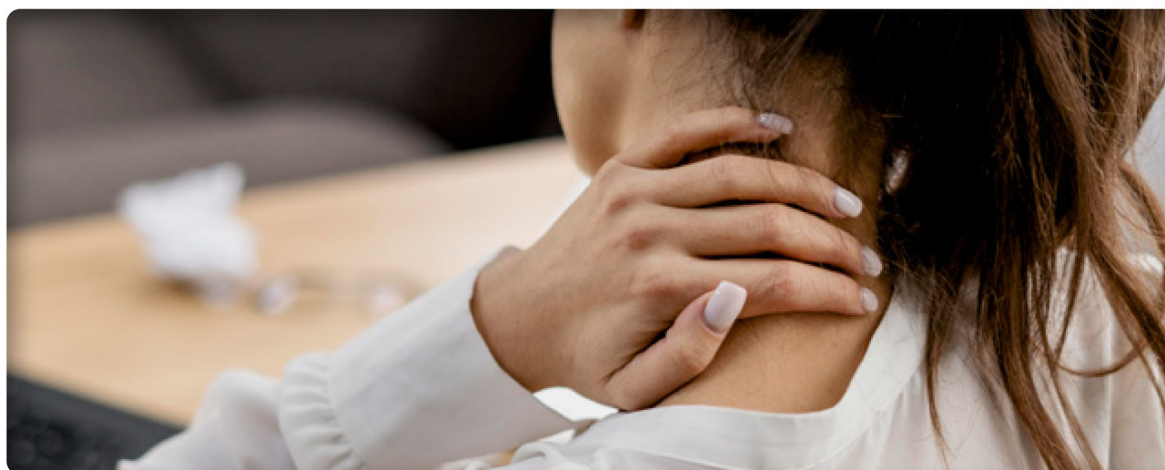




Imagen de Freeoik



**Recepción:** 09/05/2022

**Aceptación:** 22/08/2022

**Lizama Lefno, Andrea Carmina** Doctora en Sociología, Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Se graduó de Socióloga en la Universidad de Chile. Tiene 15 años de experiencia en docencia e investigación. Actualmente se desempeña como académica en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Santiago de Chile, donde trabaja en la línea de determinantes sociales con perspectiva de género, en la que ha publicado artículos científicos y capítulos de libro. Dirigió el Diplomado en Fibromialgia de la Usach y es co-editora del libro "Fibromialgia, más allá del cuerpo. Una aproximación interdisciplinaria". Es investigadora vinculada a LIS-Grupo de estudios sociales y de género sobre la corporalidad, la subjetividad y el sufrimiento evitable de la UAB.

✉ andrea.lizama@usach.cl

**González Droguett, Nelia de Los Ángeles.** Socióloga graduada de la Universidad de Chile. Diplomada en Géne-

## El impacto del trabajo reproductivo sobre la salud de mujeres con fibromialgia

### The impact of reproductive work on health of women with fibromyalgia

**Lizama Lefno, Andrea Carmina González Droguett, Nelia de Los Ángeles**

#### Resumen

El objetivo de este artículo es verificar y medir el impacto que tiene el trabajo reproductivo en la salud de mujeres con diagnóstico de fibromialgia e impulsar la discusión sobre los contextos sociales, históricos y de género como determinantes de la salud. Se realizó un análisis factorial exploratorio y posteriormente dos regresiones lineales múltiples para demostrar la relación interactuante de variables de género en la autopercepción de salud y la presencia sintomática, en 544 mujeres adultas, diagnosticadas.

La división sexual del trabajo y el aprendizaje de roles de género durante la infancia constituyen factores de vulnerabilidad para las mujeres en cuanto funcionan como determinantes sociales de la salud. El ejercicio de labores domésticas y de cuidado en el contexto de una sociedad moderna capitalista y



patriarcal se asocia con manifestaciones de malestar y enfermedad, develando la urgencia de plantear y poner en marcha políticas de cuidado con perspectiva de género.

### Abstract

The objective of this article is to check and measure the impact of reproductive work on the health of women diagnosed with fibromyalgia and to promote discussion about the social, historical and gender contexts as determinants of health. An exploratory factor analysis and subsequent multiples linear regressions were performed to demonstrate the interacting relationship of gender variables in self-perceived health and symptomatic presence in 544 diagnosed adult women. The sexual division of labor and the learning of gender roles in childhood are factors of vulnerability for women insofar as they function as social determinants of health. The exercise of domestic and care work in the context of a modern capitalist and patriarchal society is associated with manifestations of malalties and illness, revealing the urgency of proposing and implementing care policies with a gender perspective.

ro, Sociedad y Políticas Públicas en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Tiene 7 años de experiencia en diseño, ejecución y análisis de investigaciones académicas, sociales y de mercado. Se ha desempeñado como investigadora en el área de Estudios Públicos de GfK Adimark y de medios y marcas en Kantar Insights, además de proyectos en organizaciones de la sociedad civil, liderando y participando en encuestas ligadas al género y la discriminación. Participó en el equipo que realizó el Estudio de Evaluación de Servicio del Ministerio Público, en 2014 y 2015. Posee amplios conocimientos en Políticas Públicas, género y metodologías de la investigación social y análisis estadístico.

✉ nelia.gonzalez@fundaciondolmen.org

### Palabras Clave

Salud Y Género, Trabajo Reproductivo, División Sexual Del Trabajo, Determinantes Sociales De La Salud, Fibromialgia.

### Keywords

Health And Gender, Reproductive Work, Sexual Division Of Labor, Social Determinants Of Health, Fibromyalgia.



## 1. Introducción

Las contribuciones del feminismo a la conceptualización del género en las teorías sobre la salud han sido sistematizadas en tres líneas sucesivas que sirven para el análisis y la investigación de las mujeres y género, así como para la intervención y planificación en salud (Velasco, 2009).

Una primera línea, en los años setenta, con el movimiento de Salud de las Mujeres, que la autora describe como fase pre-género, se centra en politizar las necesidades específicas de las mujeres en el ámbito de la sexualidad, reproducción y salud mental, reconociendo que la salud de las mujeres conlleva transformaciones en las condiciones objetivas y no su adaptación a ellas. Se reconoce la relevancia de la subjetividad, la identidad y el significado de la experiencia en la salud y, con ello, se inicia la crítica a la patologización y medicalización de la vida de las mujeres. Una segunda línea recurre a los lineamientos teóricos metodológicos de la epidemiología, se develan aquí las desigualdades sociales y de género como un problema de salud pública, a través de un análisis vinculado a la variable “género”, que identificó sesgos en la atención sanitaria, el vínculo con lo socioeconómico, el estado de salud, la división sexual del trabajo, las condiciones de trabajo productivo, estado civil, edad y clase social. Y una tercera línea incorpora el análisis de género como factor determinante de la salud y la enfermedad. En este sentido, se habla de modelos de relaciones de género, se analizan los roles e identidades y se establece por qué se producen las desigualdades. Se observa cómo el género condiciona y afecta la salud de hombres y mujeres y se establecen factores de vulnerabilidad en salud a partir del análisis del sistema sexo/género.

En relación a los factores de vulnerabilidad en salud, Mora, Pujal i Llombart y Albertin (2017) reconocen la organización sexista de la vida social como contexto de vulnerabilidad y fragilidad diferenciada según sexo y género. Las autoras afirman que:

Una de las principales características de la organización sexista en Occidente es la división sexual del trabajo, tanto en el ámbito privado como en el público, tanto en el ámbito doméstico como en el profesional, tanto en la generación y control de los recursos como en su administración. Otra característica fun-

damental es la construcción imaginaria y simbólica de las subjetividades de género y las relaciones sociales mediatizadas por esta categoría. (p.3)

Este trabajo profundiza en el fundamento del género como determinante social de la salud de mujeres chilenas con diagnóstico de fibromialgia, poniendo en evidencia variables asociadas a los contextos sociales, históricos y de género que impactan en su autopercepción de salud y en la presencia sintomática. A saber, el trabajo remunerado y no remunerado, este último entendido como trabajo doméstico y de cuidados, y la superposición de ambos, tanto a nivel operativo como psicosocial, manifestado en la imposibilidad de abandonar física, mental y emocionalmente la responsabilidad del ejercicio de ambos roles; el ejercicio de la jefatura de hogar como rol de provisión, y el aprendizaje del trabajo doméstico y de cuidados en el ejercicio de estos en la niñez.

