



Ver, oír y sentir para hacer. Una práctica clínica con perspectiva de género

Clara Benedicto Subirá

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

CS San Blas. Parla. Madrid.

Coordinadora del GdT de Salud Mental de la SoMaMFyC.

Puntos clave

- La práctica médica no es objetiva, sino que se apoya en evidencias, pero se materializa en un encuentro intersubjetivo.
- El género es un eje de desigualdad que impacta en la salud, y como tal debe explicitarse y abordarse en la consulta.
- Las identidades y los roles de género son contruidos e internalizados y condicionan la forma de enfermar, manifestar síntomas y relacionarse con el sistema sanitario.
- La mirada de la ciencia y del sistema sanitario ha estado tradicionalmente centrada en los temas y perspectivas masculinos; para corregir los sesgos hay que ser consciente de ello.
- Como profesionales atravesados por las mismas cuestiones de género que las poblaciones que atendemos, debemos reflexionar e interrogarnos sobre nuestra práctica para poder cambiarla.
- Para deconstruir los malestares relacionados con el género, es importante explicitar las narrativas interiorizadas y cuestionarlas.
- La perspectiva de género en la consulta se basa en un enfoque biopsicosocial, narrativo, intersubjetivo, y con una mirada de equidad.

Introducción

Se asume muy a menudo que la medicina basada en la evidencia (MBE) es un refugio contra la incertidumbre porque su conocimiento es objetivo, y nos da certezas sólidas e incuestionables en las que apoyarnos. Esta conceptualización positivista nace de una reducción de la MBE a las pruebas provenientes de estudios cuantitativos; sin embargo, Sackett, en su origen, la imaginó como la intersección dinámica entre esas pruebas, la experiencia profesional, y la integración de los valores y preferencias de la persona atendida¹.

Este esquema más realista y deseable genera, no obstante, más incertidumbre y la responsabilidad de conocer e inte-

grar los factores psicosociales que afectan a la salud; como no hay normas unívocas, es importante leer literatura científica, pero también considerar la ética, la filosofía y la sociología. Todas estas disciplinas amplían nuestra mirada y nos ayudan a comprender mejor, pero nos conducen al duelo por la objetividad en nuestra práctica clínica².

Donna Haraway lo explica al acuñar el concepto de «conocimiento situado»³: independientemente del método empleado, ningún conocimiento puede desligarse de su contexto ni de la subjetividad de quien lo emite. Y dado que las personas no somos perfectas, ni los puntos de vista neutrales, propone reflexionar sobre nuestra perspectiva y explicitarla.

La perspectiva de género en clínica supone visibilizar y tener en cuenta el género como eje de desigualdad que afecta a la salud, a la forma de enfermar y a la de relacionarse con el sistema sanitario. No tener esto en cuenta supone dejar de incidir en la desigualdad y reproducir relaciones de poder que impactan en la salud. Adoptar una mirada de género es difícil, porque vivimos en una sociedad heteropatriarcal y las instituciones en que nos hemos formado y trabajamos son androcéntricas (véase el [glosario](#)). Por eso no se trata de aplicar metodologías nuevas en los mismos escenarios. Primero, tenemos que cuestionarnos cómo y desde dónde miramos para que el cambio de perspectiva nos lleve al cambio de práctica.

Con esa intención, este artículo transita por el ver, el oír y el sentir, para luego hacer una práctica clínica con visión de género.

VER. Miradas ambíopes que precisan gafas moradas

La mirada sanitaria hacia las mujeres está teñida de sesgos y desconocimiento porque la tradición patriarcal no nos ha considerado como sujetos y la investigación se ha dedicado a responder preguntas sobre la salud de los hombres, desde el punto de vista de los hombres⁴. A continuación se recogen sesgos relacionados con el género que ocurren en el encuentro clínico:

