

A partir de los resultados obtenidos en el trabajo se han elaborado una serie de conclusiones que permiten subrayar los aspectos más relevantes de la investigación, enunciar futuras realidades a desarrollar y confirmar o refutar hipótesis.

Es preciso señalar que la propia historia de FM apunta las posibles causas de la realidad actual de las personas enfermas, ya que no fue reconocida por la OMS hasta 1992, pero hasta el año 2003 no se empezó a registrar un número significativo de diagnósticos en Navarra. Por tanto, se trata una enfermedad relativamente reciente y con un desarrollo social y médico escaso. Por ello es necesario avanzar para alcanzar el reconocimiento socio-sanitario de la enfermedad, fomentando la investigación y la participación social.

Si se establece una comparación triangular entre los resultados obtenidos en el estudio EPISER, los datos básicos de Salud y las características de las personas participantes en la encuesta elaborada en esta investigación, se extrae la idea de que las personas que tienen FM presentan un perfil muy homogéneo. Tratándose en su mayoría de mujeres de mediana edad (45-65 años), que se encuentran en edad laboral, y que es habitual que residan en áreas no urbanas, siendo esto un posible condicionante de distribución de los casos de FM aún sin desarrollar. Se identifica otra hipótesis que plantea que la distribución de los casos de FM está más determinada por la feminización de la población que por la residencia en áreas urbanas o rurales. En el medio rural la incidencia de la FM es mucho mayor entre las mujeres porque los núcleos rurales están muy envejecidos y la vejez se define en femenino, como demuestran los estudios demográficos.

En cuanto a la feminización de la enfermedad, varias son las hipótesis que se han barajado sobre el por qué la FM afecta mayoritariamente a las mujeres. Lo cierto es que hasta hoy no existe una causa biológica subyacente que permita explicar este fenómeno.

Si atendemos al por qué la FM es una enfermedad poco desarrollada desde la perspectiva de género y salud, se subraya la importancia del carácter simbólico que transmite cualquier enfermedad femenina, ya que toman distancia de los patrones masculinos de la enfermedad y el dolor, en tanto que no se adecuan a los referentes modélicos y son clasificadas dentro de los *“malestares propios de las mujeres”*, naturalizando así dolencias que acaban cronificándose.

En cuanto a la representación de la enfermedad, queda determinada por los arduos procesos de diagnóstico, por la ausencia de tratamientos efectivos y por la difícil relación con los profesionales de salud. Esto influye en la vivencia de la enfermedad y la calidad de vida de las personas enfermas, entorpeciendo los procesos de rehabilitación y normalización de la enfermedad.

Otro indicador que condiciona, limita y merma la calidad de vida de las personas enfermas de FM es el dolor crónico y generalizado. Este tiene un claro componente subjetivo y personal, por ello es muy difícil tanto expresarlo como medirlo.

Si se atiende a los efectos laborales de la FM, se comprueba que estos tienen un gran alcance e inciden en el mantenimiento y acceso a un puesto de trabajo, ya que la enfermedad regula el nivel de actividad de la persona. Si a esto se le añaden los condicionantes de ser mujer y de mediana edad, se puede concluir que existe un claro riesgo de exclusión socio-laboral.

Para paliar todo lo anterior AFINA, como asociación de autoayuda, actúa como un soporte social para las personas afectadas de FM en Navarra. Con el paso de los años la asociación ha ido adquiriendo visibilidad social y no puede ser ignorada al inventariar los recursos existentes en el campo de la atención dirigidos a este colectivo y al analizar su influencia en el reconocimiento sociosanitario de la FM.

A pesar de que la investigación se ha desarrollado en el ámbito de la citada asociación que lucha en pro de los derechos del colectivo, los discursos de las entrevistas exponen la idea de que las personas se posicionan de manera individual y central ante la enfermedad. Esto puede deberse a que aún se identifica la FM únicamente desde la perspectiva biomédica, que determina la construcción individual, personal, de la percepción de la salud.

Por último, se ha de hacer hincapié en que las necesidades y demandas del colectivo de personas enfermas de FM son explícitas y concretas. Se han detectado necesidades de diversa naturaleza que demuestran las carencias actuales que existen a nivel socio-sanitario para con este colectivo, así como demandas que apuntan a una labor de acción coordinada más intensa y desde diversos ámbitos.

La FM es una enfermedad “maltratada” por la biomedicina e incomprendida por el grueso social. Por ello la detección de las necesidades y las demandas de las personas enfermas en Navarra son una herramienta fundamental para el diseño de proyectos concretos de intervención, además de unos indicadores que plasman una radiografía muy útil para elaborar soluciones a la problemática actual.