

Elisabet Torrubia Pérez

**DETERMINANTES PSICOSOCIALES Y CULTURALES DE LA
SALUD Y ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS: ESTUDIO
DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO**

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

dirigido por la Dra. María Antonia Martorell Poveda

Máster en investigación en Ciencias de la Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

**Tarragona
2018**





AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a la tutora de este trabajo, la Dra M^a Antonia Martorell, con quien conecté desde el primer momento y quien con tanta filosofía ha esperado paciente cada borrador. Gracias por no perder la fe en mi durante todo este curso y darme un voto de confianza.

A la Dra Marisa Panisello y al Dr Josep Lluís Clua por sembrar en mi la inquietud y las ganas de querer hacer de nuestro ámbito un sistema mejor para todos.

A mis padres por incentivarme desde que nací a desarrollar un espíritu crítico y la ambición de alcanzar lo que me proponga.





ÍNDICE

Resumen/Abstract.....	8
1. Introducción.....	10
2. Marco teórico.....	12
2.1. Género.....	12
2.2. Determinantes de la salud.....	14
2.2.1. Instrumentos de recogida de datos.....	16
2.3. Psicosomatización.....	18
2.4. Psicosomatización y género.....	21
3. Estado actual del tema.....	24
4. Revisión bibliográfica.....	28
4.1. Criterios de selección.....	28
4.1.1. Criterios de inclusión.....	31
4.1.2. Criterios de exclusión.....	32
5. Aportaciones e interés del estudio.....	33
6. Objetivos e hipótesis.....	34
6.1. General.....	34
6.2. Específico.....	34
6.3. Hipótesis.....	34
7. Método.....	35
7.1. Diseño, metodología y justificación	35
7.2. Población y muestra.....	35
7.2.1. Población objetivo.....	35
7.2.2. Población accesible.....	36
7.2.3. Diseño del muestreo.....	37
7.2.4. Tamaño muestral.....	37



7.2.5. Criterios de inclusión y exclusión.....	38
7.3. Variables.....	39
7.4. Instrumentos de recogida de información.....	40
7.5. Análisis de los datos.....	41
8. Aspectos éticos.....	43
9. Limitaciones del estudio.....	43
10. Bibliografía.....	44
11. Cronograma.....	50
12. Presupuestos.....	51
13. Previsión de difusión.....	53
14. Anexos.....	56

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I – Tabla de artículos consultados estado actual del tema.....	30
Tabla II – Datos demográficos Terres de l'Ebre.....	36
Tabla III – Tamaño muestral por comarcas.....	38
Tabla IV – Variables del estudio.....	39
Tabla V – Cronograma proyecto.....	50
Tabla VI – Gastos previstos proyecto.....	51
Tabla VII – Información de convocatorias, ayudas y congresos.....	54

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – Autopercepción del estado de salud de la población general por sexo. Catalunya, 2015.....	56
ANEXO II – Dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en la población mayor de 15 años por sexo. Catalunya, 2015.....	57
ANEXO III – Acontecimientos psicosociales localizados. Base muestral 63 hombres y 349 mujeres.....	58
ANEXO IV – Factores psicosociales por sexos. Base muestral 64 factores en hombres y 400 factores en mujeres.....	61
ANEXO V – Escala de Bienestar Mental Warwick – Edinburgh.....	62
ANEXO VI – Cuestionario de Salud EQ-5D-5L.....	63
ANEXO VI – Cuestionario Ad Hoc Perfil sociodemográfico y clínico.....	66
ANEXO VIII – Consentimiento informado.....	68





RESUMEN

Introducción

En la sociedad actual, esencialmente patriarcal, existen factores determinantes que perpetúan desigualdades de incidencia, prevalencia y desarrollo de determinadas patologías en función de género.

Objetivo

El presente proyecto nace con objetivo de conocer los factores psicosociales y culturales que puedan constituir un riesgo para el desarrollo de patologías de carácter psicosomático en hombres y mujeres de entre 15 y 64 años de Terres de l'Ebre.

Metodología

Para ello se propone un estudio descriptivo transversal de metodología mixta en el cual llevar a cabo una primera fase en la que se administrarán una serie de cuestionarios validados y traducidos al castellano a una muestra representativa de la población de entre 15 y 64 años de Terres de l'Ebre, siendo así 1122 hombres y 1122 mujeres.

Una vez recogidos y analizados los resultados de esta parte cuantitativa se procederá al desarrollo de la segunda fase, la cualitativa, en la cual se realizarán entrevistas semiestructuradas a un número indeterminado de sujetos de estudio hasta saturación de datos, discurso de los cuales se prevé puede ser de gran utilidad para la profundización de los resultados y análisis.

PALABRAS CLAVE

Medicina psicosomática, Impacto Psicosocial, Mujer, Género, Feminismo



ABSTRACT

Introduction

In today's society, essentially patriarchal, there are determining factors that perpetuate inequalities of incidence, prevalence and development of certain pathologies based on gender.

Objective

The present project was born with the objective of knowing the psychosocial and cultural factors that may constitute a risk for the development of psychosomatic pathologies in men and women between 15 and 64 years of Terres de l'Ebre.

Methodology

For this purpose, a cross-sectional descriptive study of a mixed methodology is proposed. A first phase will be carried out in which a series of questionnaires validated and translated into Spanish will be administered to a representative sample of population between 15 and 64 years of Terres de l'Ebre, being 1122 men and 1122 women.

When the results of this quantitative part have been collected and analyzed, the development of the second qualitative phase will be carried out. Semi-structured interviews will be distribute to an indeterminate number of study subjects until data saturation, discourse of which is expected to be very useful for the deepening of the results and analysis.

KEYWORDS

Psychosomatic Medicine, Psychosocial Impact, Woman, Gender, Feminism

1. INTRODUCCIÓN

La relación entre cuerpo y mente es un hecho más que innegable, comprobado y estudiado a lo largo de los años, pero no deja de ser objeto de discusión. A raíz del cambio de paradigma experimentado en los últimos tiempos, la ciencia de la psicosomática es una temática que cada vez toma más fuerza en las líneas de investigación actuales.

La psicosomatización podría definirse como el proceso mediante el cual las emociones se expresan a través del cuerpo, dando lugar a patologías sin causa orgánica aparente, en cuyo desarrollo juegan un papel fundamental los factores psicosociales que envuelven a la persona y posibles sucesos vitales estresantes a los que se haya visto sometida.

Se trata de una ciencia que aporta una visión más holística del concepto de salud biomédico atesorado hasta hace relativamente poco, que, aunque quebrantado en los últimos años por la concepción de la persona como ser biopsicosocial, pretende ir un paso más adelante de la noción vigente (Velasco Arias, Ruiz, & Álvarez-Dardet, 2006).

En la actualidad todavía cuesta despegarse de aquel paradigma biomédico, que, aunque se crea arcaico, aún queda arraigado en la práctica sanitaria de muchos profesionales (Gérvás & Pérez-Fernández, 2016). La visión psicosomática rompe con ello al tener en cuenta una dimensión del ser humano mucho más profunda y es por ello y otras razones a desarrollar, que constituye una ciencia con gran número de defensores y detractores (Sánchez Medina, 2006; Lipton, 2014).

Teniendo en cuenta el contexto contemporáneo regido por un sistema patriarcal que modela de forma inherente los factores psicosociales y culturales, queda reflejado en las desigualdades de incidencia, prevalencia y desarrollo de determinadas patologías en función de género (Velasco Arias, Ruiz, & Álvarez-Dardet, 2006; Valls Llobet, 2008; Velasco Arias, 2009).

Ante la pasividad de dicho sistema, y por ende, la sociedad que lo forma y secunda, se pretende formular un proyecto de investigación que permita dar visibilidad a la relación existente entre factores socioculturales y el desarrollo de enfermedades de base psicosomática. Del mismo modo se pretende describir cómo dicho contexto propicia que se den más casos en mujeres frente a los compañeros varones, dando lugar a lo que denominaremos el *malestar de las mujeres*.



La inquietud que se presenta de esta forma en el presente proyecto de estudio nace durante el desarrollo del Trabajo Final de Grado de los estudios universitarios de Enfermería *“Factores psicosomáticos en relación a problemas de salud específicos: el género como factor determinante en su desarrollo”*, revisión bibliográfica a la que se le fue concedida el Premio al mejor Trabajo Final de Grado en materia de mujeres y género, concedido por el Campus Terres de l'Ebre de la Universitat Rovira i Virgili y el Institut Català de les Dones.

Así, el presente proyecto tratará de responder a una serie de preguntas que se gestaron durante la realización de aquel trabajo en el que surgieron tal cantidad de inquietudes. Dichas cuestiones tratarán de ser resueltas de forma que consiga describir el perfil psicosocial de hombres y mujeres del territorio de Terres de l'Ebre con el fin de concretar las relaciones anteriormente descritas y concretar y, del mismo modo, profundizar en lo que representa el malestar de las mujeres para un grupo de mujeres susceptibles de padecerlo.

Para ello se procederá al abordaje del análisis mediante metodología mixta, siendo dividido el estudio en dos fases diferenciadas, con la intención de llevar a cabo no sólo el ejercicio de descripción de una realidad tan acallada sino también, de asentar las bases de lo que pudiera ser el desarrollo de una mejora de la atención sanitaria holística y con perspectiva de género.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Género

En todas las sociedades existe lo que se denomina la división sexual del trabajo, concepto que se establece como pilar fundamental del llamado sistema de género. Hombres y mujeres desempeñan funciones diferentes, y éstas son inculcadas desde la infancia como actividades esencialmente masculinas o femeninas respectivamente.

Existen una serie de normas socialmente aceptadas que definen cuales son los comportamientos y actitudes “normales” en función de género, creando así la organización social que deriva de la instauración de dicha división sexual del trabajo, el *sistema de género social*. Astelarra (2005) define dicho sistema como “Los procesos y mecanismos que regulan y organizan la sociedad de modo que mujeres y hombres sean, actúen y se consideren diferentes, al mismo tiempo que determina qué áreas sociales son de competencia de un sexo y cuáles del otro” (p. 15).

Son cuatro los niveles en que se expresa el género según la misma autora. La biología en primer lugar como elemento base de justificación de la propia existencia de la división sexual del trabajo (productivo y reproductivo). La identidad personal, constituida por la feminidad y la masculinidad muestra la forma en que la sociedad modela y perpetua los estereotipos de género. En el tercer nivel descrito se pueden encontrar los roles sociales donde se puede apreciar que no solo el género es atribuible a las personas sino también a las actividades mismas. Por último, los ámbitos sociales diferenciados, el ámbito privado y el público o los contextos claramente dicotomizados por ser predominantemente femeninos o masculinos terminan de cerrar lo que conformaría el sistema de género social (Astelarra, 2005).

El concepto de género envuelve una red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades que conforman y sustentan las diferencias entre hombres y mujeres reproduciendo una sólida dicotomía (Martínez Verdú, 2007). Así, la relación entre la acepción de género y entorno sociocultural queda íntimamente relacionado, siendo así que el género en última instancia no es ni más ni menos que la construcción social y cultural del sexo (Macedo & Maral, 2012).

La antropóloga feminista Margaret Mead fue una de las primeras en insinuar la existencia de esta diferenciación de términos, instaurando la base a la posterior

reformulación espontánea de los mismos por Simone de Beauvoir con su “*No se nace mujer, se llega a serlo*” (Martínez Verdú, 2007; Macedo y Maral, 2012). Ésta última cuestiona en su libro *El segundo Sexo* el paradigma biologicista que condiciona el estatus y rol de las mujeres como consecuencia de la pura biología, siendo que en realidad viene dado por la opresión de la cultura, la tradición y los determinantes históricos, haciendo de la mujer el segundo sexo, el que no se concibe como principal (Martínez Verdú, 2007).

Mead por su parte destacaba el “poder de la cultura” en la construcción de lo que se entendía por la dicotomía mujer-hombre, no entendía el desarrollo de la naturaleza humana sin la educación que la modela y adapta a la sociedad en el que se desenvuelve (Dillon, 2001).

De este modo, mediante el estudio de tres sociedades entonces primitivas (1935) de Papúa – Nueva Guinea, Mead deduce que las diferencias biológicas sexuales no constituyen variables determinantes en lo que se diría masculino o femenino, sino en el contexto cultural de cada sociedad y el proceso de aprendizaje de los caracteres que se le otorgan a uno u otro.

Es mediante este discurso que Mead instauro la perspectiva relativista de los estudios de género, otorgando mayor relevancia a la construcción sociocultural del género y mostrándose firmemente escéptica a las concepciones más biologicistas en relación a ello (Dillon, 2001; Parga, 2013).

Concluyó que las conductas sexuales son modificadas según los contextos sociohistóricos y que son las desigualdades sociales extraídas del ideal de género las que dan una interpretación a las diferencias biológicas, el sexo. Llevando esta premisa por bandera abre la veda a las reivindicaciones contra la discriminación por razón de sexo-género del discurso determinista y existencialista (Parga, 2013).

Teniendo en cuenta el marco de la tercera ola del feminismo contemporáneo, una de las grandes empresas definidas por el mismo constituye la abolición del patriarcado (Casado Mejía & García-Carpintero Muñoz, 2018). Ello constituye un pilar fundamental en la lucha contra la dominación – sumisión de lo masculino sobre lo femenino en todos sus ámbitos, siendo un eje fundamental para lo que posteriormente conformará los determinantes morbidiferenciales de salud en cuestión de género.

Contextualizada en la tercera ola y como fundamentación teórica del presente proyecto, encontramos a su vez el feminismo de la igualdad, corriente que, como Mead y otras

autoras, concibe masculinidad y feminidad como roles socialmente contruidos, en los que son los primeros quienes ejercen una posición de dominación frente a los segundos, estableciendo así relaciones de poder desiguales (Sanz Ramón, 2004; Casado Mejía & García-Carpintero Muñoz, 2018).

El objetivo de dicha corriente constituye fundamentalmente el alcance de una igualdad real total entre hombres y mujeres. El feminismo de la igualdad predica de este modo, como innecesaria la exaltación de la figura de la mujer por encima de la del hombre, ya que se trataría de un ejercicio inversamente patriarcal pero con mismas consecuencias. Del mismo modo, esta corriente se muestra crítica con la desigualdad por razón de género tanto en el trabajo productivo como reproductivo, así como la repercusión de dichas desigualdades en materia de salud (Casado Mejía & García-Carpintero Muñoz, 2018).

