



ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE GÉNERO EN LOS TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS Y SUS DETERMINANTES PSICOSOCIALES Y CULTURALES

Elisabet Torrubia Pérez

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

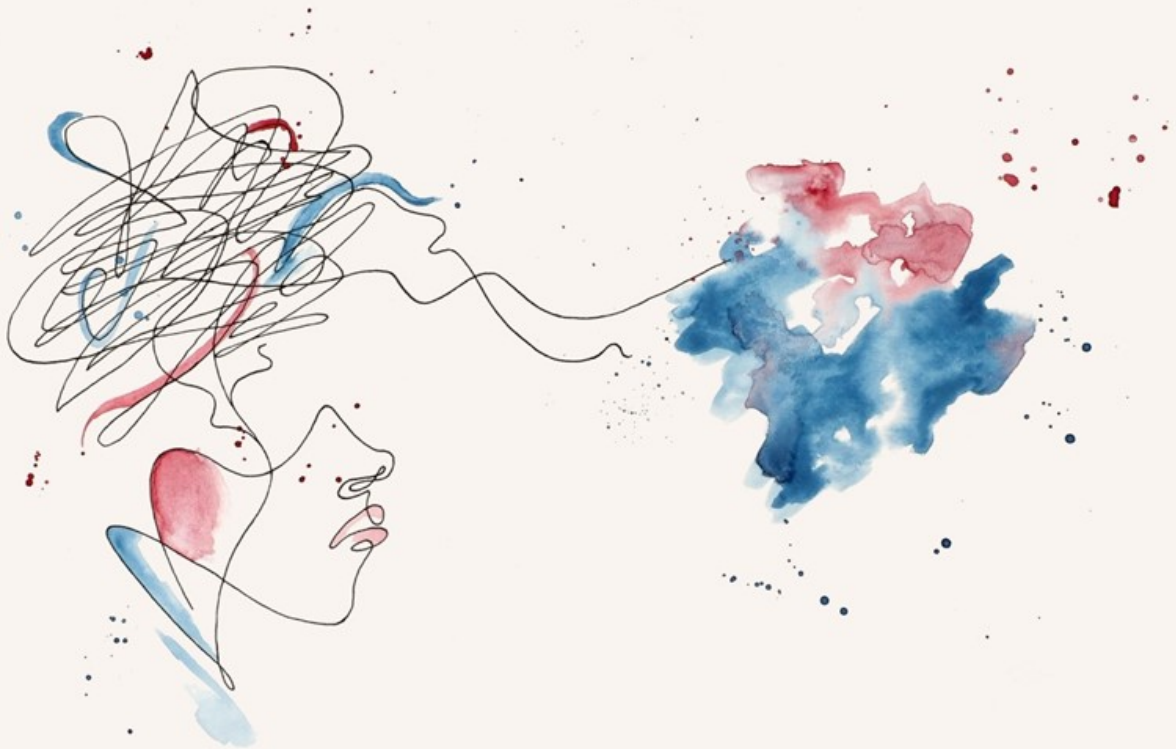
WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

Análisis de la influencia de género en los trastornos psicosomáticos y sus determinantes psicosociales y culturales

ELISABET TORRUBIA PÉREZ



**TESIS DOCTORAL
2023**

ELISABET TORRUBIA PÉREZ

**ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE GÉNERO EN LOS
TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS Y SUS
DETERMINANTES PSICOSOCIALES Y CULTURALES**

Dirigida por:

Dra. Maria Antonia Martorell Poveda y
Dra. Silvia Reverté Villarroja

Departament d'Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili



UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI

Tortosa, 2023



FAIG CONSTAR que aquest treball, titulat "**Anàlisi de la influència de gènere en els trastorns psicosomàtics i els seus determinants psicosocials i culturals**", que presenta **Elisabet Torrubia Pérez** per a l'obtenció del títol de Doctor, ha estat realitzat sota la meva direcció al Departament d'Infermeria d'aquesta universitat.

HAGO CONSTAR que el presente trabajo, titulado "**Análisis de la influencia de género en los trastornos psicosomáticos y sus determinantes psicosociales y culturales**", que presenta **Elisabet Torrubia Pérez** para la obtención del título de Doctora, ha sido realizado bajo mi dirección en el Departamento de Enfermería de esta universidad.

I STATE that the present study, entitled "**Analysis of the influence of gender on psychosomatic disorders and their psychosocial and cultural determinants**", presented by **Elisabet Torrubia Pérez** for the award of the degree of Doctor, has been carried out under my supervision at the Department of Nursing of this university.

Tortosa, 25 de abril de 2023

Les directores de la tesi doctoral /
Las directoras de la tesis doctoral /
Doctoral tesis supervisors,

Maria Antonia Martorell Poveda

Silvia Reverté Villarroya

AGRADECIMIENTOS

Es imposible llevar a cabo un proyecto de este calibre sin apoyo y acompañamiento, y sin duda yo he sido muy afortunada en esto. Podría escribir 100 páginas explyándome en agradecimientos, pero entonces esta publicación se cortaría en el apartado de metodología y no podríamos llamarla tesis doctoral.

En primer lugar, agradecer a mis directoras de tesis Maria Antonia y Silvia por haber confiado en mi para emprender este frenético viaje. La paciencia y templanza que habéis tenido os hace merecedoras de una estatua en la puerta de cada campus.

Maria Antonia, todo esto empezó siendo idea tuya y confiaste en que saliera adelante desde el primer momento. Me alentaste a dar un paso más aun habiendo vivido en tus propias carnes en el TFM lo difícil que es conseguir que me centre en una sola cosa, y aun así durante los siguientes 4 años me has ido repitiendo “céntrate” con la serenidad de una madre. También me has sufrido tú, Silvia; a mí y a mis gritos de socorro diciendo tu nombre que proyectaba desde mi despacho cuando te veía pasar corriendo de un lado a otro hasta arriba de faena. Aun así, siempre has encontrado hueco para mí y tu apoyo ha sido imprescindible para seguir adelante y conservar la cordura.