### 1.1 Teoría ecosocial y modelo biopsicosocial como fundamento de análisis

El presente análisis está fundamentado en la mirada constructivista que sostienen las teorías críticas sobre la salud que reivindican el contexto social y la subjetividad en el estudio y abordaje clínico de la salud (Velasco, 2009). La teoría ecosocial de la salud (Krieger, 2001) asume los patrones dinámicos de la salud y la enfermedad en relación con los múltiples niveles de organización biológica, ecológica y social existentes, desde una célula, pasando por un organismo, un individuo, una familia, una comunidad, una sociedad y hasta un ecosistema; esto es, considera las condiciones socioestructurales como parte del sistema ecológico productor de salud y enfermedad. Krieger afirma que “ningún aspecto de nuestra biología puede entenderse sin el conocimiento de la historia y las formas de vida individuales y sociales” (Krieger, 2001, p.62). La teoría ecosocial surge como crítica a las perspectivas psicosociales que sitúan la responsabilidad de la enfermedad en el individuo, como elector de estilos de vida insalubres e incapaz de manejar el estrés, y dejan en impunidad a la estructura sociopolítica como productora de condiciones sociales tóxicas y desigualdades sociales en salud (Velasco, 2009).

Luego, en coherencia con la teoría ecosocial, el modelo biopsicosocial (MBPS) sirve “para entender cómo el su-



frimiento y la enfermedad están influidos por múltiples niveles de la organización humana, que van desde el molecular hasta el social” (Tizón, 2007, p.93). Borrel i Carrió, Epstein y Suchman (2004) plantean también la relevancia de comprender la experiencia subjetiva de enfermarse como un elemento esencial para un diagnóstico preciso y el alcance de la salud y el bienestar. Los autores reivindican conceptos como la capacidad de introspección experiencial y empatía para el ejercicio de una clínica con una mirada relacional, intersubjetiva, constructivista, integrando así el factor psicológico al enfoque biosocial de la teoría ecosocial. Este modelo resulta de utilidad en este análisis pues incorpora el componente de la subjetividad construida en el mundo social y pone en el centro del análisis al sujeto y su experiencia. Es adecuado en tanto que define la enfermedad no sólo como un evento o condición fisiopatológica (bio) sino también como malestares percibidos por el sujeto (psico) en consideración de su contexto histórico de socialización (social), y de esa manera, comprenderla como el producto de la experiencia vivida bajo la influencia de factores como la clase social y el género (Velasco, 2009).

El género y la clase social conforman elementos centrales para comprender el fenómeno biopsicosocial de la salud en Chile, en cuanto sociedad moderna capitalista y patriarcal. Los roles de género constituyen “normas sociales y de conducta que, dentro de una cultura específica, son ampliamente aceptadas como socialmente apropiadas para las personas de un sexo específico” (ONU Mujeres, 2017, p. 62). Éstos constituyen labores y responsabilidades específicas para cada género, siendo socializadas y aprendidas desde la infancia. La división sexual del trabajo, como organización sexista de la vida social en un modelo de género tradicional, asigna el cuidado y las labores domésticas a las mujeres y la provisión del hogar a los hombres, siendo esta asignación un mandato internalizado y arraigado con tal fuerza que impacta en todas las dimensiones de la vida social y personal (Velasco, 2009).

El grupo socioeconómico (GSE), al ser un sello estructural histórico y de impacto transversal en toda sociedad, resulta pertinente de ser considerado una variable válida en términos de análisis. De acuerdo a la encuesta CASEN del 2017, el 10% más rico de los hogares obtiene un 38,1% del ingreso monetario del país, mientras el 10%

más pobre un 1,4%, con ingresos promedio mensual de 4.600 USD y de 165 USD, respectivamente. El coeficiente de Gini, según la CASEN del 2020 no ha variado significativamente durante lo que va del siglo XXI, alcanzando 0,527 el 2020 (CASEN, 2017; 2020; Gallego, Hodge, Larrañaga & Martínez, 2018).

Las mejores condiciones socioeconómicas y su impacto sobre la salud están dadas por el acceso a una mejor atención, la exposición a factores de riesgo protectores, mayor disponibilidad de recursos para evitar riesgos o minimizar las consecuencias de una enfermedad (Cockerham, 2011). De este modo, en el caso de Chile, quienes tienen más ingresos tienen una mejor adherencia a los tratamientos (Sandoval, Chacón, Muñoz, Henríquez, Koch, & Romero, 2014), tienen menor prevalencia de síntomas de depresión moderada (COES, 2018), una mayor expectativa de vida (Romero, 2009), mejor nutrición infantil y mejor percepción de estado de salud (CASEN, 2017), entre otras. Por este motivo, el Grupo socioeconómico (GSE) es una variable que incorporamos en el presente análisis.

La discusión ligada a las miradas feministas de la economía busca relevar y reconocer el rol del trabajo no remunerado de las mujeres a través de la introducción de las relaciones de género dentro del sistema socioeconómico, ampliando la noción marxista y neoclásica de la economía (Pérez-Orozco, 2014). Este tipo de trabajo, denominado también “reproductivo” tiene como objetivo reproducir biológica y socialmente a la humanidad y, se encuentra compuesto por el trabajo de tipo doméstico y el de cuidados. El primero está referido a las actividades “vinculadas a la conservación del patrimonio del hogar” (Beltrán, 2003), como las relacionadas a los alimentos, limpieza, mantenimiento general, administración del hogar, entre otras.

El trabajo de cuidados, por su parte, hace referencia a “la prestación de servicios personales para satisfacer aquellas necesidades físicas y mentales básicas que permitan a una persona funcionar en un nivel socialmente aceptable” (Himmelweit, 2007, p. 581). Una de sus principales características es que se realiza con sentido de responsabilidad, sin que necesariamente esté vinculado a una retribución monetaria (Folbre & Nelson, 2000). Por esta razón, no sigue la lógica neoclásica de la economía, buscando maximizar las ganancias, sino que se encuentra



dado por el afecto, por lo que no se la puede separar de quien la realiza.

La problemática para la salud radica en que no necesariamente estas tareas son recíprocas, por lo que las mujeres, en muchas ocasiones terminan ocupándose más de los demás que de sí mismas, siendo agentes de salud, pero no sujeto de ella (Rohlf's et al., 2000). Esta inequidad fue medida en Chile en el año 2015 a través de la Encuesta Nacional de Uso del tiempo, donde quedó de manifiesto que mientras los hombres dedican 2,74 horas al trabajo no remunerado, las mujeres le dedican 5,89 horas; aumentándose esa diferencia en el tramo de edades que van entre los 25 y 45 años. En este segmento es precisamente donde, además, se dan las mayores diferencias en torno al tiempo dedicado al trabajo de cuidado de los integrantes del hogar cuyas edades transcurren entre los 5 y 14 años (Instituto Nacional de Estadística, 2016). Asimismo, diversos o varios estudios demuestran que sólo el 11% de las parejas heterosexuales distribuye la carga de trabajo equitativamente entre hombres y mujeres (Comunidad Mujer, 2017).

### **1.2 Autopercepción de salud, multimorbilidad y fibromialgia: la prevalencia según sexo como escenario sugerente de la presencia de contextos de vulnerabilidad de género**

La percepción del propio estado de salud es una de las principales manifestaciones de calidad de vida en la población. La última Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud en Chile, realizada en el 2016, muestra que hay una diferencia estadísticamente significativa en la autopercepción de salud de hombres y mujeres. Un 17,7% de los hombres declara su salud como regular o mala, mientras que un 31,9% de las mujeres reportan dicha categoría. A nivel poblacional, un 24,9% de los consultados lo declara de esa manera. Un factor relevante de la autopercepción de salud es la multimorbilidad; esto es, la presencia de más de una enfermedad simultáneamente (Ministerio de Salud de Chile, 2017).

En Chile, 11 millones de adultos de 15 años o más viven con dos o más enfermedades crónicas simultáneas y, más de dos millones de personas presentan un nivel crítico de multimorbilidad, esto es, viven con cinco o más enfermedades. La multimorbilidad crónica es uno de los

principales problemas de salud pública reportados por la Encuesta Nacional de Salud 2016 (Margozzini, Pizarro, Orellana, Anriquez, Lorna & Passi, 2016; Margozzini & Passi, 2018). Es un fenómeno más común en países de ingresos medio y bajo, y al interior de los países es más frecuente en mujeres y en poblaciones desfavorecidas socioeconómica y educacionalmente (World Health Organization, 2016; Margozzini et al., 2016; Uijen & Van de Lisdonk, 2009).

La fibromialgia es un diagnóstico músculo-esquelético que se clasifica dentro de las enfermedades reumatológicas. En 1990, el American College of Rheumatology (ACR) la definió como un estado doloroso generalizado no articular que afecta predominantemente a las zonas musculares y raquis, presentando una exagerada sensibilidad en múltiples puntos predefinidos (Wolfe et al., 1990), y estableció los primeros criterios diagnósticos, siendo primario el conteo de puntos dolorosos, que corresponden a zonas fisiológicamente más sensibles a la presión, donde la mayor percepción del estímulo mecánico a la presión se transforma en dolor (Valls, 2008), en desconsideración de la relevancia de la multiplicidad de síntomas asociados. Los criterios diagnósticos se han ido ajustando periódicamente, haciéndose cada vez más precisos. En 2010 se incorporaron más de 40 síntomas reconocidos, siendo el principal el dolor crónico, seguido de fatiga crónica, problemas cognitivos como pérdida de memoria y capacidad de concentración y atención, trastornos del sueño y de salud mental (Moyano, Kilstein & Alegre de Miguel, 2015). Hoy se utilizan los criterios revisados y establecidos por Wolfe et al. (2016), a la vez que se propone un abordaje diagnóstico multidisciplinario y biopsicosocial (Pujal i Llombart & Mora, 2013; Vargas, 2021b).