- **Uso del masculino genérico:** se concibe al hombre como sujeto universal y se asimilan los resultados a las mujeres por extrapolación, salvo en lo sexual y reproductivo (véase el glosario).
- **Ceguera de género en la investigación y elaboración de guías clínicas:** la mayoría no desagregan los datos por sexo para saber si hay diferencias, y en caso de que las haya, con frecuencia se omite o naturaliza la explicación sin realizar un análisis con perspectiva de género.
- **Naturalización de desigualdades:** sabemos que el estrés físico y mental impacta en la salud y que, en términos poblacionales, es mayor en las mujeres. Pero no se debe a una relación directa entre sexo y estrés, sino al estrés secundario a peores condiciones de vida por el papel que la sociedad nos otorga a las mujeres⁵.
- **Inercia en la incorporación de diferencias conocidas.** Por ejemplo, la diferente metabolización de fármacos que hace que las mujeres tengan una probabilidad mucho mayor de sufrir efectos secundarios que los hombres⁶.
- **Control y patologización de lo sexual y reproductivo:** el ciclo menstrual se conoce poco, se medicaliza y se obvian todos sus simbolismos sociales y biográficos. Del deseo y las relaciones sexuales apenas se habla en la consulta, y cuando se hace, es desde un enfoque biológico y coitocéntrico. El embarazo está profundamente intervenido, y la mujer, puesta en un segundo plano funcional y reducida a gestante. Y el puerperio, directamente, apenas existe fuera de la patología mamaria y la anticoncepción, y queda recluido al hogar.
- **Trato diferencial, relacionado con estereotipos de género:** las mujeres sufren con frecuencia psicologización de síntomas físicos que originan retardos diagnósticos, menos pruebas complementarias, más diagnósticos y uso de psicofármacos a igual expresión de malestar, o peor valoración de la intensidad del dolor expresado.
- **Sesgos inherentes al modelo biomédico:**
 - **Sesgo teórico:** abordaje de la salud/enfermedad solo desde la parcialidad de un marco teórico especializado y fragmentado, donde se cataloga según lo que se mira. Por ejemplo, malestares complejos que desde la reumatología se diagnostican como fibromialgia, desde digestivo como síndrome de intestino irritable o desde psiquiatría como somatización.
 - **Sesgo tecnológico,** que se basa en la aplicación de protocolos biomédicos que invisibilizan lo subjetivo y lo psicosocial.
 - **Pretensión de objetividad,** en lugar de observarnos e interrogarnos, y desde allí reflexionar sobre nuestra perspectiva y el conocimiento situado que producimos.

La aplicación de esta mirada sesgada en la consulta nos genera un defecto de acomodación y nos impide enfocar la realidad de las personas con sus condicionantes y sus matices.

Proponemos reflexionar sobre esta mirada y sus consecuencias para la salud de las mujeres, e incorporar en la práctica clínica diaria las siguientes actuaciones:

- Al leer literatura científica, identificar si ha habido participación proporcional de mujeres y hombres en los estudios, si los datos se han analizado por sexo y han sido interpretados con perspectiva de género⁷.
- Al hacernos preguntas clínicas sobre casos de la consulta, adaptar las conclusiones de la literatura científica a la paciente: ¿son realmente extrapolables a una mujer de sus características?
- Formarnos en patologías sensibles al género: en las que haya diferencias biológicas (para detectarlas mejor y atender diferencialmente); en las que el género actúa como determinante (para visibilizar sin medicalizar y buscar recursos más adecuados); y en las que ocurren sesgos de género en la atención (para intentar corregirlos).
- Contextualizar siempre los motivos de consulta en un marco de género, que intersecciona con otras desigualdades.
- Intentar evitar al definir los motivos de consulta el anclaje diagnóstico por los estereotipos de género. Preguntarnos si hay diferencias, y si estas se deben a causas biológicas (sexo) o son construidas socialmente (género).
- Integrar en el foco del seguimiento longitudinal de nuestras pacientes algunas situaciones invisibilizadas relacionadas con el género femenino que impactan en la salud: el puerperio, la violencia de género, la sobrecarga de cuidados, la discriminación...