Es aquí donde se encuentra la relación concreta del feminismo de la igualdad para con el análisis y necesidad de estudios en materia de género y salud en la actualidad. Esta mirada crítica del desarrollo de la mujer en la vida pública y privada se hace necesaria para entender de qué modo el contexto patriarcal influye en los distintos ámbitos que envuelven a hombres y mujeres y cómo de necesario es este abordaje para conseguir una igualdad real en todos ellos.

2.2. Determinantes de salud

Los estudios de género y la perspectiva de la que se parte para el análisis de la realidad en que se desarrollan los fenómenos de estudio se hace completamente necesario con el fin de incidir en los aspectos discriminatorios del sistema social de género como determinantes de desigualdad social (Astelarra, 2005).

La influencia cultural en las desigualdades de género puede identificarse en muchos ámbitos que funcionan, a su vez, como determinantes de salud. Es decir, que afectan de forma directa o indirecta en la salud individual y colectiva de los sujetos que la forman.

Los estudios publicados en los últimos tiempos perpetúan el postulado de la gran influencia que ejerce el medio sobre el proceso de salud – enfermedad, y en el caso de la mujer, es posible observar de forma significativa cómo los condicionantes psicosociales de género ejercen como factores de vulnerabilidad. Así, los roles, los

estereotipos, los ideales de belleza, la subordinación o el modelo de feminidad son determinantes en el desarrollo de los distintos estilos de vida, enfermedades, el acceso a la sanidad o incluso la mortalidad (Velasco Arias et al, 2007; Valls Llobet, 2008; Tortosa Salazar, 2015; Casado Mejía & García-Carpintero Muñoz, 2018).

Partiendo de la situación laboral y determinantes económicos, son de dominio público las desigualdades que se producen tanto a nivel salarial como en relación al acceso a puestos de poder, la exclusión de la mujer estos ámbitos o la dificultad que se presenta con una frecuencia significativamente mayor de conciliación con la vida familiar, donde las mujeres son las grandes perjudicadas (Astelarra, 2005; Lasheras Lozano, Pires Alcaida & Rodríguez Gimena, 2012).

De forma paralela, estos impedimentos desembocan en la imposibilidad de la mujer para “emanciparse” económica y simbólicamente de las directrices que se han estado atesorando en relación a los quehaceres femeninos a lo largo de la historia y romper así con la diferenciación consolidada de aquellas actividades esencialmente femeninas y masculinas (Lafaurie Villamil, 2010; Casado Mejía & García-Carpintero Muñoz, 2018). En relación a ello cabe destacar el fenómeno de la sobrevalorización de los segundos con respecto a los primeros, hecho determinante en la interiorización de inferioridad y sumisión femenina en la sociedad patriarcal occidental (Martínez Verdú, 2007; Lasheras Lozano, Pires Alcaida & Rodríguez Gimena, 2012).

El cuidado de las personas dependientes, la crianza de los pequeños y la atención de los mayores son tareas que suelen caer en manos de las mujeres que forman parte del núcleo familiar, siendo así que se presenta como un gran obstáculo la autodedicación de éstas a actividades de ocio, deporte, tiempo libre, autocuidado o desarrollo personal (Pont Martínez *et al*, 2010). Todo ello viene reforzado por el sentimiento de no legitimación al empoderamiento y la autodedicación implícito por la ambivalencia anteriormente nombrada que impone la sociedad patriarcal con respecto a la valoración de lo esencialmente femenino (Lasheras Lozano, Pires Alcaida & Rodríguez Gimena, 2012).

Por otra parte y de forma paralela, cabe destacar la imposición de los ideales de belleza firmemente impuesto sobretudo en relación a la figura de la mujer y la presión social inherente, rebajándolas a la objetualización y cosificación por parte del mercado publicitario y el ámbito político, constituyendo un potente factor determinante en la autoestima y autoconcepto de las mujeres inmersas en el sistema social de género (Martínez Verdú, 2007; Valls Llobet, 2008; Velasco Arias, 2009)

Todo ello queda a su vez reflejado en forma de estadísticas en sondeos de la autopercepción de calidad de vida de las mujeres o en la morbilidad diferencial en cuestión de salud mental (Enquesta de Salut de Catalunya 2015, 2016; Enquesta de Salut de Catalunya 2016, 2017) y manifestaciones de carácter psicosomático (Velasco Arias *et al*, 2007) que se desarrollarán más adelante.

La sociedad patriarcal, por antonomasia ejerce una violencia estructural en diferentes ámbitos. Cada sociedad se rige por una serie de valores y conductas socialmente aceptadas y catalogadas que se hallan normalizadas dentro del mismo contexto. Sanz Ramón (2004) explica en su capítulo de libro: “En las sociedades patriarcales existe una primera y básica discriminación entre los seres humanos, y es la discriminación en función del sexo con el que se nace, y que los dividen en géneros masculino y femenino. En torno al género se generan valores y roles que se imponen desde el exterior a veces por la fuerza y otras de forma sutil. Esos valores, roles, actitudes de género que forman parte del modelo social se interiorizan a lo largo del proceso de socialización y construcción de la identidad – como hombre y como mujer – y se reproducen de forma inconsciente” (p. 22).

Existe entre mujer y hombres una valoración jerárquica de lo masculino sobre lo femenino que se expresa en forma de relaciones de poder. Es esta discriminación básica la que ejerce más tarde como potenciadora de otro tipo de discriminaciones ya sea por razón de raza, clase o edad entre otras (Sanz Ramón, 2004), sin olvidar que estas también mantienen una batalla particular consustancialmente en la sociedad.

Las vías de opresión y discriminación de la sociedad patriarcal hacia la mujer son múltiples y diversas. Con la intención de reflejar la influencia de las mismas, el presente proyecto se propone se facilitar a una muestra representativa de la población de estudio una serie de cuestionarios validados y adaptados al castellano con las que poder describir los determinantes descritos en el inicio de este subapartado.

2.2.1. Instrumentos de recogida de datos

Existen múltiples cuestionarios que permiten el registro de los determinantes expuestos con anterioridad. Para el desarrollo del tema que nos ocupa se ha considerado clave ser conocedores de una serie de determinantes, como lo son el estado de salud mental de la población, la percepción de calidad de vida en relación a la salud y el riesgo, según

la literatura, que pueda presentar la población en el desarrollo de ciertas patologías relacionadas con el fenómeno psicosomático.

Como recurso estimador de riesgo de padecer mala salud mental contamos, entre otros, con el cuestionario GHQ-12 de Goldberg o el Warwick-Edinburgh de Bienestar Psicológico o Salud Mental positiva, ambos validados y traducidos al castellano y de uso frecuente.

El cuestionario GHQ-12 de Goldberg es un instrumento sencillo compuesto por un total de 12 ítems puntuables mediante una escala Likert de 4 opciones, que cuenta a su vez, con una versión más extensa (GHQ-28), ambas de uso generalizado para la medición del riesgo de mala salud mental (Rocha et al, 2011). Por otro lado, el Warwick-Edinburgh también se presenta como un cuestionario de gran calidad y fiabilidad, con 14 ítems de respuesta en escala numérica. Su uso es extendido también en estudios de carácter público nacional y para el desarrollo de estadísticas de gran relevancia (Castellví et al, 2014; Serrani Azcurra, 2015).

En cuanto a cuestionarios con objetivo de conocer la calidad de vida y salud autopercebida, existen varios a los que recurrir en la literatura que podrían adecuarse a los datos que se pretende obtener en el presente proyecto. El cuestionario de Calidad de Vida SF-36 cuenta con un gran recorrido dado que se ha hecho uso del mismo a lo largo de los años, habiendo superado con éxito estudios comparativos y demostrando siempre una alta fiabilidad, instaurada ya su segunda y última versión (Institut Municipal d'Investigació Mèdica, 2003; Vilagut et al, 2005). No obstante, se trata de un cuestionario extenso que no termina de ajustarse al criterio del presente estudio, en que se pretende facilitar cuestionarios sencillos que insten la colaboración de los participantes de la muestra.

Un cuestionario que se ajusta más a lo requerido para el estudio es el EQ-5D-5L, el cual resulta muy completo dados los 5 niveles en relación a la calidad de vida relacionada con la salud que pretende plasmar (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014), tal y como se describe en el punto 6.4 de este trabajo. No obstante, se trata de un cuestionario breve pero de una alta de fiabilidad (Cabasés, 2015), lo cual hace de él una herramienta clave para el desarrollo de este estudio.

Por otro lado, son escasos los instrumentos de recogida de datos que pudieran ser de utilidad para el recabación de información con relación a la posible manifestación de síntomas psicosomáticos, dada la contextualización que desarrollará en el siguiente apartado del presente proyecto. Así es cierto que existen recursos validados, sobretodo

en lengua inglesa, pero son escasos los traducidos al castellano y validados que pudieran ajustarse a la especificidad de lo que se busca en el presente estudio.

Así, las opciones se reducían a unos pocos cuestionarios como el BSI-18, Inventario Breve de 18 Síntomas, en el cual se pretende recoger la sintomatología psicosomática mediante la cumplimentación de 18 ítems en formato Likert (Consejo General de Psicología, 2013). No obstante, y al contrario que en los casos anteriores, se considera necesario hacer un registro exhaustivo del posible malestar psicológico y emocional de los participantes de estudio, con lo cual, nos decantamos por el Listado de Síntomas Breve LSB-50. Este cuestionario de reciente revisión y edición reúne hasta 50 ítems relacionados con algunas manifestaciones psicosomáticas y redactadas y expuestas de una forma comprensible para la población general, lo cual constituye un punto fuerte (De Rivera & Abuín, 2018).

Finalmente, tras el análisis de los instrumentos de recogida de datos cuantitativos más idóneos para la puesta en marcha de la primera fase de este proyecto se seleccionan finalmente el cuestionario Warwick-Edinburgh de Bienestar Psicológico o Salud Mental positiva, el cuestionario de Calidad de Vida relacionada con Salud Autopercebida EQ-5D-5L y el Listado de Síntomas Breve LSB-50, todo ellos desarrollados más exhaustivamente en el apartado 6.4 de este mismo trabajo.

2.3. Psicosomatización

El término *psicosomático* ha sufrido, desde sus inicios, gran variedad de modificaciones. Es en 1818 cuando el sustantivo aparece por primera vez en documentos de divulgación científica de la mano de Johann Christian Heinroth, en estudios sobre las causas del insomnio (Referenciado por Sánchez Medina, 2006), pero no es hasta mediados del siglo XX cuando el término queda definido completamente para dar nombre a una nueva concepción de la medicina, donde se realiza una visión holística de la persona en su totalidad (Marty, 2003; Sánchez Medina, 2006).

A lo largo de la historia, son varias las personalidades que, incluso sin saberlo, han contribuido a la consolidación de esta modalidad científica. Claude Bernard, Ivan Pavlov, Sigmund Freud o Frantz Alexander son solo algunas de tantas personalidades que mediante sus aportaciones han colaborado a la noción del determinismo e influencia

psicológica en las afectaciones orgánicas, e incluso plasmado el contraste de afectación en función de género a raíz del contexto social y las experiencias vitales (Freud y la histeria femenina, por ejemplo) (Referenciado por Marty, 2003).

Es así como, poco a poco, diferentes estudios van avalando estas correlaciones psicosomáticas desencadenando la teoría de que un conflicto emocional da paso a una conversión en cualquiera de sus modalidades (orgánica, funcional, comportamental o psiquiátrica) y que, a pesar de su expresión física u orgánica, el tratamiento reside a nivel psicológico, en la modificación y facilitación de la expresión de las emociones que han podido desencadenar dichas afectaciones.

En la actualidad, es sabido por todos que cualquier fuente de estrés supone una pequeña mella en nuestro estado de ánimo, y éstas, como también es bien sabido, se van acumulando de forma silenciosa minando nuestra salud. Del mismo modo ocurre con las emociones reprimidas que no se expresan o asimilan (Lipton, 2014).

Como todas las corrientes y teorías en el campo de la ciencia, también la psicosomatización ha sido objeto de estudio, no solo experimentalmente y de enumeración de evidencias, sino también consolidado gracias a la demostración empírica de su mecanismo fisiológico.

Cabe destacar la aportación de la Dra. Candance B Pert, cuya investigación sobre mecanismo de los receptores opioides impulsó su carrera y reforzó la consolidación del fenómeno psicosomático como causal de ciertos problemas de salud (Candace Pert PhD, 2008-2017).

Es así como finalmente se afianza la idea de que la ya conocida relación entre mente y sistema inmune puede ser más que fundamentada a través de la neurociencia. De este modo, Pert explica cómo la molécula a la que ella denominó *receptor de opiáceos* hace finalmente de nexo de unión de lo que la mente dice y el cuerpo expresa.

Dicha molécula proteica se halla en la membrana celular de las células de todo el cuerpo. Ésta es sensible a las señales químicas que los neuropéptidos le aportan mediante el denominado *ligando*, proceso designado como *ligazón*. De este modo el mensaje molecular viaja a través de líquido extracelular a los receptores de opiáceos de todo el cuerpo, generando la consecuente cadena de cambios bioquímicos que influirán en la ejecución de la posibilidad funcional de la célula (Pert, 2010).

De esta forma, llegamos a la inequívoca conclusión de que la “energía” generada por los pensamientos es capaz de activar o inhibir la producción proteica de la célula (Lipton, 2014), y no solo eso, sino que, la mente (que teóricamente genera dichos pensamientos) no se encuentra exclusivamente en la cabeza, sino más bien repartida a lo largo y ancho de la anatomía humana en forma de receptores señal a los que Pert denominó receptores de opiáceos (Pert, 2010; Lipton, 2014).

Cualquiera hubiese dicho que dada una fundamentación teórica empírica de su mecanismo fisiológico, la psicosomatización impulsaría a un cambio de paradigma y pensamiento de la medicina tradicional, pero nada más lejos de la realidad.

Tanto etimológicamente (a raíz de la sucesión de cambios en su terminología desde su inicio hasta su consolidación) como por la amplitud de acepciones que comporta el concepto somatización, se convierte en un término de uso escaso y de diagnóstico poco frecuente. Ello es debido a la ambigüedad de la denominación del concepto (somatización, psicosomatismo, psicosomatización,...) del mismo modo que lo es el hecho de que el mismo pueda ser designado tanto a un proceso, síntoma o trastorno (Sánchez-García, 2013).