La fibromialgia afecta a un 1,78% de la población general, según un metaanálisis realizado en 2017, que consideró 65 estudios (Heidari, Afshari & Moosazadeh, 2017). Según este proyecto, la prevalencia aumenta en poblaciones que presentan distintas patologías: en personas con diagnósticos reumatológicos es de 15,2%, en pacientes en hemodiálisis es de 14,8%, y en sujetos que presentan colon irritable es de 6,3%. La prevalencia según sexo ha conllevado controversias y múltiples hipótesis, y las diferencias en los resultados según sexo comportan el sesgo de la histórica irresolución diagnóstica de la patología.



No obstante, luego de un estudio en metaanálisis que consideró 27 investigaciones, se han consensuado evidencias en el campo biomédico. La fibromialgia alcanza una prevalencia de 4,0% en mujeres y 2,7% en hombres. Si se desconsideran los puntos dolorosos como criterio diagnóstico, la razón entre mujeres y hombres es de 3:1. Finalmente, se concluye que la enfermedad sería más prevalente en mujeres, mayores de 50 años, de menor nivel educativo, grupo socioeconómico y de residencia rural (Queiroz, 2013; Vargas, 2021a).

La mayor prevalencia en mujeres parece sostener la feminización de la fibromialgia, acarreado estereotipos y sesgos en el abordaje político e investigativo, esto es, despriorización del diagnóstico en los planes nacionales de salud, cuestionamiento de las licencias médicas, limitación de recursos para la investigación y, en el ámbito clínico, la desestimación de los malestares declarados, hiper-medicalización, derivación excesiva, descalificación y maltrato por parte de profesionales médicos hacia las pacientes mujeres (Briones-Vozmediano, 2017; Lizama-Lefno, 2021).

Vargas (2021a) la define como una condición devastadora a nivel individual, uno de los principales motivos es la multi-morbilidad asociada, sobre todo, con trastornos de salud mental. Según Carta et al. (2018), la asociación de la fibromialgia con trastornos psiquiátricos es de 65%, siendo las más frecuentes la depresión mayor (43,6%) y el trastorno bipolar (21,1%). En Chile, un 70% de mujeres con fibromialgia declaró estar diagnosticada de depresión; 52,8% de colon irritable; 50,3% de cefalea; 11,8% dijo tener algún trastorno de personalidad y 13,3% otro diagnóstico de salud mental. Finalmente, un 94,7% de las mujeres con fibromialgia se declara multimorbida; esto es, ha sido diagnosticada con una o más enfermedades, además de la fibromialgia, representando el 11,4% un nivel de multimorbilidad crítico (Lizama-Lefno & Rojas-Contreras, 2019).

En definitiva, la autopercepción de salud, la multimorbilidad y la fibromialgia son fenómenos relacionados que invitan a poner en análisis, una vez más, a los determinantes sociales de la salud, las desigualdades de género y el androcentrismo que subyacen en las diferencias observadas en la prevalencia de fibromialgia entre sexos.

Hay autores que afirman que la fibromialgia devela las perversidades de la sociedad moderna capitalista y patriarcal, definiéndola no únicamente como un problema de salud pública sino también como un fenómeno sociológico, cultural y político. “La fibromialgia es un ejemplo más de los problemas del humano postmoderno enraizado en una sociedad que se niega a corregir sus más profundos defectos” (Lizama, Vargas y Rojas, 2021, p.118).

Se trata de malestares que son más frecuentes en las sociedades globalizadas y neoliberales actuales, debido a un aumento exponencial en las últimas décadas del sufrimiento evitable, que es fruto de condiciones sociales, culturales y de poder adversas a la vida, como diferentes violencias simbólicas y estructurales, que afectan sobre todo a los grupos más vulnerables en los que confluyen e interactúan diferentes ejes de poder y desigualdad. (Pujal i Llombart, Mora & Schöngut, 2017, p.71)

El objetivo de este artículo es develar el trabajo no remunerado que es determinante social de la salud de las mujeres con fibromialgia, poniendo en análisis variables asociadas a las labores domésticas y de cuidado, controlando el efecto del grupo socioeconómico. Esto, para establecer una línea base que sostenga posteriores análisis de género en salud.

## 2. Materiales y métodos

### *Perspectiva epistemológica adoptada*

La metodología utilizada fue de tipo cuantitativa, por cuanto se busca trabajar con datos que son susceptibles de ser medidos o contados. La metodología cuantitativa se caracteriza por la utilización de números para medir la realidad social y por ser de tipo secuencial y probatorio, esto es, implica seguir un orden riguroso y determinado que considera la utilización de una teoría de medición, una determinación y medición de variables, una disposición de procedimientos específicos de la obtención de información y por la utilización de la estadística como herramienta clave de manipulación de la información obtenida (Asún 2006; Hernández, Fernández & Baptista, 2016).



Por otro lado, el alcance de la investigación en una primera instancia es de tipo descriptivo, en tanto que permite cuantificar, a modo de línea de base, las características de la población afectada de fibromialgia, incluyendo dimensiones fisiológicas, psicológicas y sociodemográficas. En el caso del presente artículo, el alcance se extiende hacia lo explicativo, puesto que busca medir el impacto que tiene el trabajo reproductivo en la salud de las mujeres con diagnóstico de fibromialgia sobre su sintomatología.

#### *Diseño y descripción de la muestra*

El estudio es de tipo prospectivo y transversal, esto es, los datos se obtienen en un momento único de medición puntual y se analizan a posteriori. La población objetivo de la investigación está conformada por mujeres que residen en Chile, mayores de 18 años, que declaran estar diagnosticadas de fibromialgia.

El diseño muestral, por su parte, es no probabilístico, los resultados no son extrapolables, ya que la selección muestral no se encuentra determinada a partir de un universo concreto. A efectos del análisis presentado en este artículo, se trabajó con una muestra de 544 casos, obtenidos en el trabajo de campo.

#### *Técnicas e instrumentos de recolección de datos*

Para recolectar los datos, se aplicó vía internet un cuestionario anónimo autoadministrado, con el propósito de perfilar a la población desde una perspectiva biopsicosocial. La aproximación a las mujeres se realizó ma-

yoritariamente a través de redes sociales, en particular Facebook, alcanzando sobre todo a personas con participación en grupos relacionados con la fibromialgia, además de la aplicación presencial en eventos realizados por estos grupos.

La disposición del cuestionario estuvo condicionada a la firma de consentimiento informado en línea. El proyecto fue aprobado por el comité de ética de la Universidad de Santiago.

El instrumento contiene 60 preguntas que recogen 93 variables distribuidas en ocho apartados que tributan a las dimensiones del enfoque biopsicosocial (Velasco, 2009). El diseño fue realizado con la participación de un panel multidisciplinario de expertos y expertas que revisaron la propuesta, contribuyendo desde sus campos disciplinarios.

Para efectos del presente análisis, incluimos aquellas variables que se encontraban más ligadas a los conceptos vinculados al trabajo productivo y reproductivo, incorporando, de este modo, preguntas por el tiempo destinado a ambos tipos de actividades, y cómo estas ocurrieron además en la infancia. Asimismo, consideramos una variable referida a la Doble Presencia, contenida en la versión breve del Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo SUSESO/ISTAS 21 (Superintendencia de Seguridad Social, 2013), así como una consulta por la jefatura de hogar. Las nueve variables asociadas a los propósitos de este trabajo corresponden a las siguientes:

**Tabla 1.** Variables.

Nombre de la variable	Categorías
Autopercepción de estado de salud general (dependiente)	Mala/Regular/Buena/Muy Buena/Excelente
Cantidad de síntomas de declarados (dependiente)	(variable escalar)
Tiempo dedicado al trabajo doméstico y de cuidados (horas diarias)	No realizo ninguna de estas labores/Entre 1 y 4 horas/Entre 4 y 8 horas/Más de 8 horas
Carga mental (frecuencia en que piensa en las exigencias domésticas y laborales cuando está en el trabajo)	Nunca/Sólo unas pocas veces/Algunas veces/La mayoría de las veces/Siempre
Cuidado de algún familiar en la infancia	Nunca/Casi nunca/A veces/ Casi siempre/ Siempre
Desempeño de labores domésticas en la infancia	Nunca/Casi nunca/A veces/ Casi siempre/ Siempre
Tiempo dedicado al trabajo remunerado (horas diarias)	No tengo trabajo remunerado/Entre 1 y 4 horas/ Entre 4 y 8 horas/Más de 8 horas
Ejercicio de la jefatura de hogar	Si/No
Grupo socioeconómico (GSE)	ABC1/C2/C3/D/E/No calculable

**Fuente:** Elaboración propia a partir de Estudio de Caracterización Biopsicosocial de Población Afectada de Fibromialgia (2017)

#### *Técnica de análisis de datos*

Para cumplir con los objetivos propuestos, se recurre al análisis de datos multivariable: analizar los datos de manera explicativa. De este modo, las técnicas utilizadas permiten contrastar las hipótesis planteadas en la literatura que relacionan la organización sexista de la vida doméstica con la salud de las mujeres (Mora, Pujal i Llombart, Albertin, 2017), permitiendo predecir las puntuaciones de las variables dependientes a partir de las puntuaciones interactuantes latentes de las variables independientes.