Oír. Comunicación y entrevista clínica con visión de género

La entrevista clínica queda reducida algunas veces (especialmente en situaciones de tiempo escaso y prisa) a un mero intercambio funcional de información. Sin embargo, las preguntas nos pueden servir no solo para obtener información más subjetiva o psicosocial, sino para poner el foco en temas invisibilizados o para cambiar relaciones de poder que se dan en la consulta. Analizaremos la entrevista clínica como primera fase de una intervención con perspectiva de género.

Cómo preguntar

Se propone usar la relación entre profesional y paciente como instrumento terapéutico y comunicar de sujeto a sujeto, considerando a ambas como personas inmersas en una biografía y atravesadas por el género. La metodología de entrevista no es específica del enfoque de género, sino que lo importante es cómo, desde dónde y para qué usamos las preguntas y el lenguaje.

- Respeto y escucha activa de la narración e interpretaciones de la paciente. Validar la experiencia que trae a la consulta como un punto de partida.

- Crear un espacio sin juicios *a priori*.
- Trasladar el «yo sí te creo» a la consulta: convertirla en un espacio de apoyo y confianza que no reproduzca los cuestionamientos sociales.
- Establecer una comunicación consciente de las relaciones de poder. Usar abordajes horizontales, como dar la palabra, preguntar por la interpretación y los significados que atribuye a lo sucedido, respetar e integrar los saberes no técnicos, o construcción de narrativas alternativas conjuntamente y no de forma unilateral.
- Visibilizar los condicionantes (sexo, género, psicossociales, económicos...) a través de las preguntas.
- Reconocer los roles e identidades de género como parte del proceso de salud-enfermedad.
- Realizar preguntas con enfoque no esencialista (en lugar de «las mujeres/los hombres somos...» usar «las mujeres/los hombres en esta sociedad hemos aprendido a...» o «la sociedad espera de nosotras que...») y no patologizador (evitar de entrada términos técnicos como «depresión», «ansiedad» o «fobia» para referirse a malestares).
- Integrar al sistema sociofamiliar (acompañantes, cuidadoras, familiares) como actores relevantes, aunque manteniendo el foco en la persona.

Qué preguntar

El objetivo es clarificar la demanda explícita, a la vez que se investigan posibles demandas implícitas y se colocan ambas en un contexto. Se proponen varios campos que preguntar:

- Mandatos de género. Los estereotipos de género refuerzan ideales normativos de masculinidad o feminidad que determinan «lo que debe ser una mujer/un hombre», y cuya transgresión se penaliza⁸. Es interesante explorar los ideales de vida y comportamiento de la persona y las expectativas externas percibidas. Luego, ponerlos en relación con los mandatos de género y ver en qué medida produce conflicto cumplirlos (malestares por obediencia) o si los objetivos personales chocan con los impuestos (malestares por transgresión)⁹.
- Explorar los distintos ámbitos relacionales según proceda. Por un lado, cómo son las relaciones con las personas que conviven en el entorno familiar, los repartos de tareas, si el hogar es un espacio seguro, de cuidados y de apoyo incondicional. En el ámbito laboral, valorar la carga de trabajo, el grado de control sobre las condiciones y el reconocimiento. En el grupo de iguales, si lo hay, preguntar sobre la confianza y reciprocidad. En todos ellos, evaluar posibles violencias explícitas o simbólicas y las relaciones de poder.
- Explorar crisis vitales relacionadas con el género. Algunas circunstancias de la vida pueden generar un conflicto con el rol interiorizado y producir malestar. Son oportunidades para explicitar la reflexión sobre el

mandato de género sin patologizar la reacción ni culpabilizar. Por ejemplo: la construcción de la masculinidad o feminidad en la adolescencia a través de estereotipos (violencia y desobediencia en chicos, o sumisión y necesidad de agradar en chicas); la imposición de poder con todo o de tener que elegir entre trabajo remunerado o doméstico en mujeres; la crisis del rol masculino de proveedor en paro o jubilación; el vacío de identidades femeninas basadas en el cuidado cuando los hijos se independizan o una discapacidad impide encargarse...