Así, dicho infradiagnóstico y el equívoco en su terminología da lugar al consiguiente aumento en el diagnóstico de enfermedades tales como aquellas de etiología ansiosa o como trastornos depresivos que, obviamente, acaban siendo sobremedicalizados, (Tortosa Salazar, Rodríguez Porcel, & Rodríguez Martínez, 2015), y de forma aún más acusada en mujeres, sumado el hecho de la biopolítica que atesora el sesgo de género en la asistencia sanitaria (Valls Llobet, 2008; Gervas & Pérez-Fernández, 2016).

Este fenómeno no es de extrañar cuando instituciones como la American Psychiatric Association (APA) ha perpetrado dicha ambigüedad hasta el DSM-5 (actualmente penúltima edición), manual de clasificación y diagnóstico de trastornos mentales por excelencia, cuyo último año de edición fue 2001, haciendo del término un cajón de sastre para toda aquella manifestación física que no tenga un origen que pueda explicarse con otro trastorno mental (Sánchez-García, 2013).

Todo ello, como cualquier fenómeno de la salud, queda reflejado en las estadísticas de incidencia y prevalencia de patologías de salud mental en este caso (Velasco Arias S. , 2009), sin olvidar en ningún momento los datos obtenidos en las últimas encuestas a cerca de la salud autopercebida, de claro vínculo al desarrollo de patologías de naturaleza psicosomática (Manor, Matthews, & Power, 2001; Marty, 2003; Lipton, 2014).

Las estadísticas periódicas, son una gran herramienta tanto para la evaluación y mejora como para la realización concienzuda del análisis del contexto que nos ocupa. Por ello, en relación a los determinantes involucrados en los procesos de psicosomatización, no es difícil advertir como indiferentemente de la ocupación, el nivel de estudios o la clase social, siempre se da un factor común: la desigualdad de género (Enquesta de Salut de Catalunya 2015, 2016; Enquesta de Salut de Catalunya 2016, 2017) (*Anexos I y II*).

2.4. Psicosomatización y género

No son pocos los estudios que, año tras año, confirman que los parámetros estudiados en cuanto a percepción de calidad de vida (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011-2012), autopercepción positiva del estado de salud o riesgo de padecer un trastorno mental (5'3% hombres, 10% mujeres) siempre afectan más negativamente al género femenino que al masculino. Se obtienen valores más bajos en los índices de bienestar mental, y por el contrario, aparece un 19'8% de mujeres frente a un 10'3% que experimentan ansiedad o depresión en Catalunya. Del mismo modo, se observa una prevalencia superior en mujeres (42'3% frente a 36'1%) en relación a enfermedades crónicas y se obtienen puntuaciones mayores de dolor y malestar, siendo que éstos son padecidos por 1 de cada 5 hombres y por 1 de cada 3 mujeres. Esta proporcionalidad siempre se observa más elevada entre todos los grupos de edades y las puntuaciones obtenidas en Terres de l'Ebre resultan superiores a la media catalana (Enquesta de salut de Catalunya 2015, 2016).

Cabe destacar que las estadísticas globales reflejan el fenómeno denominado como *la "paradoja de salud y mortalidad" entre sexos* (Gumà Lao & Cámara Hueso, 2014), dado que, a pesar de presentarse datos más elevados de mortalidad en hombres, son las mujeres las que presentan porcentajes más reducidos en cuanto a lo que refiere a la salud autopercebida positiva (Oksuzyan, y otros, 2009). De esta forma se llega al inequívoco de que, a pesar de que los hombres puedan ver reducidos sus índices de esperanza de vida o mortalidad, gozan de una mejor calidad de vida que las mujeres encuestadas para los estudios epidemiológicos.

Todo ello, impulsa a la reflexión acerca de cuáles pueden ser las causas de dicho fenómeno y, la relación que pueda tener con lo anteriormente nombrado. Asimismo, no es necesario mirar más allá de lo que nos rodea.

En un contexto sociocultural firmemente patriarcal son las mujeres las “órgano diana” de los in-puts que dicho sistema ha generado hacia la figura de la mujer a lo largo de la historia (Valls Llobet, 2008). Las presiones y limitaciones sociales, los ideales de belleza, la imposición del rol, las cargas familiares o el techo de cristal son solo algunos de los fenómenos que han ido (y aún lo hacen en la actualidad) mermando más y más el cuerpo y mente de las mujeres, pudiendo ser los desencadenantes de manifestaciones de origen psicosomático, fiel reflejo del malestar de las mujeres (Velasco Arias, Ruiz, & Álvarez-Dardet, 2006; Velasco Arias, 2009).

Es entonces cuando aparecen los problemas de salud sin causa orgánica aparente. Las migrañas nocturnas, el insomnio, la depresión, la fibromialgia, la incapacidad de experimentar placer o incluso aquello a lo que llamaron “histeria” (Marty, 2003; Valls Llobet, 2008). Según el modelo psicosomático, no son más que la forma que tiene el organismo de expresar un bloqueo emocional, un bloqueo propiciado por el ahogo de una sociedad que en ningún momento ha reparado en el daño que ejercía a la figura de la mujer.

Ante ello, la solución más habitual es la medicalización del malestar sin reparar en la profundización del psique (Pert, 2010), obteniendo con ello una mejoría transitoria que da pie al conformismo momentáneo y al consumo excesivo de ciertos fármacos que quizá, si se tuviera en cuenta a la persona de una forma holística real, no serían necesarios (Institut Català de les Dones, 2007; Valls Llobet, 2008; Enquesta de salut de Catalunya 2015, 2016).

Las evidencias muestran que hombres y mujeres tienden a expresar y canalizar sus malestares de forma diferente. Mientras ellos se inclinan inconscientemente a expresar rabia o refugiarse en hábitos tóxicos, las mujeres tienden a reprimir las emociones generadas por los conflictos (Velasco Arias, 2009), lo que según la teoría psicosomática generaría una respuesta somática que haría que tuviese lugar una manifestación física sin origen orgánico (Pert, 2010; Lipton, 2014).

En estrecha relación a ello, cabe destacar aquellas labores casi exclusivamente femeninas heredadas del sistema patriarcal que no hacen sino contribuir a que tenga lugar este fenómeno. Claro ejemplo es la dificultad de conciliación de la vida laboral y familiar, o sin ir más lejos, la ausencia de tiempo libre, siendo este muchas veces dedicado a las labores del hogar o al cuidado de las personas dependientes, designado comúnmente como la “doble jornada laboral”.

Las instituciones sanitarias, en sus discursos de promoción de la salud, incentivan a los usuarios a aumentar el tiempo de ejercicio moderado diario. No obstante, en Catalunya las mujeres hacen menos ejercicio físico que los hombres en su tiempo libre a raíz de esta referida doble jornada laboral, hecho que cuestiona a su vez, la implicación equitativa en educación sanitaria (Institut Català de les Dones, 2007).

Siguiendo esta línea, también es necesario incidir en el hecho anteriormente nombrado de que el esfuerzo diagnóstico inferior hacia las mujeres da lugar a un mayor consumo de ansiolíticos y tranquilizantes (Institut Català de les Dones, 2007), dado que generalmente es más sencillo recetar un fármaco que calme la sintomatología actual que indagar en el origen y solventar el problema de base (Braceras, 2006).

Ello viene a tener relación con estudios que confirman que la mala salud mental afecta directamente a la salud física, siendo así que personas con patologías de naturaleza ansiosa presentan probabilidades significativamente más elevadas de padecer alguna manifestación psicosomática como cefaleas (4,2 veces más riesgo), cardiopatías (3,9), enfermedades osteomusculares (3,8) y enfermedades digestivas (Velasco Arias, 2009).

Así, teniendo en cuenta la visión del modelo psicosomático de la salud y los datos obtenidos, es sencillo que se generen dudas acerca del abordaje del paradigma biomédico de ciertas sintomatologías o cuadros clínicos. No obstante, para propiciar el cambio en el abordaje es necesario poseer toda una base que fundamente la necesidad del mismo y que dé respuesta a nuestras preguntas. ¿Qué factores socioculturales podrían influir en el posible desarrollo de patologías psicosomáticas? ¿Existen diferencias en relación al género? ¿Se podrían relacionar los mismos con el llamado malestar de las mujeres?

3. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Para ahondar en la prevalencia dicotómica del desarrollo de manifestaciones orgánicas de origen psicosomático en función del género se hace necesaria la búsqueda exhaustiva de evidencia científica actual y ser conocedores del estado en que se encuentra dicha corriente.

Una vez realizada la búsqueda los resultados son reveladores. El grueso de los artículos consultados para el alcance del objetivo propuesto basa sus investigaciones en un enfoque determinista sociocultural y/o relativo a la teoría feminista, que permite no solo entablar una relación causal al fenómeno de la somatización, sino también enlazar el fenómeno con la situación sociocultural actual de la figura de la mujer (Herrera Salinas, 2005; Martínez Benlloch, 2007; Velasco Arias, y otros, 2007; González Ramírez & Landero Hernández, 2008).

En la búsqueda del origen del malestar de las mujeres, Sara Velasco y otras colaboradoras (2007) realizaron una intervención en atención primaria a mujeres y hombres con síndromes de malestar (cuadros depresivos o ansiosos, somatizaciones y dolor sin causa orgánica) para hallar, de este modo, los posibles procesos psicosociales asociados.

Se realizó una escucha abierta con cada uno de los participantes de modo que pudieran expresar cualquier proceso que apareciera asociado al inicio de la sintomatología. Tras una intervención terapéutica biopsicosocial se registraron los procesos psicosociales de vulnerabilidad distribuido por sexos (*Anexos III y IV*).

Los datos obtenidos de dicho registro revelaron que, con un 27%, el principal determinante psicosocial para las mujeres es la carga del rol tradicional (dependencia, aislamiento y falta de red social inclusive) y el trabajo de cuidadora. A ello le siguen los conflictos de pareja con un 20% y la preocupación por los hijos. Los duelos, los malos tratos, conflictos en el trabajo/estudios, o la doble jornada laboral son factores con una importancia de peso en los resultados obtenidos.

Para ellos, en cambio, los conflictos de pareja se convierten en el primer factor a destacar con un 25% de los casos. Los duelos (20'3%) y los conflictos laborales o en los estudios (14'1%) van seguidos por las cargas del trabajo de cuidador y los accidentes y enfermedades propias (7'8% en ambos). A la luz de los resultados generados tras el estudio, en las conclusiones se resalta la perpetuidad de los conflictos en función del patrón de los roles de género.

De este mismo estudio también se obtuvo el dato de que hasta un 13% de las mujeres atendidas en atención primaria salen de la consulta sin un diagnóstico propio, con signos y síntomas mal definidos y sin causa médica demostrable (Velasco Arias, y otros, 2007).

Ante ello, de nuevo surge el fenómeno de la sobremedicalización. A raíz de la escucha clínica insensible y la ausencia de explicación de origen orgánico al malestar de la mujer, tiene lugar un mayor consumo por parte de estas de tranquilizantes, ansiolíticos e incluso analgésicos (Mingote Adán, 2000; Martínez Benlloch, 2007).

Con la intención de erradicar esta omisión clínica del malestar de la mujer y dar a conocer las posibilidades de abordaje desde la prevención a la promoción, un equipo de enfermeras latinoamericanas publicó en 2013 un proyecto de intervención de enfermería en mujeres trabajadoras con perfiles psicosomáticos. Desde una visión psicoanalítica y, por supuesto, una concepción de la salud biopsicosocial, concretaron en cuatro grandes categorías las formas de abordaje hacia ciertas formas de estrés que catalogaron como exclusivamente femeninos, a raíz de los mensajes contradictorios de la sociedad.

Las intervenciones se generaron con intención de abordar los riesgos psicosociales y las categorías en que se dividieron fueron: 1. Prevención primaria (Campañas para la prevención de aparición de enfermedades mediante modificación del estilo de vida); 2. Prevención secundaria (Acciones de recuperación de la salud y detección precoz de alteraciones); 3. Prevención terciaria (Tratamiento y rehabilitación de enfermedades psicosomatizadas por el estrés con la colaboración de otras disciplinas); y 4. Promoción de la salud (Realizar un fuerte énfasis en los factores psicosociales, identificar los problemas que afectan y apropiarlos para facilitar cambios que solventen la situación. Fomento de factores protectores e incorporación de mensajes socioculturales saludables).

Finalmente, concluyen en la gran importancia del abordaje holístico que ha de realizar enfermería en este tipo de situaciones, incidiendo en la labor preventiva de las respuestas estresoras en el ámbito fisiológico, psicológico, sociocultural, del desarrollo y espiritual.

Destacan el trabajo como un ámbito que proporciona identidad social y debería ser de crecimiento personal para la mujer, siendo de este modo, la prevención de inputs negativos una temática de abordaje urgente. Todo ello teniendo en cuenta el hecho de la existencia inherente de la doble jornada laboral, haciendo así que los factores psicosociales que envuelven a la mujer en el puesto de trabajo sean trasladados al resto de ámbitos y, muchas veces digeridos como malestares sin origen orgánico aparente.

Según este equipo de investigadoras la labor de enfermería queda así destinada a la intervención en cada una de las cuatro categorías y la detección de factores de riesgo y factores protectores, con el fin de establecer las intervenciones necesarias para prevenirlos, contribuyendo de este modo a la calidad de vida de las mujeres trabajadoras (Vílchez Barboza, Paravic Klijn, & Valenzuela Suazo, 2013).

Entre las principales variables socioculturales que constituyen factores protectores se encuentran las redes de apoyo social, el nivel socioeconómico o la cultura de pertenencia. También aquí existen divergencias individuales en función del sexo, sobre todo, en esta última, al tratarse de una sociedad básicamente patriarcal. El impacto de los factores de riesgo puede ser (o no) modulado por estos factores protectores no solamente con anterioridad a la aparición de una enfermedad de origen psicosomático sino del mismo modo en el desarrollo de la misma, pudiendo incluso incidir en el pronóstico (Denia Ruiz & Mingote Adán, 2000).

Con ánimo de dar a conocer las diferencias respecto al género que dan lugar a la diferencia porcentual del malestar de la mujer, un grupo de investigadores canadienses decidieron subrayar el gran impacto que los síntomas depresivos pueden tener en la salud mental de mujeres que habían presentado un episodio de infarto agudo de miocardio (IAM). La muestra compuesta por 486 sujetos (384 hombres y 102 mujeres) dio a conocer que las mujeres experimentaron más respuestas psicológicas negativas post-infarto de miocardio, y que estas afectaron a la recuperación de dicho evento. Del mismo modo, se pudo observar que durante el primer año post-IAM los niveles de depresión fueron mucho mayores en mujeres que en hombres.