El análisis de los datos se trabajó con el software estadístico IBM SPSS Statistics 25. Se realizó un análisis factorial y dos regresiones lineales múltiples (RLM). En el análisis factorial fueron incluidas las variables: *Tiempo de trabajo doméstico y de cuidados*; *Carga mental*; *Persona que desempeña mayormente las labores domésticas en el hogar*; *Cuidado de algún familiar en la infancia*; *Labores domésticas en la infancia*; *Tiempo de trabajo remunerado*; *Ejercicio de la jefatura de hogar*. La **forma exploratoria** resultó ser la más pertinente (por sobre la **confirmatoria**) puesto que no se tiene una configuración previa de factores intervinien-





tes, buscando principalmente, la dimensión latente asociada a los conceptos de labores de cuidado y trabajo no remunerado (trabajo reproductivo) y su vinculación con el de tipo remunerado (productivo). Además, se sugiere como un paso previo para otras técnicas multivariadas posteriores, en este caso, regresiones lineales (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1999).

En línea con lo anterior, se utilizó el método de componentes principales, pues es el más recomendado para el análisis factorial exploratorio, en tanto analiza la varianza completa y no sólo la común (Morales Vallejo, 2013) además de entregarle parsimonia al modelo, puesto que busca explicar la mayor cantidad de varianza con la menor cantidad de componentes. Asociado a esto, se realizó la estandarización de las variables a través de puntaje z, para evitar la influencia de las unidades de medida en el proceso, así como la disparidad de sus distribuciones (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1999).

Finalmente, se aplicó la rotación varimax, pues genera una matriz que es más fácil de interpretar ya que “tiende a forzar la diferenciación, los contrastes y deja más clara la estructura subyacente a toda la escala” (Morales Vallejo, 2013) maximizando, de este modo, la varianza explicada. Por otra parte, los autovalores son considerados superiores a 1, pues se busca que cada factor explique, por lo menos, la varianza de una variable.

El análisis factorial exploratorio, de este modo, se constituye como la antesala de las regresiones lineales múltiples; incluyendo en estas últimas los factores latentes obtenidos (a través de puntuaciones factoriales) y la variable Grupo socioeconómico (GSE), que permitió controlar el efecto de estos componentes. Estos análisis incluyen a las variables dependientes.

La realización de las regresiones lineales múltiples viene dada por el carácter ordinal y escalar de las variables dependientes, así como el de las puntuaciones factoriales de las variables predictoras. Esto, para cumplir con el principio de parsimonia, donde se explica la mayor parte de la varianza, con el mínimo de variables independientes, utilizándose como método de selección el de “Introducir” o (en rigor) incorporar la totalidad de las variables predictoras, en un solo paso, verificando su aporte de manera relativa (Marín García, 2013; Fierro, 2012).

### 3. Resultados

A continuación, se presentan en primer lugar los resultados del análisis factorial exploratorio, señalando los principales componentes que forman parte del modelo y las variables que lo conforman. Posteriormente, se entregan los resultados de las regresiones lineales con las variables dependientes de autopercepción de salud y cantidad de síntomas. Con esto, se busca señalar la capacidad explicativa de los factores que representan los determinantes, controlado por el grupo socioeconómico.

#### 3.1 Análisis factorial exploratorio

El análisis factorial es un procedimiento de análisis multivariado que busca analizar la interdependencia entre las variables a través de su agrupación, razón por la cual no hay distinción entre dependientes e independientes. Para Hair, Anderson, Tatham, & Black (1999) son dos sus principales objetivos: analizar la correlación entre variables para descubrir una estructura latente y obtener puntuaciones factoriales, generando variables adicionales de carácter explicativo.

Los resultados del análisis factorial exploratorio comienzan con la revisión del nivel de interacción entre las variables, a través del indicador Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que, en este caso, obtuvo un valor de (0,500). Pese a que es esperable que el valor sea superior a (0,70), de igual manera cumple con la condición de no ser inferior a (0,50) (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1999), dando cuenta de la existencia de intercorrelación entre las variables. Por otra parte, para la Prueba de Esfericidad de Bartlett, el valor de la significancia estadística es inferior a (0,05), reforzando la existencia de correlaciones entre las variables, razón por la cual es posible seguir avanzando con el análisis factorial exploratorio (Tabla 2).

Lo que nos señalan, por tanto, los resultados anteriores es que las variables de tiempo dedicado al trabajo doméstico y de cuidados, carga mental, cuidado de algún familiar en la infancia, desempeño de labores domésticas en la infancia, tiempo dedicado al trabajo remunerado (horas diarias) y el ejercicio de la jefatura de hogar se encuentran relacionadas entre sí, teniendo un significado sustantivo común.

**Tabla 2.** Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,500
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aproximación Chi-cuadrado	307,459
	Grados de libertad	15
	Sig.	,000

**Fuente:** Elaboración propia a partir de Estudio de Caracterización Biopsicosocial de Población Afectada de Fibromialgia (2017)

**Tabla 3.** Varianza total explicada por Método de componentes principales.

	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	1,684	28,069	28,069	1,684	28,069	28,069	1,508	25,128	25,128
2	1,420	23,660	51,729	1,420	23,660	51,729	1,411	23,515	48,643
3	1,152	19,198	70,927	1,152	19,198	70,927	1,337	22,284	70,927
4	0,763	12,719	83,646						
5	0,510	8,499	92,145						
6	0,471	7,855	100,000						
7	1,684	28,069	28,069						

**Fuente:** Elaboración propia a partir de Estudio de Caracterización Biopsicosocial de Población Afectada de Fibromialgia (2017)



Los resultados del análisis factorial se presentan en la Tabla 3. En dicho análisis, las seis variables iniciales fueron reducidas a tres componentes, las que explican en su conjunto el 71% de la varianza total, cumpliendo el criterio de alcanzar el 60% como mínimo sugerido para las ciencias sociales (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1999).

En términos generales los tres componentes explican una varianza muy similar entre sí; sin embargo, el componente 1, que está conformado por las variables *Cuidado de algún familiar en la infancia* y *Labores domésticas en la infancia*, es el que presenta un valor mayor, alcanzando un 25% del total, siendo denominado “Socialización del trabajo doméstico y de cuidados”.

El componente 2 fue nombrado como “Trabajo remunerado y jefatura de hogar” y está compuesto por las variables *Tiempo dedicado al trabajo remunerado* y *Ejercicio de la jefatura de hogar*, alcanzando el 24% de la varianza total explicada.

Finalmente, el componente 3 explica el 22% y está conformado por las variables *Tiempo dedicado al trabajo doméstico y de cuidados* y *Carga mental*. La descomposición de estas variables en componentes post rotación varimax (herramienta que potencia los contrastes a través de la normalización Kaiser y una convergencia de cuatro iteraciones) se encuentra en la Tabla 4.

Estos resultados dan cuenta de que la manera en que se agruparon las variables se condice con lo planteado en las conceptualizaciones vinculadas a la economía feminista, donde los datos fueron agrupados de manera diferenciada en torno a lo remunerado y lo no remunerado, es decir, las esferas del trabajo con el que interactúan las mujeres, correspondientes al trabajo productivo y al de tipo reproductivo. Respecto al componente 1 (“Socialización del trabajo doméstico y de cuidados”), posiblemente fue generado de manera independiente a causa de la referencia a la infancia.