También agradecer a las (y el) profes de enfermería del CTE, que para mí no solo han sido compañeras, también amigas. Aun siendo “la becaria del despacho de *recerca*” me habéis hecho sentir como una más. Hemos tomado cafés arreglando el mundo en general y la enfermería en particular. Marta, Gina, Núria, Nati, M^a Paz, Gerard, Susana, Elsa... Si el despacho 215 ha sido mi casa, vosotras, mi familia. Sin este acompañamiento y las veces que oí que tenía que acabar la tesis ya, hubiese sido imposible conseguirlo.

A mis Marisas, ambas para mí, ejemplos a seguir. Dos mujeres distintas, incomparables, que constituyen un pilar implacable de sabiduría. El cariño que os tengo no cabe en estas hojas.

A Pepe, un amigo que la tesis me ha regalado y con quien tantas horas he pasado repasando números y haciendo operaciones. Sin tu inestimable ayuda aún estaría pegándole vueltas a la Chi-cuadrado de la primera fase.

A mis amigas Ángela, Wafa y Ruth, que me han preguntado ininterrumpida y religiosamente por los avances de la tesis y han festejado más que yo cada logro alcanzado. Amigas de las que no puedo hablar sin que se me llenen los ojos de lágrimas. Hace ahora un año compraron una botella de 2 litros de vino que solo podría abrirse para festejar el día de la defensa. Eso es amistad.

A Xavi, Virginia, María y tantas personas increíbles que Tortosa me ha regalado y me habéis acompañado este tiempo. A Nerea, acompañanta de idas de venidas, y a Aida, Elena, Sara, Alba, Marta, lo mejorcito de Castelló. Gracias por vuestra comprensión en mis ausencias y vuestra ayuda para evadirme cuando hemos encontrado hueco. Gracias por hacer que, después de 10 años fuera de casa, todo siga como cuando teníamos 16.

A David, quien me ha secado más lágrimas y ha regalado más risas. Una parte de esta tesis debería estar firmada por ti, desde aguantar mis ensayos de ponencias (y asistir a ellas) a cuando me sentabas para explicarte por qué estaba bloqueada y tratar de buscar juntos la salida. Has sido quien más ha comprendido la complejidad que suponía todo este proceso y quien más cerca ha estado en las buenas y en las malas. Muchas gracias por estar a mi lado y, sin darte cuenta, sanarme.

A los Piñol, que me han acogido y cuidado durante este tiempo.

A mi hermano Joan, a quien tanto admiro. Una persona con toda una vida de éxitos por delante, tan capacitado para todo. Mi otra mitad. Mi debilidad más grande.

A mis abuelas y tía, mujeres que de una forma u otra han peleado por lo que son y serán. Mujeres distintas, divergentes y ejemplares. Mujeres dignas de admiración; fuentes de inspiración.

A mi aita y mi ama. No hay palabras para describir lo agradecida que estoy y el amor que despertáis en mí. Un amor que ha cohabitado en nuestro núcleo siempre y nunca se ha visto alterado por nada. Decís que sois mis *fans* pero lo cierto es que yo soy la vuestra.

Finalmente, un agradecimiento de todo corazón a las personas que accedieron a participar en la Fase II de este trabajo. También a aquellas que decidieron creer en mí, aun cuando yo no lo hacía. Gracias a la dirección del campus, a los miembros de la Unitat de Igualtat, por darme vuestro voto de confianza haciéndome responsable de Igualdad y dejar en mis manos proyectos que me han hecho especial ilusión. Gracias también a aquellas y aquellos que pensaron que era buena idea entrevistarme, sacarme en los medios, conducir unas jornadas o premiaron mi trabajo. Y gracias finalmente a las personas que forman el Departamento y Facultad de Enfermería, de las que he tenido la oportunidad de aprender muchísimo a lo largo de todos mis estudios universitarios. Me he “criado” bajo el ala de la URV, y estoy orgullosa de cerrar una nueva etapa igual de bien acompañada.

Me siento profundamente afortunada de poder agradecer a tantas personas e instituciones lo conseguido después de tantos años. Mil millones de gracias.

PRÓLOGO

La presente tesis doctoral es fruto de un largo de camino de aprendizaje. En ella se presentan los hallazgos obtenidos a partir de la ejecución de las diferentes fases que la componen.

Diría que la motivación primigenia de este proyecto comenzó a gestarse mucho antes de saber en qué consistía la psicosomatización o ni siquiera, con exactitud, el género como determinante de salud. Viene dada por algo que siempre estuvo en mí y está muy influenciada por mis inquietudes a nivel social y activista en cierta parte. Quizá la relación no parezca muy obvia *a priori*, pero desde joven creo tener plena conciencia de las injusticias sociales y ánimo de búsqueda de una sabedora quimera de homeóstasis político-social que facilite una igualdad real a nivel global. Es cierto que a medida que pasan los años me doy cuenta, por una parte, que hay cuestiones de difícil solución, por la otra, en cambio, cuanto más aprendo y más cuestiones integro, más ejes de desigualdad incorporo a mi lista de movimientos para intentar cambiar el orden de las cosas.

La igualdad de género es una de las luchas (y ruego se me disculpe por el símil bélico, que no comparto), que debe defenderse con más urgencia. En la sociedad occidental, se supone que hombres y mujeres nacen libres e iguales pero los dogmas socioculturales acaban consumiendo a personas cuyas casuísticas ambientales influyen en gran medida en su salud. Este ambiente se entiende como el cómputo de los valores arraigados en el sistema, demandas relacionales, imposición de estereotipos... Las personas enferman a raíz del rechazo que estos inputs les genera.