Los investigadores atribuyen esta significativa diferencia de los resultados a la interpretación del suceso como un factor de estrés significativo por tratarse de un hecho que no “encaja” en las expectativas de vida de una mujer, siendo una patología achacada históricamente al varón. La mayor prevalencia de problemas funcionales en las mujeres sugirió, a su vez, un sentimiento punitivo predominante por la incapacidad post-IAM de la ejecución de tareas productivas y reproductivas (Norris, Hegadoren, & Pilote, 2007).

Estas variables psicológicas que constituyen factores de riesgo se repiten a lo largo de todos los documentos consultados. La bibliografía evidencia la influencia inherente de los mensajes impulsados por la sociedad hacia la figura de la mujer, ya sea en cuanto a su cuerpo o apariencia (Martínez Benlloch, 2007), sus deberes reproductivos (Herrera Salinas, 2005), sus limitaciones laborales (Vílchez Barboza, Paravic Klijn, & Valenzuela

Suazo, 2013) o, en definitiva, su subyugación por cuestión de género (Denia Ruiz & Mingote Adán, 2000).

En mujeres amas de casa la probabilidad de depresión aumenta cuando los hijos son autónomos, hecho que sugiere la relación de los estados depresivos con la pérdida del rol social establecido históricamente (Velasco Arias S. , 2009). Este rol es integrado desde edades muy tempranas mediante la construcción del género e inconscientemente forma la base de la diferencia de los posibles conflictos que pueden desencadenar un proceso de psicosomatización, y del mismo modo, la probabilidad diferencial de desarrollarlo (Herrera Salinas, 2005; Martínez Benlloch, 2007; González Ramírez & Landero Hernández, 2008).

Isabel Martínez Benlloch afirma en un ensayo publicado en 2007 que los malestares culturales experimentados por la mujer influyen directamente en la construcción de la subjetividad individual, pudiendo así generar psicosomatizaciones. Según la autora, existe una condición consolidada que hace de las mujeres el blanco de los dardos de la sociedad y, apelando al ámbito psíquico de las mismas, se genera una compleja correspondencia entre cuerpo, imagen, normas y estereotipos, haciendo mella poco a poco en el desarrollo vital de las mujeres (Martínez Benlloch, 2007).

Dicha afirmación se dirige a incidir también en la importancia no solo del género como construcción social, sino también en la importancia de los procesos hormonales e intrapsíquicos vinculados a la vivencia y simbolización de la diferencia sexual. Esta diferencia inherente hace que ya desde los cimientos la mujer presente una predisposición al desarrollo de enfermedades psicosomáticas, siendo ulteriormente potenciada por los dogmas socioculturales de la sociedad en que se ve envuelta (Herrera Salinas, 2005; Martínez Benlloch, 2007; Pavlova, 2017).

Se trata de la desvalorización de la sociedad patriarcal hacia la categoría femenina frente a la dominancia social masculina, dando lugar de este modo a fuertes inhibiciones conductuales y de pensamiento asociadas a diferentes respuestas emocionales negativas, véase la ansiedad, el miedo o la ira, todas generadoras de malestar personal (Mingote Adán, 2000).

4. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

4.1. Criterios de selección

Para llevar a cabo la revisión bibliográfica que fundamente la realización del estudio se realiza una búsqueda exhaustiva desde noviembre de 2017 hasta mayo de 2018 en diferentes bases de datos de carácter científico y humanístico.

Esta búsqueda permite la selección de un total de 13 artículos que dan a conocer el estado actual del tema (*Tabla I*) y la obtención de gran cantidad de artículos en versión digital para la fundamentación teórica. Dichas bases de datos son conformadas por PubMed, Google Academic, Scielo, SCOPUS, Dialnet y CUIDEN.

BASE DE DATOS	PALABRAS CLAVE	Nº DE RESULTADOS	AUTORÍA	TÍTULO	AÑO DE PUBLICACIÓN
Dialnet	Síntomas psicosomáticos (Filtro: texto completo disponible)	51	Vivian Vílchez Barboza, Tatiana Paravic Klijn & Sandra Valenzuela Suazo	Contribución de enfermería al abordaje de los trastornos psicosomáticos de la mujer trabajadora	2013
Dialnet	Síntomas psicosomáticos (Filtro: texto completo disponible)	51	Mónica Teresa González Ramírez & René Landero Hernández	Síntomas psicosomáticos y estrés: comparación de un modelo estructural entre hombres y mujeres	2008

Dialnet	Síntomas psicosomáticos (Filtro: texto completo disponible)	51	Mónica Teresa González Ramírez & René Landro Hernández	Síntomas psicosomáticos y teoría transaccional del estrés.	2006
Scielo	Síntomas somáticos + mujeres	51	Sara Velasco, M ^a Teresa Ruiz & Carlos Álvarez-Dardet	Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres.	2006
PubMed	-	-	W.G. Thompson, E.J. Ervine, P. Pare, S. Ferrazzi & L. Rance	Functional gastrointestinal disorders in Canada: first population-based survey using Rome II criteria with suggestions for improving the questionnaire	2002
PubMed	-	-	Marina A. Pavlova	Sex and gender affect the social brain: Beyond simplicity	2017
Google Académico	Biopsicosocial + mujer	14900	Sara Velasco Arias, Begoña López-Dóriga, Marina Tourné García, M ^a Dolores Calderó Bea, Inmaculada	Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria.	2007

			Barceló Barceló & Consuelo Luna Rodríguez		
Google académico	Psicosomática + mujer	16200	Carlos Mingote Adán	La medicina psicosomática desde una perspectiva de género	2000
Google Académico	Psicosomática + mujer	16200	Francisca Denia Ruiz & Carlos Mingote Adán	Factores psicosociales que influyen en el desarrollo de la enfermedad coronaria (EC) en la mujer	2011
CUIDEN	Psicosomático (Filtro: artículos de revista)	37	Verónica Tortosa Salazar, M ^a Dolores Rodríguez Porcel & M ^a del Mar Rodríguez Martínez	Trastornos psicosomáticos y ansiedad entre la población. Abordaje desde Enfermería	2015
Bibliografía en papel	-	-	Sara Velasco Arias	Sexos, género y salud: Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud	2009
Bibliografía en papel	-	-	Daniel Herrera Salinas	Aspectos psicosomáticos de la mujer	2005
Bibliografía en papel	-	-	Isabel Martínez Benlloch	Patologizar el cuerpo de las mujeres	2007

Tabla I – Tabla de artículos consultados para el estado actual del tema

Paralelamente, se consultan libros en formato papel y literatura básica relacionada. Las temáticas de consulta varían entre las relativas a feminismo, feminismo y salud, y estudios de género hasta psicosomatización, procesos bioquímicos relacionados y análisis psicoanalíticos para finalmente establecer una conexión entre la información recogida.

Por otro lado, también se realizan búsquedas tanto en formato papel como digital para recabar información a cerca de los instrumentos de recogida de datos más idóneos, pero el mayor volumen de bibliografía del presente trabajo viene a ser representado por aquella que aporta información sobre la temática principal del estudio.

A raíz de la pluralidad de concepciones del término principal, en este estudio se toma como concepto referente el sustantivo “psicosomatización” por su amplitud de significación entre psique y soma. No obstante, tras una búsqueda inicial tan solo de dicho término, se advierte la escasez de fuentes que se adecúen a los criterios de inclusión y se decide también aceptar otros términos similares como “somatización”. De este modo, las palabras clave utilizadas en los motores de búsqueda son: *psicosomatización, psychosomatism, psicosomatización + mujeres, psicosomático, psicosomático, psicosomático + biopsicosocial, psychosomatic disorders, psychosomatic + dermatology, somatic + gastroenterology, síntomas somáticos, síntomas psicosomáticos + mujeres, psicosomática + mujer, biopsicosocial + mujer.*

Cabe destacar que la bibliografía seleccionada está redactada predominantemente en lengua castellana dada la necesidad de contar con literatura que desarrolle sus investigaciones en contextos similares al aquí descrito.

4.1.1. Criterios de inclusión

Son aceptadas como referencias válidas en la fundamentación teórica del estudio artículos, libros y ponencias de congresos:

- Con fechas de publicación comprendidas entre los años 2005 y 2018.
- Redactadas en las siguientes lenguas: castellano, catalán, portugués e inglés.
- Con evidencia científica.
- Con aportación teórica válida sobre la historia del feminismo y su implicación en el sistema social patriarcal.



- Relacionadas con la manifestación de síntomas psicosomáticos sin causa orgánica.
- Que establezcan relación entre problemas de salud y conflictos emocionales o situaciones vitales estresantes.
- Relacionadas con la corriente psicosomática.
- Que evidencien la influencia del género en el proceso psicosomático.
- Que incidan en la etiología de la influencia del género como determinante en el desarrollo de la psicosomatización.

4.1.2. Criterios de exclusión

Quedan excluidas para el desarrollo de la fundamentación teórica del proyecto de investigación las referencias:

- Cuya fecha de publicación sea anterior a 2005, a excepción de fuentes de relevancia para el desarrollo del tema.
- Sin evidencia científica empírica.
- Que refieran como objeto de estudio al trastorno somatomorfo contemplado en el DSM-IV y DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders de la American Psychiatric Association [APA]).
- A los que no se pueda acceder al contenido de texto completo.
- En lenguas distintas al castellano, catalán, portugués o inglés.
- Que no contemplen los criterios de inclusión citados con anterioridad.

5. APORTACIONES E INTERÉS DEL ESTUDIO

Este estudio nace ante la necesidad de encontrar respuestas a una serie de acontecimientos y relaciones que, aunque en la literatura se hallan reflejadas, no aparecen de forma suficientemente clara. Pocas investigaciones tratan de indagar y desarrollar de forma expresa los determinantes que se pretenden analizar con el posible desarrollo de enfermedades de carácter psicosomático, lo cual aporta un valor añadido a la presente investigación.

Los últimos sondeos realizados a nivel nacional mediante el cuestionario de Calidad de Vida en relación a la Salud indican que el dolor y malestar es el problema más destacado dentro de los cinco niveles que trata de evaluar dicho cuestionario (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Ello nos lleva a la necesidad de ser conocedores de los factores que determinan este hecho y cuáles son las variables con las que se relacionan.

Para ello se propone llevar a cabo este estudio mediante metodología mixta, de forma que la cualitativa y la cuantitativa hagan de éste un trabajo completo y de gran profundidad en el tema. De poco valdría llevar a cabo un estudio descriptivo cuantitativo teniendo la oportunidad de completarlo mediante la realización de entrevista que permitan profundizar en el porqué de los resultados numéricos, y del mismo modo de forma inversa.

Así, este estudio pretende establecer las bases de lo que podría ser todo un nuevo campo de investigación y una nueva concepción de la asistencia sanitaria. El abordaje de enfermería de forma holística puede ser mejorado, la perspectiva de género es necesaria y la instauración del relativamente nuevo paradigma de la concepción de salud biopsicosocial requiere establecerse vehementemente, y para ello se necesitan estudios y literatura que lo avalen.

6. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

6.1. General

- Conocer los factores psicosociales y culturales que puedan constituir un riesgo para el desarrollo de patologías de carácter psicosomático en hombres y mujeres de entre 15 y 64 años de Terres de l'Ebre.

6.2. Específico

- Conocer los posibles factores psicosociales que puedan propiciar el desarrollo de patología de carácter psicosomático.
- Analizar la existencia de desigualdades en la incidencia y prevalencia de factores psicosociales en función de género.
- Describir el perfil de los condicionantes socioculturales y calidad de vida en hombres y mujeres del territorio.
- Evaluar la asociación del malestar de las mujeres con factores psicosociales y experiencias vitales.
- Evaluar la asociación del malestar de las mujeres con el bienestar psicológico y el riesgo de padecer una enfermedad de salud mental.

6.3. Hipótesis

Los determinantes psicosociales y culturales que se desarrollan en una sociedad patriarcal influyen de forma desigual en el desarrollo de patologías de carácter psicosomático.

7. MÉTODO

7.1. Diseño, metodología y justificación

Se propone un estudio transversal analítico de metodología mixta en el cual se lleve a cabo la administración de una serie de cuestionarios validados y la realización de entrevistas semiestructuradas mediante las cuales poder complementar los hallazgos obtenidos mediante la metodología cuantitativa.

Se proporcionará a los informantes un cuestionario Ad Hoc que facilite la obtención de una serie de datos sociodemográficos y clínicos, así como cuatro cuestionarios validados traducidos al castellano, desarrollados en el apartado 7.4 de este proyecto, que posteriormente proporcionarán una serie de variables mediante las cuales se realizará un análisis de los datos obtenidos. La cumplimentación de dichos cuestionarios será de forma autoadministrada.

Para la puesta en marcha de la parte cualitativa se citará a un número indeterminado de sujetos pertenecientes a la muestra a los que se les realizarán entrevistas individuales semiestructuradas hasta saturación de datos, con el fin de hallar información relevante que pueda establecer conexión entre los determinantes psicosociales y culturales a los que se ven sujetos y su estado actual de salud.

La elección de una metodología mixta para el desarrollo del presente trabajo tiene lugar con motivo de asegurar un alcance óptimo de los objetivos y una descripción de los hallazgos obtenidos completa y significativa.

7.2. Población y muestra

7.2.1. Población objetivo

La población en la que se llevará a cabo la investigación será la perteneciente a la Región Sanitaria Terres de l'Ebre, conformada por cuatro comarcas: Baix Ebre, Montsià, Ribera d'Ebre y Terra Alta. Dicha región se sitúa en la región sur de la provincia de Tarragona, limitando con la Comunidad Valencia por el sur y con Aragón al este.