**Tabla 4.** Matriz de componente rotado

	Componente		
	1	2	3
Cuidado de algún familiar en la infancia	0,881	0,001	-0,013
Labores domésticas en la infancia	0,847	0,074	0,148
Tiempo dedicado al trabajo remunerado	0,035	0,835	-0,158
Ejercicio de la jefatura de hogar	0,040	0,748	0,145
Tiempo dedicado al trabajo doméstico y de cuidados	0,096	-0,280	0,803
Carga mental	0,045	0,265	0,790

**Fuente:** Elaboración propia a partir de Estudio de Caracterización Biopsicosocial de Población Afectada de Fibromialgia (2017)



### 3.2 Regresión lineal múltiple

Una vez establecidos los componentes, se realizaron dos análisis de regresión lineal múltiple, considerando como variables dependientes a la *Autopercepción de estado de salud general* y la *Cantidad de síntomas declarados*. En ambos casos, se incorporaron los componentes como variables independientes escalares (Trabajo remunerado y carga mental, Trabajo remunerado y jefatura de hogar, Socialización del trabajo doméstico y de cuidados), adicionando la variable Grupo socioeconómico (GSE).

*Regresión Lineal Múltiple (RLM): Autopercepción de estado de salud general*

En el caso del primer modelo, presentado en la Tabla 5, el porcentaje de varianza explicada es bajo, alcanzando sólo el 2,2%. Pese a esto, es estadísticamente significativo, como se muestra en la Tabla 6, rechazándose la hipótesis nula, por lo que se demuestra la relación lineal entre la *Autopercepción de estado de salud general* y las variables independientes.

Como resultado, se observa (Tabla 7) que sólo una variable resultó ser estadísticamente significativa para el mo-

**Tabla 5.** Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,175 <sup>a</sup>	0,030	0,022	0,704

**Fuente:** Elaboración propia a partir de Estudio de Caracterización Biopsicosocial de Población Afectada de Fibromialgia (2017)

**Tabla 6.** Anova

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1 Regresión	6,996	4	1,749	3,528	,008 <sup>b</sup>
Residuo	222,581	449	0,496		
Total	229,578	453			

**Fuente:** Elaboración propia a partir de Estudio de Caracterización Biopsicosocial de Población Afectada de Fibromialgia (2017)



**Tabla 7.** Coeficientes

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	B	Desv. Error	Beta	t	Sig.
1 (Constante)	1,781	0,036		49,822	0,000
G. Socioeconómico	-0,001	0,001	-0,024	-0,519	0,604
Socialización del trabajo doméstico y de cuidados	-0,049	0,033	-0,068	-1,466	0,143
Trabajo remunerado y jefatura de hogar	0,002	0,033	0,003	0,058	0,954
Trabajo no remunerado y carga mental	-0,113	0,033	-0,158	-3,406	0,001

**Fuente:** Elaboración propia a partir de Estudio de Caracterización Biopsicosocial de Población Afectada de Fibromialgia (2017)

delo que predice la Autopercepción del estado de salud general, correspondiente al factor “Trabajo no remunerado y carga mental”, mostrando un coeficiente estandarizado beta de -0,158. Con dicho valor se verifica una relación inversamente proporcional, esto es, la mayor cantidad de horas de trabajo no remunerado, junto a una mayor carga mental, se asocian con una peor autopercepción del estado de salud general.

*Regresión Lineal Múltiple. RLM – Cantidad de síntomas declarados*

En el segundo modelo se mantuvieron las variables predictoras (Trabajo remunerado y carga mental, Trabajo remunerado y jefatura de hogar, Socialización del trabajo doméstico y de cuidados y GSE); no obstante, la dependiente se cambió por *Cantidad de síntomas declarados*, presentando un porcentaje de varianza explicada bastante similar, alcanzando el 3,0% (Tabla 8). Pese a esto, el modelo continúa siendo estadísticamente significativo,

dado que presenta una significación en ANOVA inferior a 0,05, según se presenta en la Tabla 9.

En la tabla 10 se advierte que dos componentes resultaron ser estadísticamente significativos: “Socialización del trabajo doméstico y de cuidados” y “Trabajo no remunerado y carga mental”. En el caso del primero, se presenta un coeficiente estandarizado de 0,122, siendo directamente proporcional con la variable dependiente: a medida que aumenta la realización de trabajo doméstico y de cuidados en la infancia, mayor es la cantidad de síntomas declarados.

El segundo componente, por su parte, muestra un coeficiente estandarizado beta de 0,152, dando cuenta de una relación directamente proporcional con la *Cantidad de síntomas declarados*: a medida que aumenta el tiempo dedicado a labores domésticas y de cuidados y es mayor la carga mental, aumenta también la *Cantidad de síntomas declarados*.

**Tabla 8.** Resumen del modelo <sup>b</sup>

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,195 <sup>a</sup>	0,038	0,030	5,781

**Fuente:** Elaboración propia a partir de Estudio de Caracterización Biopsicosocial de Población Afectada de Fibromialgia (2017)

**Tabla 9.** Anova

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1 Regresión	594,269	4	148,567	4,445	,002 <sup>b</sup>
Residuo	15006,915	449	33,423		
Total	15601,184	453			

**Fuente:** Elaboración propia a partir de Estudio de Caracterización Biopsicosocial de Población Afectada de Fibromialgia (2017)

Los resultados de ambas regresiones, esto es, aquellas cuya variable dependiente fue la *Autopercepción del estado de salud general* y *Cantidad de síntomas declarados*, dan cuenta de cómo el trabajo no remunerado resulta central al momento de explicar y comprender la salud de las mu-

jes diagnosticadas con fibromialgia, incluso más que el de tipo remunerado. Pese a no ser el R cuadrado ajustado lo suficientemente robusto (en ninguno de los dos casos) sí logra mostrar una tendencia relevante para la conceptualización del fenómeno.



**Tabla 10.** Coeficientes

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	B	Desv. Error	Beta	t	Sig.
1 (Constante)	14,571	0,294		49,643	0,000
G. Socioeconómico	-0,002	0,012	-0,010	-0,208	0,835
Socialización del trabajo doméstico y de cuidados	0,714	0,272	0,122	2,622	0,009
Trabajo remunerado y jefatura de hogar	0,051	0,273	0,009	0,186	0,852
Trabajo no remunerado y carga mental	0,891	0,272	0,152	3,278	0,001

**Fuente:** Elaboración propia a partir de Estudio de Caracterización Biopsicosocial de Población Afectada de Fibromialgia (2017)

#### 4. Conclusión y discusión

Los resultados mostrados en la presente investigación dan cuenta de dimensiones relevantes en torno al trabajo formulado bajo la lógica de la economía feminista, específicamente sobre la conceptualización del trabajo. Vemos, de este modo, que para una población de mujeres patologizadas con fibromialgia, las variables se agrupan precisamente en torno a lo remunerado (productivo) y no remunerado (reproductivo), además de la socialización en torno a lo segundo.

Asimismo, la dimensión vinculada al trabajo doméstico y de cuidados resultó ser la principal variable que permite explicar el estado de salud general de las mujeres consultadas, así como, en conjunto con el componente de socialización, lo fue para explicar la cantidad de síntomas declarados.

Empíricamente, por tanto, queda en evidencia que los aspectos vinculados al trabajo no remunerado (tomando de este modo la base de la perspectiva de género) deben ser considerados al momento de dar lectura a la salud de poblaciones específicas, así como su incorporación como variable relevante al momento de formular y evaluar políticas públicas.

De este modo, los resultados de nuestro estudio evidencian el peso que tiene la persistencia de patrones tradicionales de la división sexual del trabajo sobre la salud de las mujeres, estableciendo una estructura de relaciones de dominación y explotación entre hombres y mujeres que constituye un factor de vulnerabilidad para ellas (Mora, Pujal i Llombart & Albertin, 2017). Esto se manifiesta en la percepción de peor estado de salud asociado a la ejecución de labores domésticas y de cuidado, en la infancia y en la adultez, así como en forma de carga mental durante las horas de trabajo remunerado.



La vinculación del trabajo reproductivo, específicamente el doméstico y del cuidado, con la problemática de la salud, viene dada por la escasa reciprocidad en términos de satisfacción o reconocimiento por su realización, en tanto que las mujeres se ocupan mayoritariamente de otros y no de ellas mismas, dejando de lado, por tanto, su bienestar. Este aspecto cobra especial relevancia si se considera que estas labores son aprendidas a través de una socialización temprana, por lo que son experiencias, roles y estereotipos que comienzan a ser internalizados desde la infancia en forma de mandatos de género, que actúan y se perpetúan durante el ciclo vital de las mujeres, produciendo malestares físicos, psicológicos y emocionales, impactando en su bienestar, induciendo la enfermedad, pues “De forma sintética, el supuesto del conjunto de las teorías contextuales es que la persona vive y enferma según la impronta que le causan la cultura y las situaciones sociales” (Velasco, 2009, p.33).

El principal hallazgo del que es pertinente dar cuenta es la relevancia que adquiere la dimensión subjetiva a la hora de analizar el impacto de la división sexual del trabajo como organización sexista de la sociedad, en la salud de las mujeres (Pujal i Llombart & Mora, 2014; Mora, Pujal i Llombart & Albertin, 2017).