En tercero de carrera comencé a plantearme qué temática abordar en el Trabajo Final de Grado (TFG). Como espectadora crítica de las injusticias y desigualdades sociales y admiradora absoluta del trabajo de enfermería, entendí que desde nuestra disciplina teníamos una gran responsabilidad y durante el verano previo al último curso, aproveché el tiempo libre al salir de trabajar para leer sobre el tema. Así descubrí cómo algo tan abstracto y

subrepticio podía trasladarse a un proceso mental y fisiológico. Empecé a investigar sobre la distinta influencia del medio en hombres y mujeres y las divergencias en su manifestación psicosomática.

Es así como, bajo la tutorización de la Dra. Marisa Panisello, surge el primer trabajo sobre el tema que nos ocupa, titulado "Factores psicosomáticos en relación a problemas de salud específicos: el género como factor determinante en su desarrollo", que obtuvo el premio a mejor TFG en materia de mujeres y género por el *Institut Català de les Dones* (ICD) y Campus *Terres de l'Ebre* (CTE) en 2017.

Al año siguiente continué trabajando la misma materia en el Trabajo Final del Máster oficial en Investigación en Ciencias de la Enfermería. Bajo la tutorización de la Dra. Maria Antonia Martorell se diseña un proyecto de investigación que aplicara los conocimientos adquiridos a la práctica. Consecutivamente y siguiendo este mismo hilo conductor, se inician los estudios doctorales, contando con la dirección de la misma Dra. Martorell y también de la Dra. Silvia Reverté. Junto a ellas he andado un camino pedregoso pero muy gratificante, que finaliza con la defensa oral de este manuscrito.

Así, esta tesis doctoral abarca de lo general a lo específico a medida que se va avanzando en las tres fases que lo componen. Al primer periodo de trabajo se le denominó *Fase 0 Exploratoria*, que consistió en recuperar los conocimientos relacionados que se podían encontrar en la literatura. De esta fase surgió la publicación de una revisión narrativa.

Tras obtener el informe de evaluación del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) con el código 20/157-P, se inició la *Fase I Descriptiva*, en la que se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de base poblacional de las cuatro comarcas que componen las *Terres de l'Ebre*, Cataluña. En octubre de 2022 se publicaron los resultados del análisis de la población con diagnósticos psicosomáticos desde la perspectiva de género.

De forma simultánea al análisis de los datos de la fase previa se inició la *Fase II Clínica*, en la que se reclutó un total de 180 sujetos de estudio que contestaron

una batería de cuestionarios a propósito de cumplir los objetivos marcados en el proyecto. Estos objetivos iban encaminados a conocer en mayor medida las características de la población con diagnóstico psicosomático y las diferencias que pudieran resaltarse entre hombres y mujeres. Los hallazgos derivados de este último estudio han dado lugar a un tercer artículo que actualmente se halla en proceso de revisión.

Se hace necesario destacar que el desarrollo de esta tesis ha podido tener lugar gracias al *Programa Martí i Franquès d'ajuts a la investigació* (convocatoria 2019PMF), beca cofinanciada que me fue concedida por la *Universitat Rovira i Virgili* (URV) y la *Diputació de Tarragona* (DIPTA), dirigida a la contratación de Personal Investigador Predoctoral en Formación (PIPF). También merecen especial mención el *Col·legi d'Infermeria de Tarragona* (CODITA) y la *Filial Terres de l'Ebre de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears*, quienes respectivamente contribuyeron económicamente a la publicación de uno de los artículos y premiaron este trabajo como mejor proyecto de investigación. Los distintos reconocimientos consiguen reforzar la ilusión de aquellos/as que nos iniciamos inconscientemente en el mundo de la investigación y la docencia. Sin duda, el premio *Talent Jove* en la categoría Activista otorgado por la *Societat Catalanobaleàr d'Infermeria* ha resultado crucial para impulsar los últimos esfuerzos para la compleción de este manuscrito.

Los hallazgos obtenidos a lo largo de las fases del proyecto ponen de manifiesto la importancia del contexto y sus determinantes psicosociales y culturales sobre hombres y mujeres de forma desigual. Con relación a mi propio *leitmotif*, se trata de un trabajo que nace de un ánimo de reivindicación, búsqueda de visibilidad desde la ciencia y del que se pretende que proporcione una base sólida y científica sobre la que trabajar de ahora en adelante.

Entre sus manos puede encontrar una manifestación académica de la necesidad de cambiar una sociedad que perjudica, de una forma u otra, a nuestra salud en todos los niveles.

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	5
PRÓLOGO	9
ÍNDICE DE CONTENIDO	13
ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS	16
ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....	18
RESUMEN DE LA TESIS DOCTORAL.....	19
DOCTORAL THESIS SUMMARY.....	23
RESUM DE LA TESI DOCTORAL	27
INTRODUCCIÓN.....	31
Capítulo 1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA-CONCEPTUAL	37
1.1 Contexto sociocultural y determinantes de la salud	39
1.1.1 Determinantes sociales de la salud	40
1.1.2 Determinantes psicológicos de la salud	43
1.1.3 Modelo biopsicosocial.....	44
1.1.4 Género como determinante e interseccionalidad	47
1.2 Perspectiva de género.....	49
1.2.1 Binomio sexo – género	50
1.2.2 Desigualdades sociales que ejercen como determinantes	56
1.3 Trastornos psicosomáticos (TPS)	63
1.3.1 Diagnósticos relacionados	69
1.3.2 El malestar de las mujeres	72
1.4 Morbilidad psicosomática diferencial en datos	74
1.4.1 Divergencias en la sintomatología desde edades tempranas.....	75
1.4.2 El patriarcado como vehiculizador del malestar.....	78
1.4.3 Estrategias de afrontamiento	80
1.4.4 Calidad de vida y salud mental.....	83