SENTIR. Mirarnos hacia dentro para mirar mejor

La revolución que Donna Haraway³ y otras abrieron en la epistemología feminista tiene que ver con combatir el esencialismo: no hay una única mirada de mujer o de hombre, igual que no hay una sola mirada de la medicina. Las experiencias y los ejes de desigualdad que nos atraviesan (o no) configuran cómo miramos, qué miramos (o no) y cómo reaccionamos ante ello. Dicho de otra forma, nuestro género y nuestras presuposiciones en torno a él deben tenerse en cuenta igual que el de las personas a las que atendemos.

En este apartado se propone volver la mirada hacia dentro para analizar cómo nos afecta en la consulta el género, a través de dos ejercicios:

1. Autoobservación:
 - a) Cómo me posiciono como profesional respecto al género en mi vida: ¿afecta a la forma en que me coloco en sociedad? ¿Afecta a cómo me tratan otras personas? ¿Afecta a mi forma de trabajar?
 - b) Cómo me posiciono como profesional respecto al eje género en la población a la que atiendo: ¿creo que es algo relevante? ¿Lo veo? ¿Lo abordo?
 - c) Qué cosas me movilizan emocionalmente, qué cosas me generan rechazo, con qué tipo de personas empatizo y con cuáles me cuesta.
 - d) Qué transmito al tratar en la consulta temas relacionados con el género (o al evitar tratarlos).
2. Valoración de actitudes ante conflictos de la consulta atravesados por el género:
 - a) En violencia de género: si preguntamos por su existencia y con qué frecuencia; cómo abordamos la ambivalencia de la víctima; cómo nos sentimos y manejamos la negativa a denunciar o el regreso con el maltratador. Cómo nos sentimos y tratamos al maltratador cuando es paciente nuestro y viene a la consulta.
 - b) En temas sexuales: si abordamos igual las conversaciones con pacientes hombres o mujeres; si exploramos el deseo o solo el coito; cómo manejamos consultas sobre deseo desigual en la pareja (si exploramos el consenso); si generamos un clima de confianza para hablar sobre prácticas sexuales.

- c) En temas reproductivos: si abrimos un espacio tras un aborto (espontáneo o voluntario) para hablar del duelo; si conocemos el impacto del nacimiento y el puerperio en la salud de nuestras pacientes; cómo abordamos la infertilidad con los miembros de la pareja; si la anticoncepción se extiende más allá de los anticonceptivos hormonales.
- d) Cómo actuamos cuando uno o los dos miembros de una pareja nos traen un conflicto conyugal.
- e) Qué nos provocan los llamados «síndromes del malestar femenino»¹⁰: quejas variadas psicológicas y somáticas sin un claro sustrato biológico que aparecen más frecuentemente en mujeres, y que son difícilmente solucionables desde un abordaje puramente médico.

... Para hacer

Buscamos recoger el cambio de mirada (ver), la entrevista centrada en aspectos de género (oír) y la autorreflexión (sentir) en una intervención con las siguientes bases:

- **Modelo biopsicosocial**, donde la separación entre lo somático, lo psicoemocional y lo social son didácticas y explicativas, pero no reales, y debemos aprender a movernos en el precario equilibrio que supone la permeabilidad entre los tres.
- **Medicina narrativa**: integración de las historias que las personas traen a la consulta y del marco sociocultural, con la visión más clínica y con los resultados de las pruebas. De esta forma, se configura conjuntamente un relato que permita comprender qué está pasando, qué significa, y que la persona pueda insertar biográficamente para darle un sentido^{11,12}.
- **Atención contextualizada**, integral y centrada en la y el paciente, valorando sus necesidades y expectativas y tratándole como un ser completo con una biografía y un contexto.
- **Construcción de una relación terapéutica**, basada en la longitudinalidad y en la confianza.
- **Perspectiva feminista**, en el sentido de visibilizar la desigualdad que origina el género y combatirla activamente según principios de equidad: identificación de personas vulnerables, visibilización de los distintos ejes de desigualdad y dedicación preferente de recursos (incluidos atención y tiempo).