La población de estudio queda conformada por el total de habitantes de entre 15 y 64 años de cada una de las cuatro comarcas, siendo las siguientes:

COMARCA	POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN TOTAL DISGREGADA POR SEXO		POBLACIÓN ENTRE 15 Y 64 AÑOS	POBLACIÓN ENTRE 15 Y 64 AÑOS DISGREGADA POR SEXO	
BAIX EBRE	78.180	Mujeres	38.774	50.407	Mujeres	24.179
		Hombres	39.406		Hombres	26.228
MONTSIÀ	67.491	Mujeres	33.633	43.750	Mujeres	21.290
		Hombres	33.858		Hombres	22.460
RIBERA D'EBRE	22.203	Mujeres	10.952	14.323	Mujeres	6.789
		Hombres	11.251		Hombres	7.534
TERRA ALTA	11.634	Mujeres	5.699	6.946	Mujeres	3.279
		Hombres	5.935		Hombres	3.667
POBLACIÓN TOTAL TERRES DE L'EBRE					179.508	
POBLACIÓN ENTRE 15 Y 64 AÑOS					115.426	
Total mujeres	89.058	Total mujeres entre 15 y 64 años		55.537		
Total hombres	90.450	Total hombres entre 15 y 64 años		59.889		

Tabla II – Datos demográficos Terres de l'Ebre

(Institut Nacional d'Estadística, 2017)

De este modo la población diana del estudio queda constituida por un total de 55.537 mujeres y 59.889 hombres de entre 15 y 64 años de las diferentes comarcas que componen Terres de l'Ebre.

7.2.2. Población accesible

Con la colaboración de la Unitat de Recerca del Hospital de Tortosa Verge de la Cinta se obtendrá el contacto de la población potencialmente susceptible a formar parte del estudio, habitantes registrados en las diferentes comarcas.

Teniendo en cuenta la proporción de habitantes en función de la comarca se procederá a la selección en función de la misma para que se trate de una muestra representativa tal y como se presenta en la Tabla III del punto 7.2.4.

7.2.3. Diseño del muestreo

El cálculo de la proporción de la muestra, teniendo en cuenta la población diana de la cual se pretende sea representativa, se lleva a cabo mediante cálculo muestral en poblaciones finitas en caso de máxima indeterminación con un nivel de confianza del 95% y un error teórico de 0,03.

Los sujetos de la muestra de la parte cuantitativa serán seleccionados mediante técnica probabilista de muestreo aleatorio simple, de forma proporcional a la población de cada comarca (Tabla III).

La selección de los sujetos susceptibles a ser partícipes de las entrevistas semiestructuradas se llevará a cabo una vez finalizada la primera fase del estudio descrita con anterioridad. Una vez analizados los resultados se determinarán los sujetos que podrían aportar contenido relevante al estudio mediante dichas entrevistas, con lo cual serán invitados a formar parte de la muestra de la parte cualitativa del presente proyecto.

Para la participación en ambas fases, deberán cumplir con una serie de criterios de inclusión descritos más adelante en el apartado 7.2.5.

7.2.4. Tamaño muestral

Según el cálculo descrito con anterioridad, el total de los sujetos de estudio de la parte cuantitativa estará compuesto por 1112 hombres y 1112 mujeres de entre 15 y 65 años, datos obtenidos mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

En cuanto a los y las participantes de las entrevistas semiestructuradas, el número de sujetos que compondrán la muestra hasta el momento es indeterminado, ya que el tamaño final se verá condicionado por el alcance de la saturación de datos en los discursos de los informantes.

Para la recogida de datos del análisis cuantitativo se contará con un total de 1112 hombres y 1112 mujeres de entre 15 y 65 años, valor obtenido mediante cálculo de muestreo en poblaciones pequeñas en caso de máxima indeterminación con un nivel de confianza del 95% y un error teórico de 0,03.

COMARCA	POBLACIÓN DIANA (nº habitantes poblacionales)		PROPORCIÓN	MUESTRA (nº sujetos necesario)
BAIX EBRE	Mujeres	24.179	43'54 %	489
	Hombres	26.228	43'80 %	491
MONTSIÀ	Mujeres	21.290	38'33 %	430
	Hombres	22.460	37'50 %	421
RIBERA D'EBRE	Mujeres	6.789	12'23 %	137
	Hombres	7.534	12'58 %	141
TERRA ALTA	Mujeres	3.279	05'90 %	66
	Hombres	3.667	06'12 %	69

Tabla III – Tamaño muestral por comarcas

7.2.5. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión de los sujetos a ambas fases del estudio serán las siguientes:

- Hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 15 y 65 años.
- Empadronados/as en una de las cuatro comarcas que abarca el estudio: Baix Ebre, Montsià, Ribera d'Ebre y Terra Alta.
- No encontrarse en situación de incapacitación legal.
- Saber leer, escribir y mostrar comprensión lectora.

Como criterio de exclusión se tendrá en cuenta el no cumplimiento de alguno de los criterios expuestos anteriormente.

De forma exclusiva para la puesta en marcha de la fase de metodología cualitativa se requerirán además de los puntos descritos con anterioridad, los siguientes criterios:

- Haber obtenido puntuaciones significativas en los cuestionarios autoadministrados.
- Mostrar capacidad de expresión y comunicación verbal.
- Disponibilidad horaria para la realización de la entrevista.

7.3. Variables

Las variables descritas a continuación serán extraídas a través de los diferentes cuestionarios validados traducidos al castellano y el cuestionario Ad Hoc.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁ- FICAS Y CLÍNICAS	Sexo
	Edad
	Estado civil
	Nivel de estudios
	Actividad habitual (empleo)
	Tiempo empleado en las labores del hogar
	Tiempo empleado en actividades de ocio / deporte
	Tiempo empleado en el cuidado de personas dependientes
	Tiempo empleado en el desarrollo personal
	Patología crónica/aguda o malestar
	Sistemas de apoyo social
	Recursos personales y psicosociales
VARIABLES ESTIMADORAS DE RIESGO DE MALA SALUD MENTAL	Ansiedad
	Depresión
	Somatización
VARIABLES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	Movilidad
	Autocuidado
	Actividades cotidianas
	Dolor / malestar
	Ansiedad / depresión

VARIABLES PSICOLÓGICAS Y PSICOSOMÁTICAS	Sensibilidad obsesiva
	Ansiedad
	Hostilidad
	Somatización
	Depresión
	Sueño estricto
	Sueño ampliado
	Sensibilidad
	Obsesión – compulsión
	Riesgo psicopatológico
	Índice global de severidad
	Número de síntomas positivos
	Índice de intensidad de síntomas positivos

Tabla IV – Variables del estudio

7.4. Instrumentos de recogida de información

La recabación de datos de la parte puramente cuantitativa del estudio se llevará a cabo mediante el uso de cinco cuestionarios específicamente escogidos para el registro de las variables expuestas en el apartado anterior.

De este modo, se tratará de cuatro cuestionarios validados y traducidos al castellano y un quinto cuestionario ad hoc para el registro de datos sociodemográficos y clínicos de interés para el estudio. Así, los cuestionarios a cumplimentar de forma autoadministrada por los sujetos de la muestra serán los siguientes:

La escala Warwick-Edinburgh de Bienestar Mental trata de realizar una medición del nivel de salud mental de las dos semanas previas a la cumplimentación del cuestionario

(*Anexo V*). Se trata de un cuestionario breve compuesto por un total de 14 afirmaciones referentes a aspectos hedónicos y eudaemónicos de bienestar mental, puntuables mediante una escala tipo Likert con 5 contestaciones posibles, desde 1= nunca hasta 5= todo el tiempo. A mayor puntuación obtenida tras la suma de todas las puntuaciones de cada una de las afirmaciones, mayor nivel de bienestar mental y psicológico (Castellví et al, 2014; Serrani Azcurra, 2015).

Por otra parte el cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud EQ-5D-5L aporta al estudio un índice de salud autopercebido calculado tras la suma de las puntuaciones obtenidas en los diferentes ítems, que señalan mediante una puntuación entre 0 y 100, el nivel de salud autopercebida siendo 100 la mejor salud que el encuestado pueda percibir y 0 la peor (EuroQol, 2009).

Para el presente estudio se cree oportuno el uso de la versión EQ-5D-5L (*Anexo VI*) del cuestionario básico EQ-5L por tratarse de un cuestionario que abarca 5 niveles del estado general de salud y tratarse de un informe más completo que las otras versiones del mismo, utilizado a su vez a nivel nacional para la estimación de los índices de salud autopercebida por su sencillez, validez y fiabilidad (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014; Cabaes, 2015).

El tercer cuestionario que será facilitado a los participantes del estudio será el Listado de Síntomas Breve LSB-50, versión española de Symptom Checklist-90, adaptado por el Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática (Albuín & de Rivera, 2014). Dicho cuestionario está compuesto por un total de 7 escalas principales que identifican y valoran la sintomatología psicológica y psicosomática que pueda presentar el individuo que lo cumplimenta, así como otras dos subescalas relacionadas y una última escala que indica los niveles de riesgo psicopatológico (De Rivera & Albuín, 2018).

La claridad y sencillez de los ítems, la incorporación de la posibilidad de obtención de 3 índices globales así como la fiabilidad y precisión del cuestionario, hace de este instrumento una herramienta útil para la medición del posible estrés general psicopatológico en la población de estudio a la que se pretende analizar en el presente proyecto (Albuín & de Rivera, 2014) (De Rivera & Albuín, 2018).

Por último cabe destacar en este apartado de instrumentos, el uso de un cuestionario Ad Hoc (*Anexo VII*), configurado específicamente para el presente estudio, que contemplará las variables sociodemográficas y clínicas expuestas en el apartado 7.3.

7.5. Análisis de los datos

Una vez obtenidos los datos derivados de la cumplimentación de los cinco cuestionarios autoadministrados se realizará un análisis descriptivo de las variables reflejadas en los mismos.

El análisis de los datos obtenidos derivados de la intervención cuantitativa será llevado a cabo mediante el programa estadístico SPSS para la contrastación de hipótesis a través de la prueba Chi-Cuadrado y el estadístico Anova para la obtención del grado de correlación.

Tras ello se procederá al análisis y descripción de las diferencias estadísticamente significativas y la interpretación de las mismas.

En cuanto a la información obtenida derivada de las entrevistas semiestructuradas practicadas durante la puesta en marcha de la parte cualitativa del proyecto, se hará uso del programa Weft-qda y se analizarán las categorías destacadas en función de las descritas en los discursos de los informantes.

Una vez resaltadas las categorías predominantes se tratará de enlazar los hallazgos obtenidos mediante metodología cuantitativa con los destacados mediante la cualitativa.

8. ASPECTOS ÉTICOS

Todas las personas que formen parte de la muestra del estudio participarán de forma voluntaria, previa firma de consentimiento informado y obtención de una copia del mismo (*Anexo VII*).

En el momento de la firma de consentimiento informado se ofrecerá toda la información disponible acerca de la investigación y se preguntará a los participantes la vía de contacto preferente para establecer comunicación con respecto al desarrollo de la actividad investigadora.

Se asegurará la confidencialidad de los datos personales mediante cambio de nombres y encriptación de éstos y, del mismo modo, se asegurará el uso de la información obtenida con la única finalidad de aportar nuevo contenido científico. Durante el desarrollo del estudio no existirá obligatoriedad de permanencia, habiendo libertad para cesar la participación en el estudio en cualquier momento.

La investigadora principal se comprometerá a mostrar completa disponibilidad para resolver dudas con respecto al propósito o desarrollo del estudio.

Antes de la puesta en marcha del estudio se presentará el presente proyecto al Comité Ético de Investigación Clínica.

9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Durante el desarrollo del presente proyecto se ha visto limitada la búsqueda de información con respecto a la temática abordada, dado el escaso contenido que existe al respecto en la literatura. No obstante, la bibliografía escogida ha resultado ser de gran interés y utilidad con lo cual se ha podido solventar la fundamentación teórica y el estado actual del tema.

Con respecto a la puesta en marcha del estudio se prevé que exista la posibilidad de que la muestra de estudio sea demasiado grande para los recursos de que dispone el proyecto y no pueda alcanzarse, con lo cual pueda ser necesaria una reducción de la población diana.

Como último sesgo, destacar aquellos relacionados con los errores humanos o los posibles derivados durante la cumplimentación de los cuestionarios o durante la realización de las entrevistas por equivocaciones o errores de comprensión.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Abuín, M.R., & de Rivera, L. La medición de síntomas psicológicos y psicosomáticos: el Lista de Síntomas Breve (LSB-50). (2014). *Revista Clínica y Salud*, 25, 131 – 141. Recuperado el 23 de junio de 2018 de https://ac.els-cdn.com/S1130527414000024/1-s2.0-S1130527414000024-main.pdf?_tid=08bfd1a4-613b-4fa8-836c-5d96b25e0617&acdnat=1530031534_3773ab4399c96ba033c4838fc9f39784
- Astelarra, J. (2005). *Veinte años de políticas de igualdad*. Madrid: Ediciones Cátedra. Recuperado el 19 de mayo de 2018.
- Braceras, D. (2006). Subjetividad y salud: charla comunitaria. Trenque Lauquen: Jornadas de Prevención del Cáncer Buenos Aires. Recuperado el 11 de febrero de 2018, de <http://www.cancerteam.com.ar/brac084.html>
- Cabasés, J.M. (2015). El EQ-5D como medida de resultados en salud. *Gaceta Sanitaria*, 29 (6), 401 – 403. Recuperado el 23 de junio de https://www.researchgate.net/profile/Juan_M_Cabases/publication/283293179_The_EQ-5D_as_a_measure_of_health_outcomes/links/5644503708ae54697fb6b852.pdf
- Candace Pert PhD. (2008-2017). *Candacepert.com*. Recuperado el 11 de febrero de 2018, de <http://candacepert.com/>
- Casado Mejía, R., García-Carpintero Muñoz, M.A. (2018). *Género y Salud: Apuntes para comprender las desigualdades y la violencia basadas en el género y sus repercusiones en la salud*. Sevilla: Ediciones Díaz de Santos. Recuperado el 26 de abril de 2018.
- Castellví, P., Forero, G.C., Codony, M., Vilagut, G., Brugulat, P., Medina, A., Gabilondo, A., Mompart, A., Colom, J., Tresserras, R., Ferrer, M., Stewart-Brown, S., & Alonso, J. (2014) The Spanish versión of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS) is valid for use in the general population. *Quality of Life Research*, 23 (3), 857 – 868. Recuperado el 23 de junio de 2018 de <https://link-springer-com.sabidi.urv.cat/article/10.1007%2Fs11136-013-0513-7>
- Consejo General de Psicología. (2013). Evaluación del cuestionario Inventario Breve de 18 Síntomas BSI-18. Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos. Recuperado el 25 de junio de 2018 de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2015/BSI-Pearson.pdf>