Capítulo 2. OBJETIVOS	87
2.1 Objetivo general.....	89
2.2 Objetivos específicos.....	89
Capítulo 3. METODOLOGÍA	91
3.1 Fase 0: Exploratoria	93
3.1.1. Diseño	93
3.1.2. Estrategia de búsqueda	93
3.1.3. Criterios de inclusión y exclusión	94
3.1.4. Tamaño de la muestra	95
3.1.5. Análisis de datos.....	95
3.2 Fase I: Descriptiva.....	96
3.2.1. Diseño.....	96
3.2.2. Ámbito y población de estudio.....	96
3.2.3. Procedimiento de muestreo y tamaño muestral	97
3.2.4. Criterios de inclusión y exclusión	98
3.2.5. Variables de estudio	104
3.2.6. Análisis de datos.....	106
3.2.7. Aspectos éticos	106
3.3 Fase II: Clínica.....	107
3.3.1. Diseño.....	107
3.3.2. Ámbito y población de estudio.....	107
3.3.3. Procedimiento del muestreo y tamaño de la muestra.....	108
3.3.4. Criterios de inclusión y exclusión	110
3.3.5 Instrumentos de recogida de datos	110
3.3.6. Variables de estudio	114
3.3.7. Análisis de datos.....	118
3.3.8. Aspectos éticos.....	119

Capítulo 4. RESULTADOS	121
4.1 Fase 0: Exploratoria	124
4.2 Fase I: Descriptiva.....	126
4.3 Fase II: Clínica	134
4.3.1. Características sociodemográficas de la muestra	134
4.3.2. Sintomatología psicopatológica y adecuación de la muestra.....	138
4.3.3 Puntuaciones en la calidad de vida en función de género.....	141
4.3.4. Comparación de las estrategias de afrontamiento en función de género	143
Capítulo 5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	145
Capítulo 6. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	155
Capítulo 7. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO	161
Capítulo 8. APORTACIONES Y ACTIVIDADES CIENTÍFICAS	165
8.1 Producción científica relacionada con la tesis doctoral	167
Publicaciones	167
Premios y reconocimientos.....	168
Difusión y colaboraciones	168
8.2 Otras actividades y producciones	170
Publicaciones	170
Difusión y colaboraciones	170
Estancias de movilidad internacional.....	171
Docencia en Ciencias de la Salud	172
Capítulo 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	173
Capítulo 10. ANEXOS	191
Anexo 1: Categorías diagnósticas según el CIE-10-ES y agrupaciones.....	193
Anexo 2: Informe Comité Ético de Investigación Clínica.....	199
Anexo 3: Correo tipo de bienvenida e invitación a la participación del Estudio ERICA (Fase II)	201
Anexo 4: Cuestionario Estudio ERICA – Terres de l'Ebre	203

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1. Teoría ecológica de Bronfenbrenner	41
Figura 2. Modelo de la Comisión Nacional para las Desigualdades en Salud en España	42
Figura 3. Modelo biopsicosocial aplicado al sexo/género	45
Figura 4. Modelo hipotético de estrés, vulnerabilidad y Acontecimientos Vitales (AV)	46
Figura 5. Descripción gráfica de la perspectiva teórica de análisis de los ejes de desigualdad	48
Figura 6. Factores que contribuyen a las disparidades de género en salud	50
Figura 7. Diferenciación básica de las categorías sexo-género	52
Figura 8. Niveles de expresión del Sistema de Género Social	55
Figura 9. Ligazón del neuropéptido y el receptor de opiáceos	66
Figura 10. Relación entre percepción positiva del estado de salud y la clase social ocupacional en España, 2017	85
Figura 11. Mapa de la ubicación de la Región Sanitaria Terres de l'Ebre en Catalunya y su distribución por comarcas	96
Figura 12. Distribución de la muestra por comarca y sexo	97
Figura 13. Diagrama de selección de los casos incluidos en el estudio	103
Figura 14. Ubicación del CAP BE en la Región Sanitaria de Terres de l'Ebre	107
Figura 15. Diagrama de flujo de la obtención de la muestra	109

Tabla 1. Proporción de excedencias en el Estado Español 2021	57
Tabla 2. Estrategias de búsqueda en las bases de datos electrónicas	94
Tabla 3. Diagnósticos (CIE-10-ES) incluidos en el estudio y etiqueta diagnóstica	99
Tabla 4. Variables de estudio de la Fase II	115
Tabla 5. Características sociodemográficas de los participantes	127
Tabla 6. Asociación entre las categorías diagnósticas y el sexo de la población de estudio	128
Tabla 7. Modelos de regresión logística de la agrupación de las categorías diagnósticas	131
Tabla 8. Características sociodemográficas de los y las participantes	135
Tabla 9. Diferencias entre hombres y mujeres en las escalas e índices del LSB-50 en pacientes psicopatológicos	140
Tabla 10. Diferencias en las dimensiones del EQ-5D-5L entre participantes	142
Tabla 11. Modelo de regresión logística de las dimensiones agrupadas	143
Tabla 12. Diferencias en las estrategias de afrontamiento en función de género.	144

ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

AP	Atención Primaria
APA	<i>American Psychiatric Association</i> [Asociación Americana de Psiquiatría]
AV	Acontecimientos Vitales
CAP BE	<i>Centre d'Atenció Primària Baix Ebre</i>
CIE-10-ES	Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª ed.
CIE-11-ES	Clasificación Internacional de Enfermedades 11ª ed.
CEIC	Comité Ético de Investigación Clínica
COPE-28	<i>Brief Cope Orientation to Problem Experience</i>
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> 4 th ed. [Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 4ª ed.]
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> 5 th ed. [Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 5ª ed.]
e-CAP	<i>Estació Clínica d'Atenció Primària</i>
Estudio ERICA	Estudio EbRe y psicosomática
EQ-5D-5L	<i>5-level EuroQol 5-dimensional Questionnaire</i>
HPA	Hipotálamo- hipofisario-adrenal
IMB SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i> [Paquete Estadístico para las Ciencias sociales]
ICS	<i>Institut Català de la Salut</i>
LSB-50	Listado de Síntomas Breve
OMS / WHO	Organización Mundial de la Salud / <i>World Health Organization</i>
RN	Revisión narrativa
PR	Problema relacionado (con)
S/s	Signos y síntomas
TCA	Trastorno de la conducta alimentaria
TPS	Trastornos psicosomáticos

RESUMEN DE LA TESIS DOCTORAL

Introducción

Los trastornos psicosomáticos (TPS) pueden desarrollarse de forma desigual en función de algunos determinantes de la salud. Su estudio resulta complejo teniendo en cuenta las dificultades en su definición, la pluralidad de acepciones, y la falta de consenso a nivel diagnóstico. Sin embargo, la esencia propia de la corriente psicosomática radica en la interacción de la persona con los factores biológicos, psicológicos/emocionales y sociales.

Son múltiples las desigualdades sociales y culturales que ejercen como determinantes de la salud y contribuyen a un desarrollo desigual de patologías típicamente caracterizadas por su connotación psicosomática. En cuestión de género, fenómenos como la precariedad laboral femenina, la presión estética y/o de feminidad, la subordinación heredada o la perpetuación de roles, entre otros, propician en gran medida el desarrollo de malestares cuya expresión final resulta el desarrollo de patologías o manifestaciones diversas sin un origen orgánico aparente. Indicadores como las desigualdades en la prevalencia de la autopercepción de la calidad de vida, el malestar emocional percibido o el riesgo de desarrollo de psicopatología, sugieren que efectivamente, las mujeres parten de una carga ambiental más desfavorecida. Por otra parte, la manifestación psicopatológica y las estrategias de afrontamiento empleadas frente a acontecimientos adversos, ambas fuertemente influenciadas por la socialización primaria, tampoco son parejas entre géneros.

Ante la inherente influencia del medio sobre el proceso salud-enfermedad y la vulnerabilidad femenina heredada de los condicionantes histórico y político-sociales, se hace imprescindible el estudio del proceso psicosomático para abrir camino al conocimiento de un abordaje de la salud más integral, desde la perspectiva de género e interseccional.

Objetivos

El principal objetivo de este estudio fue analizar los determinantes psicosociales y culturales que puedan constituir un riesgo para el desarrollo de TPS con diferencia de género. Como objetivos específicos, se definió describir los factores psicosociales y culturales que puedan determinar los procesos psicosomáticos, así como la influencia que el género tiene sobre el desarrollo de los TPS y reflexionar sobre su abordaje. También se planteó estudiar la prevalencia de los TPS y las diferencias según la edad y el sexo en una zona no urbana, definir el perfil psicosocial de las personas más vulnerables al desarrollo de TPS y analizar la sintomatología psicosomática y los determinantes de la salud que puedan intervenir desde la perspectiva de género. Finalmente, el último objetivo específico, consistió en evaluar la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento de la población adulta con diagnóstico psicosomático en una zona rural de Cataluña.

Metodología

Esta tesis doctoral se ha llevado a cabo en tres fases diferenciadas. La primera, la *Fase 0: Exploratoria*, que consistió en una revisión narrativa crítica de la literatura, mediante la cual se abordaron los primeros objetivos del estudio con respecto a la recuperación de la literatura relacionada con la influencia del género en el desarrollo de los TPS. Se reunió contenido fundamentado sobre psicosomatización y malestares sin causa orgánica aparente que tuvieran en cuenta el género o aportaran fundamentación teórica. Se consultaron las bases de datos Dialnet, Scielo, Google Académico y CUIDEN, así como libros, documentos y análisis estadísticos de interés.

En la *Fase 1: Descriptiva*, se realizó un estudio descriptivo observacional retrospectivo de base poblacional, basado en los datos clínicos extraídos del e-CAP (*Estació Clínica d'Atenció Primària*). Se seleccionó la muestra a partir de la población perteneciente a la Región Sanitaria Terres de l'Ebre, mediante

muestreo intencional no probabilístico, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión definidos. Se incluyeron en la base de datos 33.680 sujetos de estudio que cumplían los requisitos (11.908 hombres y 21.772 mujeres) y se estudió la prevalencia de 201 diagnósticos de carácter psicosomático agrupados en 25 categorías diagnósticas, según sexo y grupos de edad.

En la *Fase II: Clínica*, se realizó un estudio observacional, transversal y analítico en 180 personas diagnosticadas de TPS del Centro de Atención Primaria Baix Ebre (CAP BE), centro ambulatorio del Institut Català de la Salut (ICS). Para alcanzar los objetivos propuestos, los y las participantes cumplieron un cuestionario sociodemográfico *ad hoc*, el Listado de Síntomas Breve (LSB-50), el Quality of Life Scale (EQ-5D-5L) y el Coping Scale (COPE-28).