... Para hacer, EN LA CONSULTA

Integrando estos enfoques (tabla 1, véase en www.amf-semfyc.com), se propone trabajar en Atención Primaria (AP) a tres niveles:

Individual

- a) Explorar siempre más allá del síntoma: demandas explícitas e implícitas, y valores y significados atribuidos¹³.

- b) Contextualizar todas las intervenciones (estilos de vida, baja laboral...) en un marco de desigualdades entre las cuales está el género.
- c) Comunicación y actuaciones clínicas no medicalizadas ni culpabilizadoras. Contrapesar con cuidado el alcance de la responsabilidad individual con las capacidades reales y los limitantes externos.
- d) Convertir la consulta en un espacio seguro y de confianza, sin juicios *a priori*.
- e) Visibilizar y combatir los sesgos de género en la atención sanitaria.
- f) Ser consciente de las relaciones de poder dentro y fuera de la consulta y trabajar con un enfoque de equidad para compensarlas. Desde compartir interpretaciones y decisiones clínicas, pasando por explicitar el papel de los determinantes de la salud, hasta dar una atención diferencial en función de la vulnerabilidad y las necesidades.
- g) Registro en la historia clínica electrónica con perspectiva de género (tabla 2).

En la práctica, se propone llevar a cabo una intervención narrativa con enfoque feminista. El objetivo de la intervención, ejemplificada en la tabla 3, sería resignificar un malestar individual en un marco de desigualdades atravesadas por el género, despatologizando a la persona y desvinculando la solución de un entorno exclusivamente sanitario, aunque sin dejar de lado la demanda explícita, que puede ser o no sanitaria.

Familiar

- a) Comprender las estructuras y dinámicas familiares y cómo el género puede influir en ellas. Si atendemos a distintos miembros del mismo sistema, integrar esta información relacional.
- b) Explorar y transmitir el impacto en salud del estrés crónico producido por la distribución de cargas (trabajo asalariado, trabajo de cuidados, carga mental...) y la doble o triple jornada de las mujeres.
- c) Estrategias de atención familiar que fomenten la corresponsabilidad y la autonomía.

Sociocomunitario

- a) Conocimiento e integración de recursos comunitarios locales relacionados con el género.
- b) Colaboración en estrategias de promoción de la salud y creación de redes de apoyo entre mujeres.

... Para hacer, EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Algunas ideas para organizar el equipo con sensibilidad al género:

- Reflexión conjunta sobre las dinámicas de género del propio equipo: ¿existen desigualdades? ¿Puede todo el mundo hablar en las reuniones, participar en la toma de decisiones, expresar disensos, hacer bromas? ¿A quién se reconoce? ¿Hay problemas de conciliación por cuidados? ¿Cómo responde el equipo?
- Observar el uso del espacio del centro y de los horarios de cita que hacen mujeres y hombres y si hay diferencias.
- Vigilar los mensajes que da la cartelería del centro: ¿van dirigidos a todo el mundo, son integradores? ¿Abordan problemas relacionados con el género o los ignoran? ¿Queremos explicitar ciertas cosas, como que el centro es un espacio seguro y de cuidado?
- Sesiones clínicas interdisciplinarias de formación o discusión de problemáticas de género relacionadas con la salud, con enfoque biopsicosocial.

Resumen

El género es una construcción sociocultural que condiciona diferentes formas de enfermar, de manifestar el malestar, y de relacionarse con el sistema sanitario. Por tanto, la práctica clínica con perspectiva de género supone tener en cuenta esta desigualdad evitable y sus consecuencias, para incidir en ella y corregirla en lo posible.