Primero, es de considerar el aspecto metodológico de que tanto el estado de salud como la presencia sintomática se han medido desde un relevamiento de índole declarativo, por tanto, la realidad medida está impregnada de la subjetividad de las mujeres participantes; esto es, la autopercepción de su estado de salud y la cantidad de síntomas declarados son una manifestación objetiva y llanamente reducida y simplificada de sus propios malestares. Por consiguiente, es acertado reconocer la limitación a la hora de aproximarse a dichos malestares.

En segundo lugar, la subjetividad expresada en la manera de cómo está presente el mandato del trabajo doméstico y de cuidados en la vida de las mujeres, en cuanto feminidad dominante internalizada. Este mandato constituye a cada mujer y tanto su cumplimiento como su incumplimiento comporta conflictos dentro y fuera de cada una. Para Lagarde (2005), el conflicto se produce en la disidencia de la feminidad dominante, la negación de realizarla así sin más al dejar de cumplir el mandato social de ser mujer, abandonar sus deberes, descuidar a

los otros, negar la feminidad que les toca experimentar, porque lejos de ocuparse de ellas mismas y constituirse en una nueva feminidad, creada, construida desde la autenticidad y el libre albedrío, en palabras de la autora, sucumben. “En diferentes grados, las mujeres se enferman y se narcotizan química e ideológicamente para evadir los hechos o los conflictos que les genera la feminidad” (p.818), y diríamos, no sólo *para* evadir sino también *por* evadir las tensiones que produce la feminidad.

El malestar de las mujeres adultas, patologizadas mediante el diagnóstico de fibromialgia (Pujal i Llombart, Albertin & Mora, 2015), está relacionado con la tensión que produce en ellas el ejercicio de roles tradicionales –labores domésticas y de cuidado- y transicionales (Velasco, 2009), como el trabajo remunerado y el ejercicio de la jefatura de hogar que, siguiendo a Lagarde (2005), podrían definirse como maneras de evadir la fuerza de las cosas, es decir, las obligaciones de la feminidad dominante, resistiéndose a la expectativa del mundo patriarcal de ser de-y-para-los-otros. Dicha tensión se manifiesta en la carga por la imposibilidad de desvincularse física, mental y emocionalmente de la responsabilidad de lo doméstico y el cuidado durante la jornada laboral, lo cual impacta en la autopercepción de salud y la cantidad de síntomas percibidos, situación que se confirma con los resultados de nuestra investigación.

En definitiva, el modelo de género que en el siglo XX sacó a las mujeres del espacio privado de subordinación y las llevó hacia la esfera pública de la educación y el trabajo, no las libera del cautiverio (Lagarde, 2005), al no permitir la creatividad hacia una nueva feminidad y el cuidado de sí mismas; no ofrece un camino para salir de la opresión hacia la fundación de nuevos mundos, sino que más bien construye atractivas e ilusionantes prisiones que enferman a las mujeres. La feminidad sigue en conflicto y éste se manifiesta en los cuerpos, en este caso, en los cuerpos de las mujeres con fibromialgia. Velasco (2009) señala una “feminidad en carne viva” (p.170).

La autora afirma que la autonomía e independencia que comporta el modelo de género en transición a lo largo del siglo XX constituye un factor protector para la salud de las mujeres al propiciar vías hacia la realización que hasta entonces estaban vedadas: el trabajo, el saber, el encuentro con los otros, la participación en la vida pública.





Sin embargo, también trae procesos de vulneración que proceden de la multifuncionalidad desigualmente reparada, la acumulación de funciones y roles, la sobrecarga de las mujeres y de la coexistencia de ideales contradictorios que conllevan desajustes y desencuentros en las relaciones. Así, Pujal i Llombart y García Dauder (2010) denominan a este contexto la “desigualdad en tiempos de igualdad”.

Por otra parte, considerando la evidencia respecto del impacto del grupo socioeconómico sobre problemáticas ligadas a la salud, como la expectativa de vida, salud mental, adherencia al tratamiento, entre otros, era de esperar que impactara transversalmente a las variables de género. Empero, el ejercicio del trabajo doméstico y de cuidados, así como su presencia en forma de mandato de género incorporado en la subjetividad compartida de las mujeres, resulta ser más significativo estadísticamente que el nivel socioeconómico a la hora de medir su impacto.

Por esta razón, este hallazgo merece atención y no queremos desestimar la particularidad de este resultado. Es posible que tanto las características de la población medida, como las estrategias metodológicas y muestrales del estudio (como el tipo de levantamiento de información) tengan incidencia en los factores explicativos, por lo que la lectura de los resultados debe ser atendida con esta óptica. Considerando todo lo anterior, mientras la línea de investigación no muestre un resultado distinto, consideramos pertinente y necesario poner el foco en la relevancia del trabajo no remunerado y la dimensión subjetiva del mandato del trabajo doméstico y de cuidados. Este hallazgo es relevante de cara al análisis crítico de una estructura de relaciones sociales desiguales y sexistas, cuya responsabilidad por la salud humana y, especialmente de las mujeres y los grupos vulnerables, se mantiene tras el velo de una cultura biologicista, incansablemente positivista y patriarcal.

Esta situación abre una oportunidad de análisis y de futuras investigaciones que desarrollen un análisis más profundo sobre mujeres patologizadas y su vínculo con variables asociadas a la clase y al grupo socioeconómico, en tanto instancia que nos permita construir otras instancias contextuales, como lo es el sistema de salud, acceso a medicamentos, espacios de cuidado remunerado y estilo de vida, entre otras.

En este trabajo hemos querido visibilizar los “síntomas de una patología social” disfrazada de enfermedad individual, feminizada, medicalizada, etiquetada de fibromialgia y que la estadística utilizada al servicio del enfoque de género permite develar. Es así como autores y autoras han preferido conceptualizar la fibromialgia como Dolor Cronificado (DC), dando cuenta de una dimensión social y culturalmente proyectada de este fenómeno (Pujal i Llombart & Mora, 2014; Pujal i Llombart, Albertin & Mora, 2015; Pujal i Llombart, Mora & Schöngut, 2017).

La economía feminista se ha encargado de problematizar la división sexual del trabajo y otorgarle relevancia al trabajo reproductivo del que históricamente se han hecho cargo las mujeres a raíz de los roles de género socialmente impuestos. Los resultados de las encuestas de uso del tiempo en trabajo remunerado y no remunerado, que muestran la persistencia de patrones tradicionales de división sexual del trabajo, son el mejor reflejo de lo contingente de esta situación (ComunidadMujer, 2017).

Himmelweit (2007) destaca que los “cuidados» pueden ser desiguales en torno a personas que están en las mismas condiciones -en cuanto a la necesidad de cuidado-, a raíz de las relaciones de poder existentes, por ejemplo, entre hombres y mujeres. Algunos autores han hecho hincapié en este aspecto, diferenciando el cuidado del servicio. Este último se refiere a: “la relación en la que las actividades que realiza la persona que presta el servicio, las podría hacer la persona objeto de servicio, y con ello se ahorra tiempo y esfuerzo” (Izquierdo, Mora y Duarte, 2008), mientras que el cuidado se conceptualiza como:

(...) un tipo de relación social que se caracteriza por la acción de satisfacer las necesidades de una persona por parte de otra, siendo ésta la finalidad de la acción. La necesidad es de tal naturaleza que no hay ninguna posibilidad de que pueda ser satisfecha por la persona objeto de cuidado. (Mora, Pujal i Llombart & Albertin, 2017, p.5)

Bajo esta conceptualización, existe un grupo específico que necesita más cuidados que el otro, tal es el caso de niños, niñas, personas mayores y personas en situación de discapacidad. Himmelweit (2007) señala que en este tipo de relaciones deben focalizarse las políticas públi-



cas, pues es lo que hace del cuidado un objeto de política social, erigiéndose como una responsabilidad socialmente construida, generando así una institucionalización del mismo: “interesan particularmente los marcos normativos, sociales y económicos a través de los cuales se definen las responsabilidades de cuidar, y se provee cuidado en las familias, el mercado, el Estado o en la comunidad” (p.152).

El avance en materia de organización social de la economía del cuidado de las mujeres en la agenda política, por tanto, es ineludible si se trata de mejorar la salud y la calidad de vida de la población vulnerable; esto es, la que requiere de cuidados y la que cuida. Lo contrario perpetúa una política pública en que las inequidades de género continúan siendo invisibilizadas, reproduciéndolas.

Por esta razón, el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas de cuidado requieren focalización desde un enfoque y ejercicio de derechos (Rojas, 2017), en tanto que el trabajo de cuidados se interrelaciona también con el derecho de las mujeres al trabajo y a la maternidad, y de los hombres al ejercicio activo de la crianza, asegurando en este caso, “una real y equitativa transformación de los roles de género” (p.38). En consecuencia, la elaboración de políticas debe ser intersectorial, sin reducirse al trabajo ministerial desde lo particular, como podría ser el levantamiento desde el Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, siendo que debe apreciarse desde una lógica transversal, involucrando de esta manera Estado, Mercado y Familia.