Resultados

A partir de la ejecución de la *Fase 0: Exploratoria*, se seleccionan un total de diez artículos disponibles en red, cinco artículos en formato papel, ocho libros y monográficos y tres informes estadísticos. La literatura reflejó una notoria morbilidad diferencial y los hallazgos obtenidos contribuyeron a la detección y definición de las desigualdades perpetuadas en los factores psicosociales y culturales más influyentes sobre los trastornos psicosomáticos en función de género: las labores productivas y reproductivas, la distribución de los usos del tiempo, la imposición de los ideales de belleza, la construcción de la feminidad y la desvalorización social por sí misma.

En la *Fase I: Descriptiva*, se detectaron 33.680 sujetos con diagnósticos psicosomáticos (64.6% mujeres, 35.4% hombres). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo en 13 de las 25 las categorías diagnósticas definidas. Al analizarlas por edades, en la mayoría de estas categorías con significación, el hecho de ser mujer aumentaba la probabilidad de padecer los problemas de salud estudiados entre 1.23 y 10.85 veces más. Se

observó también que los grupos de edad con mayor frecuencia diagnóstica fueron los más elevados.

Finalmente, en la *Fase II: Clínica*, los resultados indicaron que las mujeres entre 45 y 64 años con un perfil socioeconómico bajo pueden ser más vulnerables al trastorno psicosomático, aunque la sintomatología psiquiátrica es más acentuada en los hombres. Las mujeres obtuvieron mayor probabilidad de padecer algún problema de movilidad (aOR = 2.76, $p = 0.024$), en las actividades de la vida diaria (aOR = 3.15, $p = 0.008$) y en el autocuidado (aOR = 9.30, $p = 0.034$), así como menor puntuación de salud autopercebida ($p = 0.002$). Las mujeres utilizaron el afrontamiento activo, desahogo y búsqueda de apoyo social como estrategias de afrontamiento, y los hombres desconexión conductual.

Conclusiones

Existen diferencias importantes en la morbilidad de los diagnósticos relacionados con los TPS. Aunque ser mujer supone un factor de riesgo para el desarrollo de TPS en la mayoría de las agrupaciones diagnósticas estudiadas, existen categorías en las que es el hombre quien tiene más riesgo. Mediante el análisis crítico de los resultados, se puede establecer relación de los hallazgos con circunstancias descritas por la literatura ligadas a cuestiones de género.

Además de lo anterior, el perfil de vulnerabilidad ante los TPS obtenido ha resultado femenino y de clase social poco favorecida, respaldando no solo, la desigualdad en cuestión de género, sino también desde la interseccionalidad.

Así, la calidad de vida y la autopercepción de la salud de las mujeres es menor entre las personas con TPS. Por el contrario, la sintomatología de los hombres es más severa. Finalmente, las estrategias de afrontamiento empleadas difieren según el género, resultando más desadaptativas en los varones. Todo ello respalda la necesidad de aplicar políticas públicas con perspectiva de género e interseccional y abordar el estado de salud de las personas de forma más individualizada e integral.

DOCTORAL THESIS SUMMARY

Introduction

Psychosomatic disorders (TPS) can develop unevenly depending on certain determinants of health. The study of TPS is complex due to the difficulties in its definition, the plurality of meanings, and the lack of diagnostic consensus. However, the essence of the psychosomatic field lies in the interaction between individuals and biological, psychological/emotional, and social factors.

There are multiple social and cultural inequalities that act as determinants of health and contribute to an uneven development of pathologies typically characterized by their psychosomatic nature. Regarding gender, phenomena such as precarious work, pressure related to aesthetics and femininity, inherited subordination, and the perpetuation of roles, among others, greatly contribute to the development of discomforts that manifest as pathologies or various manifestations without an apparent organic origin. Indicators such as inequalities in the prevalence of self-perceived quality of life, perceived emotional distress, or the risk of developing psychopathology suggest that women indeed face a more disadvantaged environmental burden. Additionally, the manifestation of psychopathology and the coping strategies employed in response to adverse events, both strongly influenced by primary socialization, differ between genders as well.

Given the inherent influence of the environment on the health-disease process and the vulnerability faced by women due to historical and socio-political conditions, it is essential to study the psychosomatic process to pave the way for a more comprehensive approach to health from a gender and intersectional perspective.

Objectives

The main objective of this study was to analyze the psychosocial and cultural determinants that may be a risk for the development of TPS with gender differences. To achieve this, the specific objectives were to describe the psychosocial and cultural factors that can determine psychosomatic processes, explore the influence of gender on the development of TPS and reflect on its approach. The study also aimed to examine the prevalence of TPS and differences based on age and sex in a non-urban area, define the psychosocial profile of individuals most vulnerable to TPS development, and analyze the psychosomatic symptoms and health determinants from a gender perspective. Lastly, the study aimed to evaluate the quality of life and coping strategies of the adult population diagnosed with psychosomatic disorders in a rural area of Catalonia.

Methodology

This doctoral thesis was conducted in three phases. In the first phase, *Phase 0: Exploratory*, a critical narrative review of the literature was conducted, addressing the initial objectives of the study related to the literature review on psychosomatization and unexplained discomfort considering gender as a factor. Relevant content on psychosomatic disorders and their gender-based foundations was gathered from sources such as Dialnet, Scielo, Google Scholar, CUIDEN databases, books, documents, and relevant statistical reports.

In *Phase 1: Descriptive*, a population-based retrospective observational study was conducted, using clinical data extracted from the e-CAP database (Estació Clínica d'Atenció Primària). The sample was selected from the population residing in the Terres de l'Ebre Health Region, using intentional non-probabilistic sampling following defined inclusion and exclusion criteria. The database included a total of 33,680 study subjects (11,908 men and 21,772 women), and the prevalence of 201 psychosomatic diagnoses grouped into 25 diagnostic categories was studied according to sex and age groups.