Esta necesaria integración de lo individual con lo colectivo debe reunir dos aspectos indisolubles: por un lado, la desculpabilización de la persona por las consecuencias y vivencias individuales de las condiciones de vida (roles de género y desigualdades derivadas de ellos). Por otro lado, el reempoderamiento a través de la vul-

TABLA 2

Registro en la historia clínica electrónica con perspectiva de género, tomando como base la Clasificación Internacional de la Atención Primaria-2 (CIAP-2)

No hacer	Hacer
Registro de malestares de raíz psicosocial con códigos P (problemas psicológicos) o síntomas físicos	Registrar con códigos Z (problemas sociales) siempre que se pueda
Invisibilizar la violencia de género con códigos de «problemas de pareja» Z12-13 (problemas de relación entre cónyuges/de conducta del cónyuge)	Registrar la violencia de género con los siguientes códigos Z: Z12.01 (violencia psicológica por pareja/expareja) Z25.01 (violencia física por pareja/expareja) Z25.10 (violación, agresión sexual por autor no especificado), Z25.11 (violación, agresión sexual por pareja o expareja), Z25.12 (violación, agresión sexual por padre, madre, tutor o tutora o parejas), Z25.14 (violación, agresión sexual por otras personas del ámbito familiar), Z25.15 (violación, agresión sexual por personas ajenas a la familia)
Invisibilizar los cuidados y sus consecuencias psicosociales	Explorar y registrar situaciones de cuidados familiares, tanto en la historia de la persona cuidadora como en la de la persona cuidada
Obviar las condiciones de vida en el registro	Recoger información psicosocial relevante en el apartado «Condicionantes y problemas»: situación económica (paro, vivienda, renta mínima), trabajo, nivel educativo, soledad, migración y origen...
Recoger solo datos duros o la narrativa biológica en el texto libre	Incluir la narrativa del paciente en la medida de lo posible
Al tratar temas de género, presuponer correlación con el sexo recogido en los datos administrativos	Reseñar en la historia los géneros no normativos o transgénero y pronombres que se prefieren (él/ella), siempre de acuerdo con la persona
No recoger información familiar	Elaborar genogramas básicos o recoger de alguna forma la estructura y dinámicas familiares
Invisibilizar el síntoma de presentación (demanda explícita) si es relevante para la persona y requiere atención específica	Si una vez explicitada la demanda implícita sigue siendo relevante el síntoma físico o psicológico de presentación, visibilizarlo en el nombre del episodio junto a la causa
Tomar decisiones de registro por encima de la opinión o seguridad de la paciente	Pactar el registro con la paciente, si puede generar inseguridad poner otro nombre o siglas (VG para violencia de género, por ejemplo)