- De Rivera, L., & Abuín, M. L. (2018). Manual del Listado de Síntomas Breve LSB-50 (2ª Ed). Madrid: TEA Ediciones. Recuperado el 24 de junio de 2018 de http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/LSB-50_manual.pdf
- Denia Ruiz, F., & Mingote Adán, C. (2000). Factores psicosociales que influyen en el desarrollo de la enfermedad coronaria (EC) en la mujer. *II Jornadas de Salud Mental y Género*, 32(7), 77 - 89. Recuperado el 23 de febrero de 2018, de: <http://www.inmujer.es/en/areasTematicas/salud/publicaciones/Seriesdebertedocuments/docs/IIJornadasSaludmental.pdf#page=14>
- Dillon, W.S. (2001). Margaret Mead (1901-1978). *Perspectivas: revista trimestral de educación comparada*, 31 (3), 501-517. París. UNESCO. Recuperado el 27 de mayo de 2018 de <http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/meads.pdf>
- Enquesta de salut de Catalunya 2015. (2016). *Comportaments relacionats amb la salut, l'estat de salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya: Departament de Salut. Recuperado el 13 de marzo de 2018, de http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca_2015.pdf
- Enquesta de salut de Catalunya 2015. (2016). *Principals resultats 2016. Enquesta de salut de Catalunya. Comportaments relacionats amb la salut, l'estat de salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya: Departament de Salut. Recuperado el 13 de marzo de 2018, de http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/els40prals_2016_web.xlsx
- EuroQol Group. (2009). EQ-5D-5L Cuestionario de Salud: Versión en español para España. Recuperado el 24 de junio de 2018 de <http://cpup.se/wp-content/uploads/2017/02/EQ-5D-5L-Español-Spain.pdf>
- Gérvás, J., & Pérez-Fernández, M. (2016). *El encarnizamiento médico con las mujeres*. Barcelona: Los libros del lince. Recuperado el 20 de febrero de 2018.
- González Ramírez, M., & Landero Hernández, R. (2008). Síntomas psicosomáticos y estrés: comparación de un modelo estructural entre hombres y mujeres. *Ciencia UANL*, 11(4), 403-410. Recuperado el 25 de mayo de 2018, de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2865054>
- Gumà Lao, J., & Cámara Hueso, A. D. (2014). ¿Informa la salud autopercibida sobre las condiciones objetivas de salud? Algunas conclusiones a partir del análisis demográfico de microdatos de la Encuesta Nacional de Salud. *Estadística*

- Española*, 56(183), 61 – 76. Recuperado el 20 de febrero de 2018, de http://www.ine.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3Dart183_3.pdf&blobkey=urldata&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=673%2F579%2Fart183_3.pdf&ssbinary=true
- Herrera Salinas, D. (2005). Aspectos psicosomáticos de la mujer. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras*, 27 - 37. Recuperado el 27 de mayo de 2018 de <http://cidbimena.desastres.hn/RFCM/pdf/2005/pdf/RFCMVol2-1-2005-5.pdf>
- Institut Municipal d'Investigació Mèdica. (2003). *Cuestionario de Salud SF-36. Versión española de SF-36v2 Health Survey*. Barcelona: IMIM-IMAS. Recuperado el 28 de junio de 2018, de http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF36_CUESTIONARIOpdf.pdf
- Institut Català de les Dones. (2007). *La salut des de la sensibilitat de gènere* (2ª ed., Vol. II). Barcelona: Generalitat de Catalunya. Recuperado el 13 de febrero de 2018
- Institut Nacional d'Estadística. (2017). *Idescat*. (Generalitat de Catalunya, Editor) Recuperado el 13 de febrero de 2018, de <https://www.idescat.cat/emex/>
- Lafaurie Villamil, M. M. (2010). *Las mujeres y la depresión*. Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia, 5, 315 – 340. Recuperado el 28 de mayo de 2018.
- Lasheras Lozano, M. L., Pires Alcaida, M., Rodríguez Gimena, M. M. (2012). *Género y Salud: módulo 3*. Instituto Andaluz de la Mujer. Recuperado el 02 de junio de 2018 de http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/13317296934_Mxmodulo_3.Salud_y_Gxnero.pdf
- Lipton, B. H. (2014). *La biología de la creencia* (5ª ed.). Toronto: Palmyra. Recuperado el 19 de noviembre de 2017.
- Macedo, A.G, & Amaral, A.L. (2012). *Dicionário da crítica feminista*. Porto: Edições Afrontamento. Recuperado el 21 de mayo de 2017.
- Manor, O., Matthews, S., & Power, C. (2001). Self-rated health and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood. *International Journal of Epidemiology*, 3(30), 600 - 607. Recuperado el 11 de febrero de 2018, de

<https://academic.oup.com/ije/article/30/3/600/736939/Self-rated-health-and-limiting-longstanding>

Martínez Benlloch, I. (2007). Patologizar el cuerpo de las mujeres. (I. U. València, Ed.) Género y Salud. VIII Jornadas de la Red de Mujeres Profesionales de la Salud, 45, 20 - 31. Recuperado el 11 de febrero de 2018.

Martínez Verdú, R. (2007). Psicoanálisis, cultura y sociedad. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia. Psicoanálisis y mujer*, 2, 211 – 241. Recuperado el 29 de mayo de 2018.

Marty, P. (2003). *La psicopatología del adulto*. París: Amorrortu Editores. Recuperado el 28 de octubre de 2017.

Mingote Adán, C. (2000). La medicina psicopatológica desde una perspectiva de género. *II Jornadas de Salud Mental y Género*, 32(2), 15 - 30. Recuperado el 23 de febrero de 2018, de:
<http://www.inmujer.es/en/areasTematicas/salud/publicaciones/Seriesdebertedocumentos/docs/IIJornadasSaludmental.pdf#page=14>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Encuesta Nacional de Salud 2011-2012: Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L*. Informe monográfico, Madrid. Recuperado el 28 de septiembre de 2017, de
http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/CVRS_adultos_EQ_5D_5L.pdf

Norris, C., Hegadoren, K., & Pilote, L. (2007). Depression symptoms have a greater impact on the 1-year health-related quality of life outcomes of women post-myocardial infarction compared to men. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6, 92 - 98. Recuperado el 24 de marzo de 2017, de:
<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1016/j.ejcnurse.2006.05.003>

Oksuzyan, A., Petersen, I., Stovring, H., Bingley, P., Vaupel, J. W., & Christensen, K. (2009). The male–female health–survival paradox: A survey and register study of the impact of sex-specific selection and information bias. *Annals of Epidemiology*, 19(7), 504-511. Recuperado el 11 de febrero de 2018, de
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2696561/>

Parga, J. (2013). Aportes antropológicos a los estudios de género: una perspectiva relacional y dinámica al análisis de las identidades. *Anclajes: Revista Trámpas de la comunicación y la cultura*, (74), 91 - 96. Recuperado el 27 de mayo de 2018 de

http://163.10.34.134/bitstream/handle/10915/34254/Documento_completo.com-672381-Aportes_antropol_gicos_a_los_estudios_de_g_nero.pdf?sequence=1

- Pavlova, M. (2017). Sex and gender affect the social brain: Beyond simplicity. *Journal of Neuroscience Research*, 95(2), 235 - 250. Recuperado el 30 de marzo de 2018, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27688155>
- Pert, C. (2010). *Molecules of emotion*. Editorial Scribner. Recuperado el 29 de octubre de 2017.
- Pont Martínez, P., Santamaría Navarro, C., Vicente Herrero, M. A., Piñaga Solé, M., De la Torre, M. V., López González, A. A. (2010). Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia, 5, 51 – 62. Recuperado el 29 de mayo de 2018.
- Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borell, C., Obiols, J. E. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11 (1), 125 – 139. Recuperado el 21 de mayo de 2018 de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-374.pdf
- Sánchez Medina, A. (2006). Los trastornos del pensamiento y las enfermedades psicosomáticas. *Revista Medicina*, 28 (4), 1345 - 1364. Recuperado el 19 de diciembre de 2017, de <http://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/revistamedicina/article/view/75-3>
- Sánchez-García, M. (2013). Procesos psicológicos en la somatización. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(2), 255 - 270. Recuperado el 12 de enero de 2017, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4261838>
- Sanz Ramón, F. (2004). Del mal trato al buen trato. En C. Ruiz-Jarabo Quemada & P. Blanco Prieto (coords.), *La violencia contra las mujeres: prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos. Recuperado el 15 de junio de 2018.
- Serrani Azcurra, D. (2015). Traducción, adaptación al español y validación de la Escala de Bienestar Mental de Warwick-Edinburgh en una muestra de adultos mayores argentinos. *Revista Acta Colombiana de Psicología*, 18 (1), 79 – 93. Recuperado el 23 de junio de 2018 de <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v18n1/v18n1a08.pdf>
- Thompson, W., Irvine, E., Pare, P., Ferrazzi, S., & Rance, L. (2002). Functional gastrointestinal disorders in Canada: first population-based survey using Rome II criteria with suggestions for improving the questionnaire. *Digestive Diseases and*

- Sciences Journal*, 47(1), 225-235. Recuperado el 15 de febrero de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11837727>
- Tortosa Salazar, V., Rodríguez Porcel, M. D., & Rodríguez Martínez, M. d. (2015). Trastornos psicosomáticos y ansiedad entre la población. Abordaje desde Enfermería. *Revista Paraninfo Digital*(22). Recuperado el 11 de diciembre de 2017, de <http://www.index-f.com/para/n22/052.php>
- Valls Llobet, C. (2008). *Mujeres invisibles* (3ª ed.). Barcelona: Editorial Debolsillo. Recuperado el 20 de noviembre de 2017.
- Velasco Arias, S. (2009). *Sexos, género y salud: Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid: Minerva Ediciones. Recuperado el 20 de septiembre de 2017.
- Velasco Arias, S., López-Dóriga, B., Tourné García, M., Caldero Bea, M. D., Barceló Barceló, I., & Luna Rodríguez, C. (2007). Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en Atención Primaria. (U. d. Alicante, Ed.) *Revista Feminismo/s*, 10, 111 - 131. Recuperado el 24 de mayo de 2018 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2654716>
- Velasco Arias, S., Ruiz, M. T., & Álvarez-Dardet, C. (2006). Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. *Revista Española de Salud Pública*, 4(80), 317-333. Recuperado el 27 de noviembre de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000400003
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Mmiralda, J. M., Santed, R., Valderas, J. M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., Alonso, J. (2005). *Gaceta Sanitaria*, 19 (2). Recuperado el 28 de junio de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0213-91112005000200007
- Vílchez Barboza, V., Paravic Klijn, T., & Valenzuela Suazo, S. (2013). Contribución de enfermería al abordaje de los trastornos de la mujer trabajadora. *Revista Enfermería Global*, 31, 254 - 266. Recuperado el 25 de mayo de 2018, de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4349651>

11. CRONOGRAMA

	TEMPORALIZACIÓN – AÑO																							
	2018				2019												2020							
	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	
Defensa del proyecto																								
Inicio programa de Doctorado																								
Presentación al Comité de Ética de Investigación Clínica																								
Propuesta de convenio al ICS																								
Recogida de datos Fase I																								
Análisis de los resultados Fase I																								
Detección y toma de contacto muestra Fase II																								
Recogida de datos Fase II																								
Análisis de los resultados Fase II																								
Análisis relación datos obtenidos en ambas fases																								
Redacción de resultados																								
Difusión de resultados																								
Publicación en revistas																								

Tabla V – Cronograma proyecto

12. PRESUPUESTO

A continuación se expone una tabla de los gastos aproximados que se prevén se asumirán durante la puesta en marcha del presente proyecto de estudio.

Concepto	Justificación	Coste final
Traducción y corrección de los artículos	A 0.08€ por palabra y una media de 9000 palabras por artículo. Se prevé publicar un total de tres artículos durante la realización del estudio.	2.160 €
Publicación de artículos en revista Open Access	Tasas de sumisión y publicación en revista con factor de impacto alto. Media de 1500 € por artículo.	4.500 €
Obtención de cuestionarios validados	Warwick-Edinburgh (Gratuito) EQ-5D-5L (Gratuito) LSB-50 (Pack completo 42,85 €)	42'85 €
Inscripción a congresos nacionales	Media de 300 € por congreso. Se prevé asistir al menos a tres congresos con intención de hacer difusión y resultados del estudio.	900 €
Inscripción a congresos internacionales	Media de 500 € por congreso. Con intención de dar un mayor alcance de difusión se pretende asistir al menos a dos congresos internacionales.	1.000 €
Adquisición material bibliográfico	Se hace necesaria la obtención de bibliografía con el fin de completar la fundamentación de teórica del proyecto.	300 €
Paquete estadístico SPSS, Weft-Qda y Microsoft Office 2010	Cedidos por la Universidad Rovira i Virgili a raíz del contacto con razón de los estudios de doctorado y contrato laboral como profesora asociada de la investigadora principal	0 €

Contratación de profesional estadístico	Análisis de los datos obtenidos tras la fase de metodología cuantitativa	600 €
Material de oficina	Fotocopias de los cuestionarios, hojas de consentimiento informado e información sobre el proyecto, así como los costes de impresión de pósters para congresos.	1.200 €
Trabajo de campo	Costes asociados a la ejecución de trabajo de campo de la primera fase, así como de la realización y transcripción de entrevistas, llamadas telefónicas y gastos de gestión.	1.500 €
Viajes y dietas trabajo de campo y congresos	Gastos que derivan de la puesta en marcha del trabajo de campo, desplazamiento a lo largo de la región Sanitaria de Terres de l'Ebre y movilidad en la asistencia a congresos nacionales e internacionales.	2.500 €
SUBTOTAL		14.702'85 €
Otros	+ 10% de gastos	+1.470'29 €
TOTAL		16.173'14 €

Tabla VI – Gastos previstos proyecto

13. PREVISIÓN DE DIFUSIÓN

La difusión del presente proyecto se iniciará ya una vez presentado el mismo ante el tribunal del Trabajo Final de Máster del Màster Universitari en Investigació en Ciències de la Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili.

Una vez presentado se pretende presentar dicho proyecto a varias convocatorias, como la organizada por la Fundación Vila Saborit, que otorga premios a trabajos de final de máster, la convocatoria al Premio de Investigación María Isidra de Guzmán, convocada por la Concejalía de Igualdad o la convocatoria de 2019 de la Fundación Doctor Ferran. También se presentará el proyecto en la próxima Jornada de Recerca dirigida organizada por el Col·legi Oficial d'Infermers i Infermeres de Tarragona.