In *Phase II: Clinical*, an observational, cross-sectional, and analytical study was conducted on 180 people diagnosed with TPS at the Baix Ebre Primary Care Center (CAP BE), an outpatient center of the Catalan Health Institute (ICS). To achieve the proposed objectives, the participants completed a custom sociodemographic questionnaire, the Brief Symptoms List (LSB-50), the Quality of Life Scale (EQ-5D-5L), and the Coping Scale (COPE-28).

Results

During *Phase I: Exploratory*, a total of ten articles available online, five articles in paper format, eight books and monographs, and three statistical reports are selected. The literature reflected notorious differences in morbidity and the findings contributed to the identification and definition of the influential psychosocial and cultural factors that perpetuate inequalities in psychosomatic disorders based on gender. These factors include productive and reproductive work, time distribution, the imposition of beauty ideals, the construction of femininity, and social devaluation.

In *Phase I: Descriptive*, a total of 33,680 subjects with psychosomatic diagnoses were identified (64.6% women, 35.4% men). Statistically significant differences by sex were found in 13 out of the 25 defined diagnostic categories. When analyzing them by age, in most of these categories, being a woman increased the probability of experiencing the studied health problems by 1.23 to 10.85 times more. It was also observed that the oldest age groups had the highest diagnostic frequency.

Finally, in Phase II: Clinical, the results indicated that women between 45 and 64 years of age with a low socioeconomic profile may be more vulnerable to psychosomatic disorders, although psychiatric symptoms are more pronounced in men. Women were more likely to experience mobility problems (aOR = 2.76, $p = 0.024$), difficulties in activities of daily living (aOR = 3.15, $p = 0.008$), self-care challenges (aOR = 9.30, $p = 0.034$), and lower self-perceived health scores ($p =$

0.002). Women tended to use active coping, venting, and seeking social support as coping strategies, while men leaned towards behavioral disconnection.

Conclusions

There are significant differences in the morbidity of diagnoses related to TPS. While being a woman is a risk factor for the development of TPS in most of the diagnostic groups studied, there are categories in which men are at higher risk. Through a critical analysis of the results, a relationship can be established between the findings and the circumstances described in the literature related to gender issues.

Furthermore, the vulnerable profile associated with TPS was found to be female and from a disadvantaged social class, indicating not only gender inequality but also intersectional factors.

The quality of life and self-perception of women's health were lower among individuals with TPS, whereas men exhibited more severe symptoms. Lastly, coping strategies varied by gender, being more maladaptive coping mechanisms in men. These findings support the need to apply public policies with a gender and intersectional perspective and to address the health status of people in a more personalized and comprehensive manner.

RESUM DE LA TESI DOCTORAL

Introducció

Els trastorns psicosomàtics (TPS) poden desenvolupar-se de manera desigual en funció d'alguns determinants de la salut. El seu estudi resulta complex tenint en compte les dificultats en la seva definició, la pluralitat d'accepcions, i la falta de consens a nivell diagnòstic. No obstant això, l'essència pròpia del corrent psicosomàtic consisteix en la interacció de la persona amb els factors biològics, psicològics/emocionals i socials.

Són múltiples les desigualtats socials i culturals que exerceixen com a determinants de la salut i contribueixen a un desenvolupament desigual de patologies típicament caracteritzades per la seva connotació psicosomàtica. En qüestió de gènere, fenòmens com la precarietat laboral femenina, la pressió estètica i/o de feminitat, la subordinació heretada o la perpetuació de rols, entre altres, propicien en gran manera el desenvolupament de malestars l'expressió final dels quals resulta el desenvolupament de patologies o manifestacions diverses sense un origen orgànic aparent. Indicadors com les desigualtats en la prevalença de l'autopercepció de la qualitat de vida, el malestar emocional percebut o el risc de desenvolupament de psicopatologia, suggereixen que efectivament, les dones parteixen d'una càrrega ambiental més desfavorida. D'altra banda, la manifestació psicopatològica i les estratègies d'afrontament emprades enfront d'esdeveniments adversos, ambdues fortament influenciades per la socialització primària, tampoc són parelles entre gèneres.

Davant la inherent influència del medi sobre el procés salut-malaltia i la vulnerabilitat femenina heretada dels condicionants històric i polític-socials, es fa imprescindible l'estudi del procés psicosomàtic per a obrir camí al coneixement d'un abordatge de la salut més integral, des de la perspectiva de gènere i interseccional.

Objectius

El principal objectiu d'aquest estudi va ser analitzar els determinants psicosocials i culturals que puguin constituir un risc per al desenvolupament de TPS amb diferència de gènere. Com a objectius específics, es va definir descriure els factors psicosocials i culturals que puguin determinar els processos psicosomàtics, així com la influència que el gènere té sobre el desenvolupament dels TPS i reflexionar sobre el seu abordatge. També es va plantejar estudiar la prevalença dels TPS i les diferències segons l'edat i el sexe en una zona no urbana, definir el perfil psicosocial de les persones més vulnerables al desenvolupament de TPS i analitzar la simptomatologia psicosomàtica i els determinants de la salut que puguin intervenir des de la perspectiva de gènere. Finalment, l'últim objectiu específic va consistir en avaluar la qualitat de vida i les estratègies d'afrontament de la població adulta amb diagnòstic psicosomàtic en una zona rural de Catalunya.

Metodologia

Aquesta tesi doctoral s'ha dut a terme en tres fases diferenciades. En la primera d'elles, la *Fase 0: Exploratòria*, es va realitzar una revisió narrativa crítica de la literatura, mitjançant la qual es van abordar els primers objectius de l'estudi respecte a la recuperació de la literatura relacionada amb el tema que ens aborda. Es va reunir contingut fonamentat sobre psicosomatització i malestars sense causa orgànica aparent que tinguessin en compte el gènere o aportin fonamentació teòrica. Es van consultar les bases de dades Dialnet, Scielo, Google Acadèmic i CUIDEN, així com llibres, documents i anàlisis estadístiques d'interès.