Para lograr lo anterior, es central el reconocimiento del cuidado y el trabajo no remunerado como un aspecto central para la economía, valorándolo a través de su visibilización y actuando sobre ello. Comunidad Mujer (2019) desarrolló una estimación desde lo monetario llegando a la conclusión de que “el valor económico del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado equivalía a un 22% del PIB Ampliado, según el método de costo de reemplazo especializado utilizado, lo que supera el aporte de cualquier rama de actividad de la economía del país” (p.60). Si vinculamos esto con las consecuencias revisadas sobre la salud de las mujeres, nos resulta ineludible sugerir que este trabajo subsidia la economía a costa, muchas veces, de su salud, como ocurre en el caso de las mujeres con fibromialgia.

Asimismo, el logro de este tipo de políticas conlleva además poner la vida de las personas al centro, otorgándole el peso que corresponde para ello el cuidado de las poblaciones en situación de discapacidad y/o personas dependientes, como lo son menores de edad o adultos mayores.

Mientras el trabajo doméstico y el cuidado no sean parte de una agenda política feminista, su ejercicio –feminizado– seguirá impactando en la salud de las mujeres, porque éstas siguen siendo una minoría, políticamente hablando; esto es en relación al ejercicio del poder y, consecuentemente, al dominio de lo institucional y lo cultural.

Los grupos sociales minorizados y las mujeres de manera particular, se constituyen en sujetos al vivir procesos de ruptura con la sociedad y la cultura dominantes y con las concepciones del mundo que las expresan. Al elaborar sus propias teorías y sus lenguajes, las mujeres desarrollan en la confrontación política e ideológica nuevas concepciones de sí mismas y del mundo y generan nuevas expresiones y formas culturales (...) En este sentido, la posibilidad de desarrollar una concepción del mundo propia la sintetiza la experiencia cultural feminista. (Lagarde, 2005, p.821)

Finalmente, el rol de la corresponsabilidad al interior de la familia también adquiere una dimensión central, por lo que la reorganización de tiempos y trabajo para el logro de la equidad entre hombres y mujeres debe ser considerado dentro del esquema. La discusión, por ende, respecto a la división sexual del trabajo debe darse en todos los espacios, materializándose tanto desde lo público como desde lo privado.

La presente investigación contribuye así a la visibilización del trabajo doméstico y de cuidado, dando cuenta del impacto que tiene la falta de políticas públicas robustas en esa materia sobre la salud de las mujeres, en este caso diagnosticadas de fibromialgia. El estudio y la discusión de la subjetividad, además, permite entregar una óptica amplia pues incluye la perspectiva de las mujeres patologizadas, generando complementariedad a los programas que idealmente se diseñen. De este modo, el poner la vida de las personas al centro se refuerza en el abordaje de esta población específica.



El foco, por tanto, debe estar puesto en revisitar y visibilizar las esferas de lo privado, en reconocer y re-conceptualizar el trabajo doméstico y de cuidado. Se trata de relaciones interpersonales, de trabajo y costos, práctica social y herramienta política, subsidio a la producción, conflicto, ética, derecho y responsabilidad (Esquivel, 2012).

La redistribución de la participación de los géneros y las instituciones en la labor reproductiva, así como la participación activa de las mujeres en la construcción de una agenda ligada al cuidado, la salud y el trabajo reproductivo es la única manera de continuar avanzando en una historia, sociedad y cultura con más equidad.

## Referencias

- Asún, R. (2006).** Medir la realidad social: El sentido de la metodología cuantitativa. En M. Canales, Metodologías de la investigación social (págs. 31-61). Santiago: LOM.
- Beltrán, E. P. (2003).** Mujeres, trabajo doméstico y relaciones de género: Reflexiones a propósito de la lucha de las trabajadoras. CLACSO. Recuperado el 03 de abril de 2022 en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20101012022000/7peredada.pdf>
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A.L., & Epstein, R.M. (2004).** The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582, doi:10.1370/afm.245.
- Briones-Vozmediano, E. (2017).** The social construction of fibromyalgia as a health problem from the perspective of policies, professionals, and patients. *Global Health Action*, 10(1), doi:10.1080/16549716.2017.1275191.
- Carta, M.G., Moro, M.F., Pinna, F.L., Testa, G., Cacace, E., Ruggiero, V., Piras, M., Romano, F., Minerba, L., Machado, S., Freire, R.C., Nardi, A.E., & Sancassiani, F. (2018).** The impact of fibromyalgia syndrome and the role of comorbidity with mood and post-traumatic estrés disorder in worsening the quality of life. *The International journal of social psychiatry*, 64(7), 647- 655, doi:10.1177/0020764018795211.
- CASEN. (2017).** Resultados. Observatorio Social. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Gobierno de Chile. Recuperado el 04 de abril de 2022 en: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/en-cuesta-casen-2017>
- CASEN. (2020).** Resumen de resultados: Pobreza por Ingresos y Distribución de Ingresos. Observatorio Social. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Gobierno de Chile. Recuperado el 04 de abril de 2022 en: [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2020/Resumen\\_de\\_resultados\\_de\\_Pobreza\\_por\\_Ingresos\\_y\\_Distribucion\\_de\\_Ingresos.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2020/Resumen_de_resultados_de_Pobreza_por_Ingresos_y_Distribucion_de_Ingresos.pdf)
- Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social - COES (2018).** Resultados Primera Ola, Estudio Longitudinal Social de Chile (ELSOC). Módulo 6: Salud y bienestar. Salud Mental en el Chile de hoy. Notas COES de Política Pública N°15. ISSN: 0719-8795. Santiago, Chile: COES. Recuperado el 03 de abril de 2022 en: <http://www.elsoc.cl/publicaciones-elsoc/informes>
- Cockerham, W. (2011).** Health Sociology in a globalizing world. *Política y Sociedad*, (48)2, 235-248, doi: 10.5209/rev\_POSO.2011.v48.n2.1.
- ComunidadMujer. (2017).** Mujer y trabajo: Uso del tiempo y la urgencia por compartir las tareas domésticas y de cuidado. Boletín 38. Recuperado el 03 de abril de 2022 en: [http://www.comunidadmujer.cl/biblioteca-publicaciones/wp-content/uploads/2017/04/BOLETIN-38-marzo-2017-baja\\_vf.pdf](http://www.comunidadmujer.cl/biblioteca-publicaciones/wp-content/uploads/2017/04/BOLETIN-38-marzo-2017-baja_vf.pdf)
- ComunidadMujer. (2019).** ¿Cuánto aportamos al PIB? Primer estudio nacional de valoración económica del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado en Chile, 60. Recuperado el 03 de abril de 2022 en: <https://comunidadmujer.cl/cuanto-aportamos-al-pib-primer-estudio-nacional-de-valoracion-economica-del-trabajo-domestico-y-de-cuidado-no-remunerado-en-chile/cuanto-aportamos-al-pib/>
- Esquivel, V. (2012).** Cuidado, economía y agendas políticas: una mirada conceptual sobre la “organización social del cuidado” en América Latina. En ONU