En cuanto a becas y ayudas predoctorales, se tendrá en cuenta las Becas Santander, la Convocatòria d'ajuts R2B2018 de Valorización de conocimiento de la Universitat Rovira i Virgili y becas y convenios de investigación con la Universidad Rovira i Virgili. Del mismo modo, se tendrán en cuenta las becas convocadas por la Obra Social la Caixa para 2019 y aquellas organizadas por el Ministerio de Educación.

Con respecto a la difusión del trabajo una vez empiecen a generarse resultados, se han podido seleccionar varios eventos en los que se podrían presentar dichos hallazgos en forma de comunicaciones y/o posters. A nivel nacional resultan interesantes el XLVIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática o el II Congreso internacional y IV nacional de enfermería y salud "A New World of Care".

Fuera de la península encontramos el Primer Congreso Latinoamericano de Estudios de Género y Cuidado organizado en Montevideo, Uruguay, y otro evento interesante para dar a conocer el proyecto puede ser el Medical Sociology & Public Health: Medical Sociology and Gender que tendrá lugar en Dallas, Texas, a finales de año.



CONVOCATORIA	LINK DE INFORMACIÓN	FECHAS
Convocatoria Fundación Vila Saborit	http://www.uic.es/es/salud/facultad/enfermeria/premios-investigacion	21.09.2018
Convocatòria d'ajuts R2B2018 per a la valorització del coneixement 2018	http://www.fundacio.urv.cat/media/upload/arxiu/CTTi-PI/R2B/R2B_2018/Bases%20R2B%202018.pdf	28.09.2018
Premio de Investigación María Isidra de Guzmán	https://www.ehu.eus/documents/2007376/3639912/XXII-Premio-Maria-Isidra-de-Guzman.pdf/79507b88-5022-7001-ffae-5bc3e4fe73ac	31.10.2018
Fundación Doctor Ferran	http://www.fundacioferran.org/portal/?page_id=287	2019
Becas Santander	http://www.becas-santander.com	2019
Becas Obra Social la Caixa	https://obrasociallacaixa.org/es/investigacion-y-becas/becas-de-posgrado/que-hacemos	2019
EVENTO		
EVENTO	LINK DE INFORMACIÓN	FECHAS
XLVIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática	http://www.congresosempzaragoza2018.com/uploads/-docs/Programa_MEDpsicosomatica.2.pdf	29.11.2018 – 01.12.2019 Zaragoza
II Congreso internacional y IV nacional de enfermería y salud “A New World of Care”	https://enfermeriaysalud.es/congreso/programa/	18.10.2018 – 20.10.2018 Santander
Medical Sociology & Public Health : Medical Sociology and Gender	https://medicalsociology.conferenceseries.com/events-list/medical-sociology-and-gender	21.09.2018 – 22.09.2018 Dallas, Texas

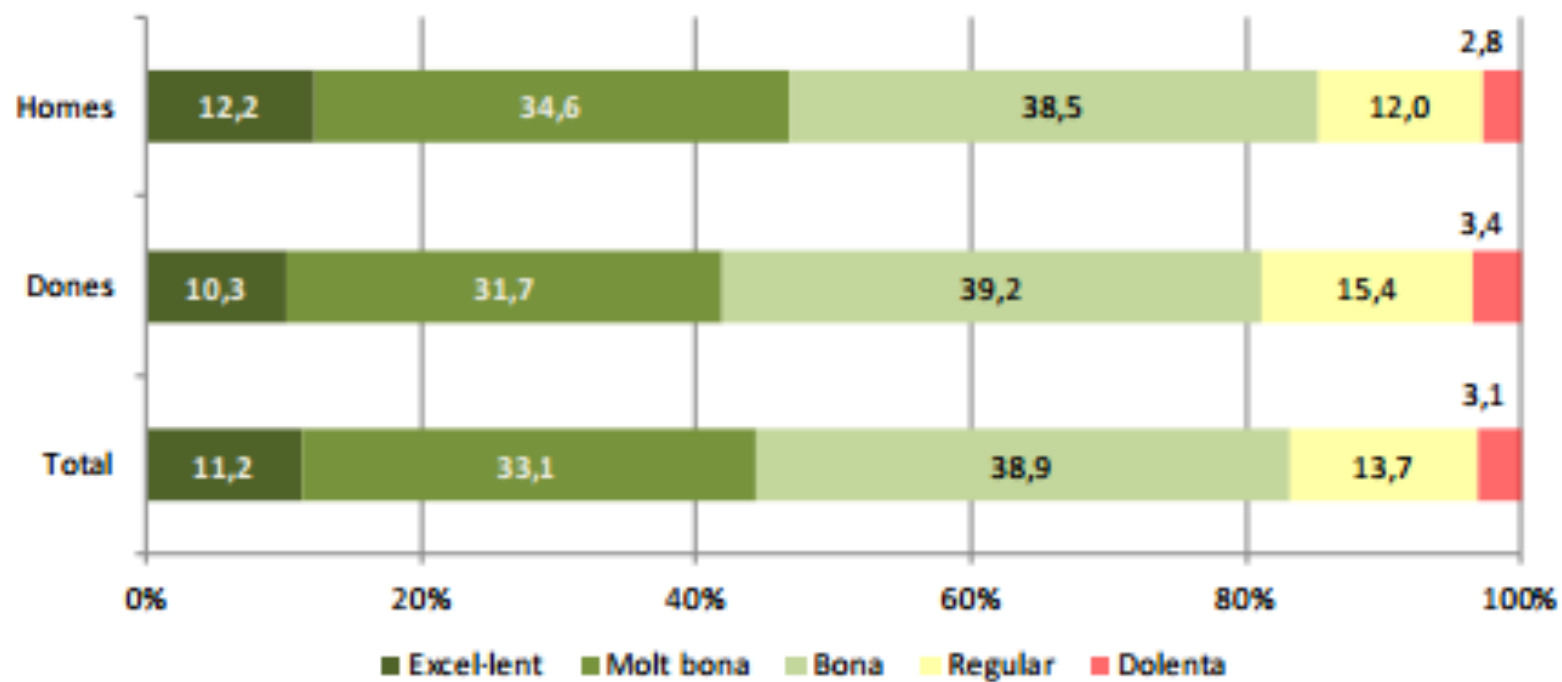


Primer Congreso Latinoamericano de Estudios de Género y Cuidado: Miradas latinoamericanas al cuidado	http://www.gemlac.org/index.php?option=com_content&view=article&id=431:primer-congreso-latinoamericano-de-estudios-de-genero-y-cuidado-miradas-latinoamericanas-al-cuidado-a-realizarse-el-5-6-y-7-de-noviembre-de-2018-en-montevideo-uruguay&catid=34:internacionales-cat&Itemid=171	05.11.2018 – 07.11.2018 Montevideo, Uruguay
--	---	--

Tabla VII – Información de convocatorias, ayudas y congresos

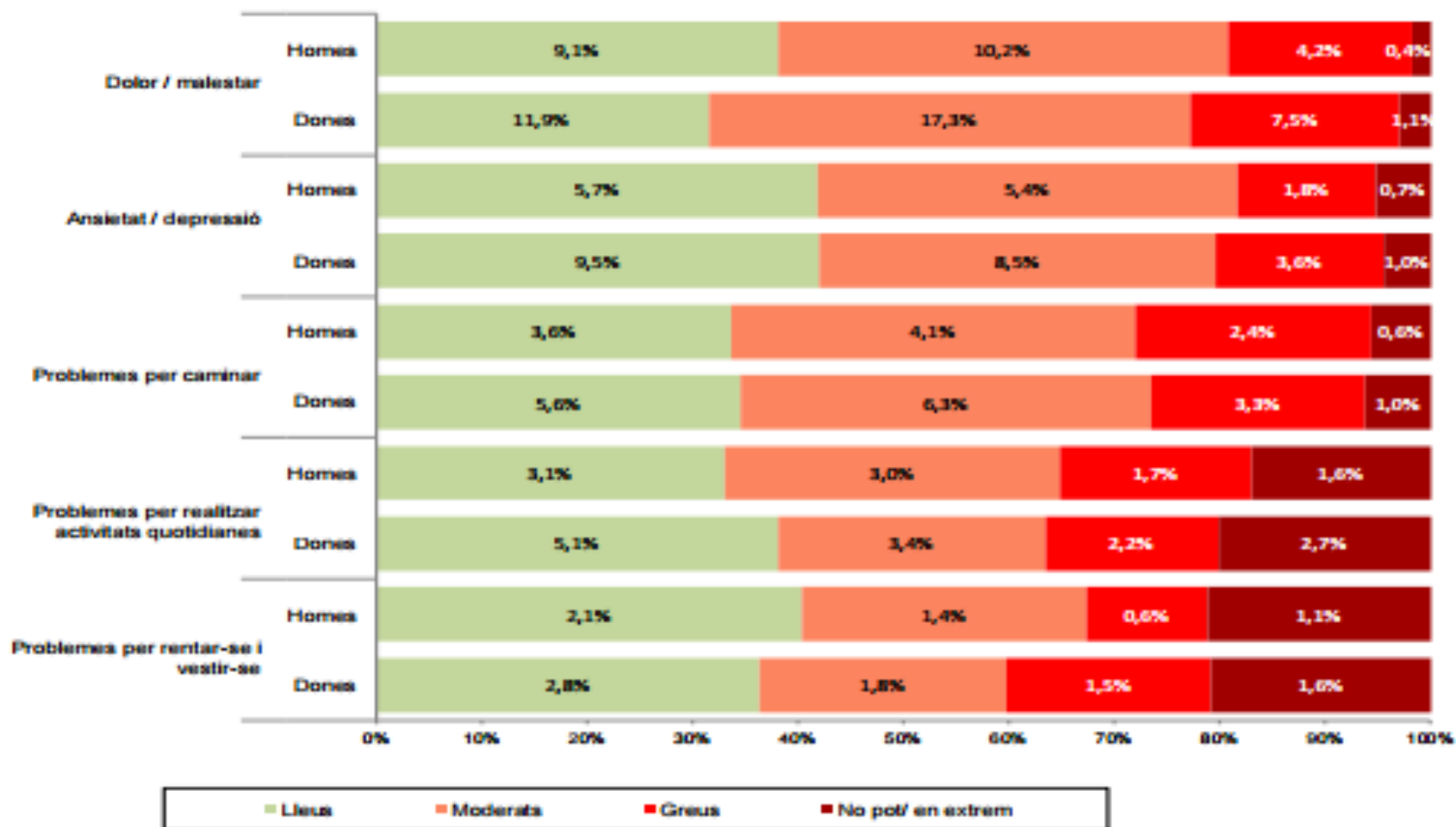
14. ANEXOS

ANEXO I – Autopercepció del estat de salut de la població general per sexe. Catalunya, 2015.



Fuente: Enquesta de Salut de Catalunya 2015 (2016)

ANEXO II – Dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en la población mayor de 15 años por sexo. Catalunya, 2015.



Fuente: Enquesta de Salut de Catalunya 2015 (2016)



ANEXO III – Acontecimientos psicosociales localizados. Base muestral 63 hombres y 349 mujeres.

	Hombres		Mujeres		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
CONFLICTOS DE PAREJA Y ROL TRADICIONAL	22	34,9%	130	37,2%	152	36 ,9%
Conflictos de relación de pareja	8	12,7%	52	14,9%	60	14 ,6%
Separación de la pareja	6	9,5%	24	6,9%	30	7 ,3%
Hábitos tóxicos (ellos). De la pareja (ellas)	5	7,9%	21	6,0%	26	6 ,3%
Dependencia y aislamiento	1	1,6%	18	5,2%	19	4 ,6%
Sobrecarga por rol tradicional	1	1,6%	8	2,3%	9	2 ,2%
Boda próxima	1	1,6%	4	1,1%	5	1 ,2%
Carencia de red social	0	0,0%	3	0,9%	3	0 ,7%
MALOS TRATOS DE LA PAREJA	1	1,6%	26	7,4%	27	6 ,6%
PERSONAS A SU CARGO/ENFERM. DE FAMILIARES. CUIDADO	15	23,8%	141	40,4%	156	37 ,9%
Problemas de hijos/as y relación con ellos	1	1,6%	47	13,5%	48	11 ,7%
Personas inválidas o incapacitadas a su cargo	2	3,2%	38	10,9%	40	9 ,7%
Accidentes, enfermedades, operaciones de algún familiar	3	4,8%	19	5,4%	22	5 ,3%
Sobrecarga de cuidadora	4	6,3%	16	4,6%	20	4 ,9%
Enfermedades de hijos/as	4	6,3%	14	4,0%	18	4 ,4%
Conflictos de las personas a su cargo	1	1,6%	6	1,7%	7	1 ,7%
Otras referencias a personas a su cargo	0	0,0%	1	0,3%	1	0 ,2%

(...)



(...)

DOBLE JORNADA LABORAL	0	0,0%	15	4,3%	15	3,6%
DUELO	13	20,6%	47	13,5%	60	14,6%
Muerte de una familiar o allegado	7	11,1%	19	5,4%	26	6,3%
Muerte de la pareja	2	3,2%	16	4,6%	18	4,4%
Suicidio o intento de suicidio en el núcleo familiar	3	4,8%	4	1,1%	7	1,7%
Muerte de un hijo/a	1	1,6%	3	0,9%	4	1,0%
Otras referencias a pérdidas	0	0,0%	5	1,4%	5	1,2%
PROBLEMAS LABORALES O ESTUDIOS	13	20,6%	31	8,9%	44	10,7%
Problemas laborales	8	12,7%	18	5,2%	26	6,3%
Exámenes	1	1,6%	6	1,7%	7	1,7%
Acoso en el trabajo (mobbing)	3	4,8%	3	0,9%	6	1,5%
Problemas escolares	0	0,0%	1	0,3%	1	0,2%
Acoso escolar	1	1,6%	3	0,9%	4	1,0%
CONFLICTOS FAMILIARES	3	4,8%	7	2,0%	10	2,4%
Conflictos familiares	2	3,2%	5	1,4%	7	1,7%
Separación de los padres	1	1,6%	2	0,6%	3	0,7%

(...)