TABLA 3

Intervención narrativa con perspectiva feminista

Fase	Contenido	Caso ejemplo
1. Escucha	- Escucha empática de la narración - Valoración del síntoma (demanda explícita)	Mujer, de 35 años de edad, sin antecedentes relevantes que acude a nuestra consulta quejándose de cefalea crónica diaria con agravamiento en los últimos días. También anamnesis sobre patrón de cefalea, síntomas de alarma.
2. Comprensión de la narrativa de género personal	- Localización de hechos biográficos o acontecimientos vitales significativos - Valoración de los significados y emociones asociadas - Clarificación de la demanda y de las expectativas	¿Con qué relacionas el inicio/empeoramiento del dolor? ¿Hay algo que te preocupe? (trabajo a media jornada como camarera de pisos, inseguridad laboral, sueldo escaso y exigencia física; sobrecarga con tareas del hogar y cuidado de hijo e hija que asume en solitario porque su pareja trabaja a jornada completa) ¿Cómo te hace sentir esta situación? ¿Podría tener relación con tus síntomas? ¿En qué te puedo ayudar? (quitarme el dolor para volver a trabajar).
3. Encuadre de la narrativa personal en un marco sociocultural	- Recapitulación de la narración - Validación de la experiencia personal - Contextualización (roles de género, capacidades y condiciones sociales-culturales-económicas)	- Recapitular: Entonces, la carga de trabajo fuera de casa se te suma al trabajo dentro de casa y no tienes ayuda; te sientes poco valorada por el doble trabajo y, sin embargo, te está desgastando... - Reconocer sentimientos en contexto: Es un problema frecuente en las mujeres, se llama «doble jornada» y tiene que ver con que se asume que la casa y los cuidados son femeninos y que amar y cuidar significa sacrificarnos por los demás. / Encargarse de todo esto es muy duro física, intelectual y emocionalmente, y es normal que acabe pasando factura de alguna forma. / En cualquier caso, es difícil, pero más si dependes de ese trabajo que no te llena y tienes poco apoyo o desahogo.
4. Deconstrucción-Cuestionamiento de la narrativa personal	- Señalar contradicciones o ambivalencias en la narrativa de género - Valorar inputs internos y externos para las concepciones actuales - Reflexionar sobre el impacto que estas concepciones tienen en la vida de la persona - Visibilizar el origen de los mandatos de género y situarlos fuera de la persona - Favorecer la aproximación crítica a los mandatos internalizados	¿Por qué crees que te sientes más responsable de la casa o de tus hijos que tu pareja? ¿Cómo te afecta llevar este peso? ¿Por qué os organizáis así en casa? ¿Podría ser de otra forma? ¿De dónde viene esa idea de que es la mujer quien debe encargarse? ¿Consideráis todo lo que haces en casa y el cuidado de la familia como trabajo? ¿Cómo se decidió que fueras tú quien tuviera jornada reducida? ¿Por qué tu trabajo está menos considerado y peor pagado? ¿Puede tener algo que ver con ser una labor tradicionalmente femenina? ¿Te pasa también a ti? ¿Ves esto mismo también a tu alrededor? ¿Qué te parecería que le pasase a tu hija o a una amiga? ¿Qué piensas de estas condiciones laborales? ¿Lo hablas con tus compañeras? ¿Se podrían intentar cambiar?
5. Reconstrucción con interpretación alternativa	- Situar el objetivo de cambio - Definir estrategias internas (con señalamiento de los límites de la responsabilidad individual) y externas (colectivización de la solución, recursos comunitarios), conjuntamente - Recapitular la narración partiendo del síntoma inicial, reconociéndolo y tratándolo si es preciso	¿Qué podría mejorar en el reparto de tareas en casa? ¿Qué podría mejorar con respecto al trabajo? - Ejemplo de estrategias internas: conversación con pareja e hijos sobre tareas; cambio de perspectiva sobre su responsabilidad; valorar ayudas externas... - Ejemplo de estrategias externas: dirigir a sindicato o a colectivo Las Kellys, contacto con trabajadora social para valorar ayudas; contacto con recursos locales para infancia y mujeres... - También calendario de cefaleas, tratamiento para las crisis, valoración de profilaxis.

nerabilidad común: puesto que las mismas condiciones de desigualdad nos afectan a todas, nos reconocemos y podemos unirnos para identificar y cambiar esas mismas condiciones¹⁴. El malestar común es, entonces, una palanca para la identificación de sus causas y para el cambio social.

Como profesionales de AP, se propone una toma de conciencia sobre los sesgos de género del sistema sanitario por su mirada androcéntrica (ver), una entrevista clínica centrada en los roles y las narrativas de género (oír) y una autoobservación e interrogación sobre la propia práctica (sentir). Como consecuencia de este tránsito, se busca un cambio de perspectiva que modifique la práctica y posibilite una atención sanitaria biopsicosocial, narrativa y con enfoque de equidad, es decir, una atención sanitaria feminista.

Agradecimientos

A todas y todos quienes han pensado conmigo y han leído el artículo. Y a todas las que han pensado y escrito antes que yo. Llegamos lejos porque vamos juntas.

