario) no es relevante, teniendo en cuenta la elevada tasa de respuesta obtenida. Por último, hay que tener en cuenta el bajo número de hombres incluidos en este estudio, y sería interesante incluir más hombres con FM en próximos estudios, con la finalidad de dar solidez a los resultados aquí mostrados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ostlin P. Gender in health research – past, present and future. En Matlin S. Global forum update on research for health, Vol. 2. Londres: Pro Brook Publishing; 2005. p. 60-3.
2. Griffiths S. Men's health: unhealthy lifestyles and an unwillingness to seek medical healp. British Medical Journal. 1996;312:69-70.
3. Ruiz MT, Verdu M. Gender bias in treatment. Gaceta Sanitaria. 2006;18 Suppl 1):118-25.
4. Chandola T, Kuper H, Singh A, Bartley M, Marmot M. The effect of control at home on CHD events in the Whitehal II study: Gender differences in psychosocial domestic pathways to social inequalities in CHD. Social Science and Medicine. 2004;58(8):1501-9.
5. Consensus Document on Fibromyalgia. The Copenhagen Declaration (1993). Journal of Musculosketal pain. Vol. 1. New York: Haworth Press; 1993.
6. García A. Fibromialgia. Revista Española de Reumatología. 2000;27: 447-9.
7. Valverde M. Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Estudio EPISER (resumen). Revista Española de Reumatología. 2000;27:157.

8. Valverde M, Juan A, Rivas B, Carmona L. Fibromialgia. En: Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid: Msd y Sociedad Española de Reumatología; 2001. p. 77-91.
9. Campos Sánchez S. Fibromialgia. Rev. Esp Reumatol. 2000;27:417-20.
10. González M, Tornero J, Carbonell J, Gabriel R, Sánchez-Magro I. Calidad de vida y depresión en el estudio EPIDOR. Revista Española de Reumatología. 2005;32(2):52-9.
11. Mulero Mendoza J. Fibromialgia. Medicine. 1997;7:2682-7.
12. Bosch Romero E, Sáenz Moya N, Valls Esteve M, Viñolas Valer S. Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. Aten Primaria. 2002;30(1):16-21.
13. Wolfe F, Smythe HA, Yunnus MB, Bennet RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Artritis Rhem. 1990;33:160-72.
14. Hazemeijer I, Rasker JJ. Fibromialgia and the therapeutic domain. A philosophical study on the origins of fibromialgia in a specific social setting. Rheumatology (Oxford). 2003;42:507-15.
15. Albornoz J, Povedano J, Quijada J, de la Iglesia JL, Fernández A, Pérez-Vilchez D, et al. Características clínicas y sociolaborales de la fibromialgia en España: descripción de 193 pacientes. Rev Esp Reumatol. 1997;24:38-44.
16. Mease P. Fibromyalgia syndrome: review of clinical presentation, pathogenesis, outcome measures and treatment. J Rheumatol, Suppl 2005;32: 2063.
17. Andreu JL, Sanz J. Fibromyalgia and its diagnosis. Rev Clin Esp. 2005;205(7):333-6.
18. White K, Speechley M, Hart M, Ostbye T. Comparing Self-Reported function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario. The London FMS Epidemiology Study. Arthritis Rheum. 1999;42:76-83.
19. Tuzun EH, Albayrak G, Eker L, Sozay S, Daskapan A. A comparison study of quality of life in women with fibromyalgia and myofascial pain syndrome. Disabil Rehabil. 2004;18:198-202.
20. Wolfe F, Michaud K. Severe rheumatoid arthritis (RA), worse outcomes, comorbidity illness, and sociodemographic disadvantage characterize patients with fibromyalgia. J Rheumatol. 2004;31:696-700.
21. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ. Aspects of fibromyalgia in the general population: sex, pain threshold, and fibromyalgia symptoms. J Rheumatol. 1995; 22:151-6.
22. Yunus MB, Inanici F, Aldag JC, Mangold RF. Fibromyalgia in men: comparasion of clinical features whith women. J Rheumatol. 2000;27:485-90.
23. Buskila D, Neumann L, Aloashle A, Abu-Shakra M. Fibromyalgia syndrome in men. Semin Arthritis Rheum. 2000;30:47-51.
24. Yunus MB. Gender differences in fibromialgia and other related syndromes. Journal of Gender Specific Medicine. 2002;5(2):42-7.
25. Rivera J, González T. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: a validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. Clin Exp Rheumatol. 2004;22(5):554-60.
26. Simpson CR, Hannaford PC, Williams D. Evidence for inequalities in the management of coronary heart disease in Scotland. Heart. 2005;91(5): 630-4.
27. Larrañaga N, Baterretxea M. Infarto agudo de miocardio con ingreso hospitalario en Guipúzcoa. Gaceta Sanitaria. 2002;16 Supl 1:60.
28. Yunus MB, Celiker R, Aldag JC. Fibromyalgia in men: comparison of psychological features with women. J Rheumatol. 2004;31(12):2464-7.
29. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. World Mental Health. London: Oxford; 1995.
30. O'Malley PG, Balden E, Tomkins G, Santoro J, Kroenche K, Jackson JL. Treatment of fibromialgia with antidepressants: a meta-analysis. Journal of General Internal Medicine. 2000;15(9):659-66.