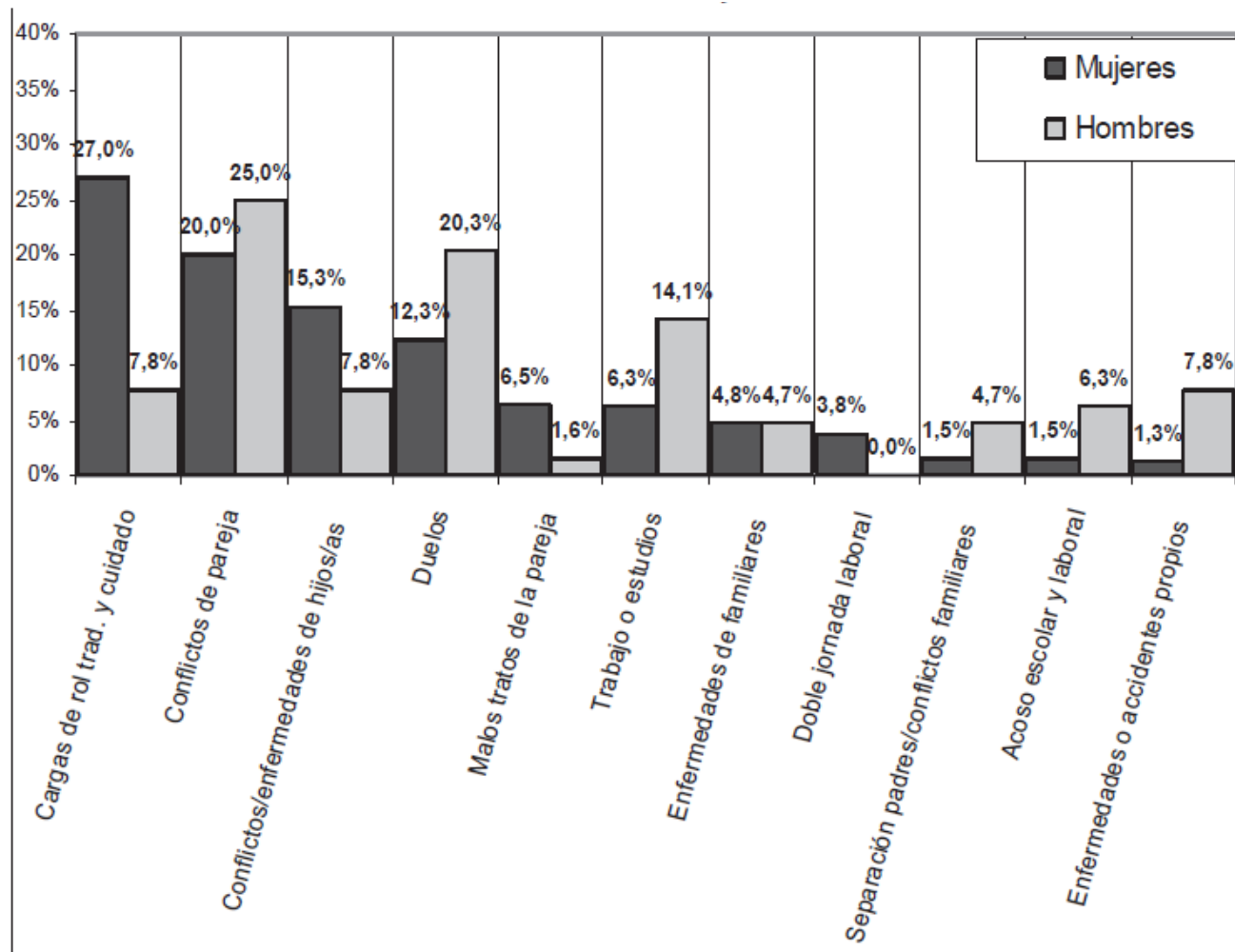


(...)

OTROS	10	15,9%	37	10,6%	47	11 ,4%
Inmigración	1	1,6%	9	2,6%	10	2 ,4%
Accidentes, enfermedades u operaciones propias	5	7,9%	5	1,4%	10	2 ,4%
Dificultades reproductivas	1	1,6%	5	1,4%	6	1 ,5%
Abuso sexual	0	0,0%	3	0,9%	3	0 ,7%
Conflictos sexualidad	1	1,6%	2	0,6%	3	0 ,7%
Escasos recursos económicos	0	0,0%	1	0,3%	1	0 ,2%
Otros acontecimientos	2	3,2%	12	3,4%	14	3 ,4%
Sin respuesta	2	3,2%	5	1,4%	7	1 ,7%

Fuente: Velasco Arias, López Doriga, Tourné García, Calderó Bea, Barceló Barceló & Luna Rodríguez (2007).

ANEXO IV – Factores psicosociales por sexos. Base muestral 64 factores en hombres y 400 factores en mujeres.



Fuente: Velasco Arias, López Doriga, Tourné García, Calderó Bea, Barceló Barceló & Luna Rodríguez (2007).

ANEXO V – Escala de Bienestar Mental Warwick – Edinburgh

LA ESCALA DE BIENESTAR MENTAL DE WARWICK-EDINBURGH (EBMWE)					
A continuación encontrará algunas afirmaciones acerca de ideas y emociones. Tenga a bien tildar el casillero que mejor describa lo que pensó o sintió durante las últimas 2 semanas					
AFIRMACIONES	En ningún momento	Raramente	Algunas veces	Con frecuencia	Todo el tiempo
Me he sentido optimista con relación al futuro	1	2	3	4	5
Me he sentido útil	1	2	3	4	5
Me he sentido aliviado	1	2	3	4	5
Me he sentido interesado por las demás personas	1	2	3	4	5
He tenido suficiente energía de reserva	1	2	3	4	5
He resuelto bien los problemas	1	2	3	4	5
He estado pensando con claridad	1	2	3	4	5
Me he sentido bien conmigo mismo	1	2	3	4	5
Me he sentido cercano a las demás personas	1	2	3	4	5
Me he sentido con confianza en mi mismo	1	2	3	4	5
He sido capaz de tomar mis propias decisiones con respecto a las cosas que me suceden	1	2	3	4	5
Me he sentido querido	1	2	3	4	5
He estado interesado en cosas nuevas	1	2	3	4	5
Me he sentido alegre	1	2	3	4	5
Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) © NHS Health Scotland, University of Warwick and University of Edinburgh, 2006, all rights reserved.					

Fuente: Serrani Azcurra (2015)

ANEXO VI – Cuestionario de Salud EQ-5D-5L



Cuestionario de Salud

Versión en español para España

(Spanish version for Spain)

Debajo de cada enunciado, marque UNA casilla, la que mejor describe su salud HOY.

MOVILIDAD

- | | |
|--|--------------------------|
| No tengo problemas para caminar | ☐ |
| Tengo problemas leves para caminar | ☐ |
| Tengo problemas moderados para caminar | ☐ |
| Tengo problemas graves para caminar | ☐ |
| No puedo caminar | ☐ |

AUTO-CUIDADO

- | | |
|---|--------------------------|
| No tengo problemas para lavarme o vestirme | ☐ |
| Tengo problemas leves para lavarme o vestirme | ☐ |
| Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme | ☐ |
| Tengo problemas graves para lavarme o vestirme | ☐ |
| No puedo lavarme o vestirme | ☐ |

ACTIVIDADES COTIDIANAS *(Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)*

- | | |
|--|--------------------------|
| No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas | ☐ |
| Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas | ☐ |
| Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas | ☐ |
| Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas | ☐ |
| No puedo realizar mis actividades cotidianas | ☐ |

DOLOR / MALESTAR

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| No tengo dolor ni malestar | ☐ |
| Tengo dolor o malestar leve | ☐ |
| Tengo dolor o malestar moderado | ☐ |
| Tengo dolor o malestar fuerte | ☐ |
| Tengo dolor o malestar extremo | ☐ |

ANSIEDAD / DEPRESIÓN

- | | |
|--|--------------------------|
| No estoy ansioso ni deprimido | ☐ |
| Estoy levemente ansioso o deprimido | ☐ |
| Estoy moderadamente ansioso o deprimido | ☐ |
| Estoy muy ansioso o deprimido | ☐ |
| Estoy extremadamente ansioso o deprimido | ☐ |



La mejor salud
que usted
pueda imaginar

Nos gustaría conocer lo buena o mala que es su salud HOY.

La escala está numerada del 0 al 100.

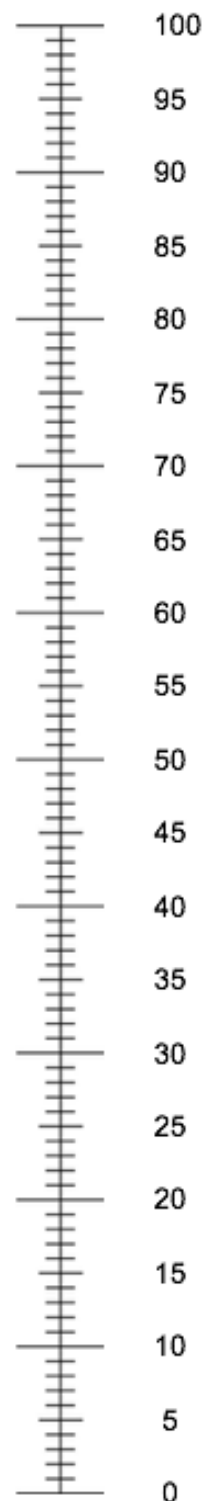
100 representa la mejor salud que usted se pueda imaginar.

0 representa la peor salud que usted se pueda imaginar.

Marque con una X en la escala para indicar cuál es su estado de salud HOY.

Ahora, en la casilla que encontrará a continuación escriba el número que ha marcado en la escala.

SU SALUD HOY =



La peor salud
que usted
pueda imaginar

Spain (Spanish) © 2009 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group

Fuente: EuroQol (2009)



ANEXO VII – Cuestionario Ad Hoc Perfil sociodemográfico y clínico

Escriba la primera letra de su nombre seguida de la primera letra de su primer aprellido y añada los dos últimos dígitos de su año de nacimiento.

Ejemplo: Ana Martínez nacida en 1981: AM81

.....

Sexo

- ☐ Mujer
- ☐ Hombre

Comarca

- ☐ Baix Ebre
- ☐ Montsià
- ☐ Ribera d'Ebre
- ☐ Terra Alta

Edad

- ☐ 15 – 25
- ☐ 26 – 35
- ☐ 36 – 45
- ☐ 46 – 55
- ☐ 56 – 64

Estado civil

- ☐ Soltero/a
- ☐ Casado/a
- ☐ Viudo/a
- ☐ Unión libre
- ☐ Divorciado/a

Nivel de estudios

- ☐ Sin estudios
- ☐ Educación primaria
- ☐ Educación secundaria
- ☐ Enseñanza superior
- ☐ Enseñanza universitaria

Actividad habitual

- ☐ Empleado/a o trabajador/a autónomo/a
- ☐ Jubilado/a
- ☐ Ama de casa
- ☐ Estudiante
- ☐ Parado/a

Tiempo diario empleado en las labores del hogar

- ☐ Menos de 15 minutos
- ☐ 15 – 59 minutos
- ☐ 60 – 120 minutos
- ☐ Más de dos horas

Tiempo diario empleado en actividades de ocio / deporte

- ☐ Menos de 15 minutos
- ☐ 15 – 59 minutos
- ☐ 60 – 120 minutos
- ☐ Más de dos horas

Tiempo diario empleado en el cuidado de personas dependientes

- ☐ Menos de 15 minutos
- ☐ 15 – 59 minutos
- ☐ 60 – 120 minutos
- ☐ Más de dos horas
- ☐ Tengo a mi cargo a una persona a tiempo completo



Tiempo diario empleado en el autocuidado y/o desarrollo personal

- ☐ Menos de 15 minutos
- ☐ 15 – 59 minutos
- ☐ 60 – 120 minutos
- ☐ Más de dos horas

¿Presenta usted actualmente alguna enfermedad crónica o aguda o algún tipo de malestar a nivel emocional?

.....

.....

.....

.....

Sistemas de apoyo social

- ☐ Recibo visitas de amigos y familiares
- ☐ Recibo ayuda en las tareas de la casa
- ☐ Siento que puedo hablar con alguien de mis problemas del trabajo o la casa
- ☐ Siento que puedo hablar con alguien de mis problemas personales o familiares

- ☐ Tengo personas a mi alrededor que se preocupan por mi
- ☐ Tengo personas a mi alrededor que me hacen muestra de amor y cariño

Recursos de afrontamiento personales y psicosociales

- ☐ Cuando tengo un malestar emocional tiendo a expresarlo enseguida
- ☐ Me gusta hablar sobre cómo me siento
- ☐ Me cuesta mucho expresar mis sentimientos y emocionales
- ☐ Me cuesta mostrar las emociones negativas
- ☐ Me resulta más sencillo expresar la rabia que la tristeza
- ☐ Considero que sé controlar mis sentimientos y emociones
- ☐ Recorro a la gente de mi alrededor cuando tengo un malestar emocional

Fuente: Elaboración propia

ANEXO VIII – Consentimiento informado**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL
ESTUDIO “DETERMINANTES PSICOSOCIALES Y CULTURALES DE LA
SALUD Y ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS: ESTUDIO DESDE LA
PERSPECTIVA DE GÉNERO”**

Yo,.....

He sido correctamente informado/a de manera oral y escrita sobre la temática de la investigación y el objetivo de la misma. De este modo, doy mi consentimiento voluntario para participar en el estudio “Determinantes psicosociales y culturales de la salud y enfermedades psicosomáticas: estudio desde la perspectiva de género”.

Doy mi consentimiento expreso para que la información facilitada por mi tras cumplimentar los cuestionarios sea utilizada para dicho estudio, siendo sabedor/a de que en ningún momento se revelarán datos que puedan dar a conocer mi identidad o datos personales.

El equipo investigador, a quien otorgo mi consentimiento, mantendrá la confidencialidad respecto a ello y garantiza que los datos serán utilizados para la finalidad descrita y no otra.

Del mismo modo se me ha explicado que mi participación pudiera no sólo ceñirse a la cumplimentación de los cuestionarios que se me presentan, sino que pudiera ser que en un futuro próximo se me ofreciera la oportunidad de participar como informante en una entrevista, ante la cual tendré la opción de aceptar o denegar con respecto a mi participación sin perjuicio alguno para mi persona.

Así, presto mi libre conformidad para participar en el estudio de manera voluntaria, sabiendo que puedo retirarme en el momento que precise sin necesidad de dar explicaciones tal y sin repercusión alguna. Del mismo modo conozco mi derecho a poder solicitar que se me informe de los resultados de la investigación una vez finalizada.

Firma del participante

....., de de 20.....