- Mujeres, *La economía feminista desde América Latina. Una hoja de ruta sobre los debates actuales en la región* (Pp.141-189). ONU Mujeres. Recuperado el 08 de mayo de 2022 en: <https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2012/6/la-economia-feminista-desde-america-latina>
- Fierro, J. (2012).** Métodos Cuantitativos en Ciencias Sociales Apuntes de Apoyo a la Docencia.
- Folbre, N. & Nelson, J. (2000).** For love, for money or both? The journal of Economic Perspectives, Vol 14, No. 4 (Autumn). pp 123-140.
- Gallego, F., Hodge, C., Larrañaga, O., & Martínez, C. (2018).** Chile: la desigualdad que persiste. *Revista Universitaria*, (151), 12-18. Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado el 04 de abril de 2022 en: <https://issuu.com/visionuniversitaria/docs/ru15112>
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (1999).** *Análisis multivariante* (5ª Ed.). Madrid: Prentice Hall.
- Heidari, F., Afshari, M., & Moosazadeh, M. (2017).** Prevalence of fibromialgia in general population and patients, a systematic review and metaanalysis. *Rheumatology international*, 37(9), 1527-1539, doi:10.1007/s00296-017-3725-2.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2018).** *Metodología de la investigación* (Vol. 4, pp. 310-386). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Himmelweit, S. (2007).** The Prospects for Caring: Economic Theory and Policy Analysis. *Cambridge Journal of Economics*. 31(4), 581-599, doi:10.1093/cje/bem011.
- Instituto Nacional de Estadística. (2016).** Documento de Principales Resultados ENUT 2015. Recuperado el 03 de abril de 2022 en: [https://historico-amu.inec.cl/enut/files/principales\\_resultados/documento\\_resultados\\_ENUT.pdf](https://historico-amu.inec.cl/enut/files/principales_resultados/documento_resultados_ENUT.pdf)
- Izquierdo, M.J., Mora, E. & Duarte, L. (2008).** Cuidado y provisión: el sesgo de género en las prácticas universitarias y su impacto en la función socializadora de la universidad. Informe. Madrid: Instituto de la Mujer. Con la colaboración de N. Canelles, L. Coldefons, A. Gutierrez-Otero y X. Puig.
- Krieger, N. (2001).** Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30(4), 668-677, doi:10.1093/ije/30.4.668.
- Lagarde, M. (2005).** *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad nacional Autónoma de México.
- Lizama-Lefno, A. (2021).** La trayectoria biopsicomédica de la fibromialgia. En A. Lizama, J.I. Vargas & G. Rojas (Eds.), *Fibromialgia, más allá del cuerpo. Una aproximación interdisciplinaria* (pp.17-26). Editorial Usach.
- Lizama-Lefno, A., & Rojas-Contreras, G. (2019).** Multimorbilidad crónica en mujeres con diagnóstico de fibromialgia en Chile. *Arch Med (Manizales)*, 19(2), 363-373, doi:10.30554/archmed.19.2.3384.2019.
- Lizama-Lefno, A., Vargas Ruiz-Tagle, JI., & Rojas-Contreras, G. (2021).** *Fibromialgia, más allá del cuerpo. Una aproximación interdisciplinaria*. Santiago: Editorial Usach.
- Margozzini, P., Pizarro, A., Orellana, M., Anriquez, S., Lorna, J. & Passi, A. (2016).** Chronic multimorbidity in Chilean adults: analysis of the national health survey, ENS 2009-2010. *Medwave*; 16(Suppl6):e6634, doi:10.5867/medwave.2016.6634.
- Margozzini, P., & Passi, A. (2018).** Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile. *ARS Médica*, 43(1), 30-34, doi:10.11565/arsmed.v43i1.1354
- Marín, J. M. (2013).** Análisis de regresión lineal: El procedimiento Regresión lineal. *Guía Para El Análisis de Datos En SPSS*.
- Ministerio de Salud de Chile. (2017).** Informe de principales resultados tercera versión de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud, ENCAVI 2015-2016. Recupe-



- rado el 22 de marzo de 2022 en: [http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/11/Encavi\\_2015\\_2016.pdf](http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/11/Encavi_2015_2016.pdf).
- Mora, E., Pujal i Llombart, M. & Albertin, P. (2017).** Los contextos de vulnerabilidad de género del dolor crónico. *Revista internacional de Sociología*, 75(2) e058. <https://doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.60>.
- Morales Vallejos, P. (2013).** *El análisis factorial en la construcción e interpretación de tests, escalas y cuestionarios*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Moyano, S., Kilstein, J., & Alegre de Miguel, C. (2015).** Nuevos criterios diagnósticos de fibromialgia: ¿vieron para quedarse?. *Reumatol Clin*, 11(4), 210–214, doi:10.1016/j.reuma.2014.07.008.
- ONU Mujeres. (2012).** La Economía Feminista desde América Latina. Una hoja de ruta sobre los debates actuales en la región. Recuperado el 03 de abril de 2022 en: <https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2012/6/la-economia-feminista-desde-america-latina>
- ONU Mujeres. (2017).** Profundicemos en términos de género. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas. Recuperado el 02 de abril de 2022 en: [http://onu.org.gt/wp-content/uploads/2017/10/Guia-len-guaje-no-sexista\\_onumujeres.pdf](http://onu.org.gt/wp-content/uploads/2017/10/Guia-len-guaje-no-sexista_onumujeres.pdf)
- Orozco, A. P. (2014).** *Subversión feminista de la economía: aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Pujal i Llombart, M., Albertin, P., & Mora, E. (2015).** Discursos científicos sobre el dolor crónico sin causa orgánica. Incorporando una mirada de género para resignificar-repolitizar el dolor”. *Política y Sociedad*, 52(3), 921-948, doi:10.5209/rev\_POSO.2015.v52.n3.45295.
- Pujal i Llombart, M. & García Dauder, D. (2010).** Desigualdades de género en “tiempos de igualdad”. Aproximaciones desde dentro y fuera de la(s) psicología(s). Presentación. *Quaderns de psicologia*, 12(2), 7-20, doi <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.838>
- Pujal i Llombart, M., & Mora, E. (2013).** Dolor, trabajo y su diagnóstico psicosocial de género: un ejemplo. *Universitas Psychologica*, 12(4), 1181-1193, doi: 10.11144/Javeriana.UPSY12-4.dtyd.
- Pujal i Llombart, M., & Mora, E. (2014).** Subjetividad, salud y género: una aproximación al dolor crónico mediante la metodología del Diagnóstico Psicosocial de Género. *Estudios de Psicología*, 35(2), 212–238, doi:10.1080/02109395.2014.922260.
- Pujal i Llombart, M., Mora, E., & Schöngut, N. (2017).** Fibromialgia, desigualdad social y género. Estudio cualitativo sobre transformación del malestar corporal en malestar psicosocial. *Revista Duazary*, 14(1), 70-78, doi: 10.21676/2389783X.1745.
- Queiroz, L.P. (2013).** Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Current pain and headache reports*, 17(8), 356, doi:10.1007/s11916-013-0356-5.
- Rohlf, I., Borrel, C., Anitua, C., Artazcoz, Colomer, C., Escribá, V., Valls-Llobet, C. (2000).** La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gaceta Sanitaria*, 146-155. Recuperado el 03 de abril de 2022 en: <https://gacetasanitaria.org/es-la-importancia-de-la-perspectiva-articulo-13008415>
- Rojas, C. (2017).** El cuidado como objeto de políticas públicas inclusivas con enfoque de género y de derechos. *Estado, Gobierno y Gestión Pública*, (30), 15-43. Recuperado el 09 de mayo de 2022 en: <https://revistaeggp.uchile.cl/index.php/REGP/article/view/49245/51708>
- Romero, T. (2009).** Posición Socioeconómica, salud y expectativas de vida: la insuficiencia cardíaca como ejemplo. *Revista chilena de cardiología*, 28(1), 91-93. Recuperado el 02 de abril de 2022 en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v28n1/arto9.pdf>
- Sandoval, D., Chacón, J., Muñoz, R., Henríquez, Ó., Koch, E., & Romero, T. (2014).** Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo: Resultados de una cohorte del Programa de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana, Chile. *Revista médica*



- de Chile, 142(10), 1245-1252, doi: 10.4067/S0034-98872014001000003.
- Superintendencia de Seguridad Social. (2013).** *Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo SUSESO/ISTAS 21 versión breve*. Santiago: Unidad de Riesgo Psicosocial Laboral.
- Tizón García, J.L. (2007).** A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. *Atención Primaria*, 39(2), 93-97. Recuperado el 31 de marzo de 2022 en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13098677>
- Uijen, A., Van de Lisdonk, E. (2009).** Multimorbidity in primary care: Prevalence and trend over the last 20 years. *Eur J Gen Pract*, 14, 28-32, doi: 10.1080/13814780802436093.
- Valls, C. (2008).** Diagnóstico diferencial del dolor y de la fibromialgia. *Anuario de Psicología*, 39(1), 87-92. Recuperado el 31 de marzo de 2022 en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:r5IgHsX63qOJ:https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/download/99356/159763+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=es>
- Vargas Ruiz-Tagle, J.I. (2021a).** Fibromialgia, sus manifestaciones, historia y prevalencia. En A. Lizama, J.I. Vargas & G. Rojas (Eds.), *Fibromialgia, más allá del*
- cuerpo. Una aproximación interdisciplinaria* (pp.17-26). Editorial Usach.
- Vargas Ruiz-Tagle, J.I. (2021b).** Diagnóstico y tratamiento. En A. Lizama, J. I. Vargas & G. Rojas (Eds.), *Fibromialgia, más allá del cuerpo. Una aproximación interdisciplinaria* (pp.73-83). Editorial Usach.
- Velasco, S. (2009).** *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid: Minerva Ediciones.
- World Health Organization. (2016, 13 diciembre).** Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. Recuperado el 30 de marzo de 2022 en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511650>.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. L., Mease, P. J., Russell, A. S., Russell, I. J., & Walitt, B. (2016).** Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Seminars in arthritis and rheumatism*, 46(3), 319-329, doi:10.1016/j.semarthrit.2016.08.012.
- Wolfe, F., Smythe, H.; Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Tugwell, P., Campbell, S. M., Abeles, M., Clark, P., et al. (1990).** The American college of rheumatology. Criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*, 33(2),160-172, doi: 10.1002/art.1780330203.