Lecturas recomendadas

- Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer. Cuadernos para la salud de las mujeres [internet] EASP; 2019. <http://www.easp.es/project/cuadernos-para-la-salud-de-las-mujeres/>
Se trata de una serie de publicaciones con información sobre diversas temáticas (desigualdades de género, conciliación, violencia de género...) que afectan a la salud de las mujeres.
- Velasco Sara. Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf>
Extensa y detallada revisión de la influencia del género en la salud de las mujeres, modelos de evaluación e intervención y marcos teóricos de trabajo.
- Ortiz Alberto, Murcia Laura. La indicación de no-tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. En: Retolaza Ander (coordinador). Trastornos mentales comunes: manual de orientación. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2009. pp. 179-193. https://www.researchgate.net/publication/301488393_LA_INDICACION_DE_NO-TRATAMIENTO_ASPECTOS_PSICOTERAPEUTICOS
*Capítulo que desarrolla detalladamente una intervención psicoterapéutica sencilla y realizable desde AP. Su objetivo es la resignificación de la demanda cuando no se aprecia patología susceptible de ser abordada sanitariamente. Esta intervención sirve de base e inspiración para la que se propone en la **tabla 3**, más orientada al género.*

Bibliografía

- Greenhalgh Trisha. Narrative based medicine in an evidence based world. BMJ [Internet.] 1999;318(7179): 323-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1114786/>
- Wieringa Sietse, Engebretsen Eivind, Heggen Kristin, Greenhalgh Trish. Rethinking bias and truth in evidence-based health care. J Eval Clin Pract. [Internet.] 2018;24:930-8. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jep.13010>
- Haraway Donna. Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinvención de la naturaleza. Madrid: Ediciones Cátedra; 1995.
- Goldenberg Maya J. On evidence and evidence-based medicine: lessons from the philosophy of science. Soc Sci Med. [Internet.] 2006;62(11):2621-32. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953605006210?via%3Dihub>
- Frankenhaeuser Marianne, Lundberg Ulf, Chesney Margaret (coords). Women, Work, and Health. Stress and Opportunities. New York: Springer Science; 1991.
- El blog de la Guía Terapéutica [Sede web] semFYC e Institut Català de Farmacologia; 30 de julio de 2019 [acceso 4 de noviembre de 2019] Aldecoa Susana. Soy mujer, consumo fármacos. Disponible en: <https://guiaterapeutica.wordpress.com/2019/07/30/soy-mujer-consumo-farmacos/>
- Song Michael M, Simonsen Cheryl K, Wilson Joanna D, Jenkins Marjorie R. Development of a PubMed Based Search Tool for identifying Sex and Gender Specific Health Literature. J Women's Health. [Internet.] 2016;25(2):181-87. Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2015.5217>
- Pujal i Llobart Margot. Apuntes para una «salud mental» inclusiva: duelo a la identidad de género y reconocimiento de la heterogeneidad de la experiencia. En: Climent Maria Teresa, Carmona Marta (coords). Transpsiquiatría. Abordajes queer en salud mental. [Internet.] Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2018. Disponible en: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/05/AEN-Digital-5-Transpsiquiatri%CC%81a.pdf>
- Benedicto Clara. Malestares de género y socialización: el feminismo como grieta. Rev Asoc Esp Neuropsiq. [Internet.] 2018;38(134):607-25. Disponible en: <http://revistaen.es/index.php/aen/article/view/17063>
- Velasco Sara. Síndromes del malestar de las mujeres en Atención Primaria. Mujeres y Salud. [Internet.] 2005;16:11-15. Disponible en: https://matriz.net/mys16/16_22.htm
- Gremillion Helen. Unpacking essentialisms in therapy: lessons for feminist approaches from narrative work. J Constr Psychol. [Internet.] 2004;17(3):173-200. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10720530490447112>
- Lee Janet. Women re-authoring their lives through feminist narrative therapy. Women Ther. [Internet.] 1997;20(3):1-22. Disponible en: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J015v20n03_01
- Pujal Margot, Mora Enrico. Subjetividad, salud y género: una aproximación al dolor crónico mediante la metodología del Diagnóstico Psicosocial de Género. Estudios de Psicología: Studies in Psychology. [Internet.] 2014;35(2):212-38. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02109395.2014.922260>
- Fernández-Savater Amador. Una fuerza vulnerable: el malestar como energía de transformación social. eldiario.es, 27 de enero de 2017 [Internet] [Acceso 4 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://www.eldiario.es/interferencias/malestar-energia-transformacion-social_6_606199392.html