En la *Fase I: Descriptiva*, es va dur a terme un estudi descriptiu observacional retrospectiu de base poblacional, basat en les dades clíniques extretes de l'e-CAP (Estació Clínica d'Atenció Primària). Es va seleccionar la mostra a partir de la població pertanyent a la Regió Sanitària Terres de l'Ebre, mitjançant mostreig intencional no probabilístic, seguint els criteris d'inclusió i exclusió definits. Es

van incloure en la base de dades 33.680 subjectes d'estudi que complien els requisits (11.908 homes i 21.772 dones) i es va estudiar la prevalença de 201 diagnòstics de caràcter psicosomàtic agrupats en 25 categories diagnòstiques, segons sexe i grups d'edat.

En la *Fase II: Clínica* es va realitzar un estudi observacional, transversal i analític en 180 persones diagnosticades de TPS del Centre d'Atenció Primària Baix Ebre (CAP BE), centre ambulatori del Institut Català de la Salut (*ICS). Per aconseguir els objectius proposats, els i les participants van emplenar un qüestionari sociodemogràfic ad hoc, el Llistat de Síntomes Breu (LSB-50), el Quality of Life Scale (EQ-5D-5L) i el Coping Scale (COPE-28).

Resultats

A partir de l'execució de la *Fase I: Exploratòria*, se seleccionen un total de deu articles disponibles en xarxa, cinc articles en format paper, vuit llibres i monogràfics i tres informes estadístics. La literatura va reflectir una notòria morbiditat diferencial i les troballes obtingudes van contribuir a la detecció i definició de les desigualtats perpetuades en els factors psicosocials i culturals més influents sobre els trastorns psicosomàtics en funció de gènere: les labors productives i reproductives, la distribució dels usos del temps, la imposició dels ideals de bellesa, la construcció de la feminitat i la desvaloració social per si mateixa.

En la *Fase I: Descriptiva* es van detectar 33.680 subjectes amb diagnòstics psicosomàtics (64.6% dones, 35.4% homes). Es van trobar diferències estadísticament significatives per sexe en 13 de les 25 categories diagnòstiques definides. En analitzar-les per edats, en la majoria d'aquestes categories amb significació, el fet de ser dona augmentava la probabilitat de patir els problemes de salut estudiats entre 1.23 i 10.85 vegades més. Es va observar també que els grups d'edat amb major freqüència diagnòstica van ser els més elevats.

Finalment, en la *Fase II: Clínica* els resultats van indicar que les dones entre 45 i 64 anys amb un perfil socioeconòmic baix poden ser més vulnerables al trastorn psicossomàtic, encara que la simptomatologia psiquiàtrica és més accentuada en els homes. Les dones van obtenir major probabilitat de patir algun problema de mobilitat ($aOR = 2.76, p = 0.024$), en les activitats de la vida diària ($aOR = 3.15, p = 0.008$) i en l'autocura ($aOR = 9.30, p = 0.034$), així com menor puntuació de salut autopercebuda ($p = 0.002$). Les dones van utilitzar l'afrontament actiu, alleujament i cerca de suport social com a estratègies d'afrontament, i els homes desconexió conductual.

Conclusions

Existeixen diferències importants en la morbiditat dels diagnòstics relacionats amb els TPS. Encara que ser dona suposa un factor de risc per al desenvolupament de TPS en la majoria d'agrupacions diagnòstiques estudiades, existeixen categories en les quals és l'home qui té més risc. Mitjançant l'anàlisi crítica dels resultats, es pot establir relació de les troballes amb circumstàncies descrites per la literatura lligades a qüestions de gènere.

A més de l'anterior, el perfil de vulnerabilitat davant els TPS obtingut ha resultat femení i de classe social poc afavorida, recolzant no sols, la desigualtat en qüestió de gènere, sinó també des de la interseccionalitat.

Així, la qualitat de vida i l'autopercepció de la salut de les dones és menor entre les persones amb TPS. Per contra, la simptomatologia dels homes és més severa. Finalment, les estratègies d'afrontament emprades difereixen segons el gènere, resultant més desadaptatives en els homes. Tot això recolza la necessitat d'aplicar polítiques públiques amb perspectiva de gènere i interseccional i abordar l'estat de salut de les persones de forma més individualitzada i integral.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Existen numerosos condicionantes históricamente perpetuados en nuestro contexto que ejercen como determinantes de salud, influyendo de múltiples y diversas formas sobre estado de salud y enfermedad de las personas (Moreno Preciado, 2021). El género, como construcción social del sexo, y las desigualdades que lo acompañan ejercen como factores de vulnerabilidad específicos sobre la salud de las personas, y especialmente de las mujeres, tanto física, psicológica como emocionalmente (Casado Mejía & García-Carpintero Muñoz, 2018; Gismero González, 2008; Herrera Salinas, 2005).

Desde un enfoque psicosomático, la influencia de este contexto puede dar lugar a múltiples problemas de salud. A grandes rasgos, la psicopatización podría definirse como el proceso mediante el cual las emociones experimentadas y generadas a partir de las influencias ambientales se expresan en forma de malestares y problemas de salud (Fava et al., 2017; Marty, 2013). Esto puede dar lugar a patologías sin causa orgánica aparente, en cuyo desarrollo juegan un papel fundamental estos factores psicosociales que envuelven a la persona y posibles sucesos vitales estresantes a los que se haya visto sometida (Gutiérrez Sevilla, 2008; Marty, 2013; Velasco et al., 2006).

La corriente psicosomática 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 allá de la noción vigente (Velasco et al., 2006). El remanente del paradigma biomédico, aun arraigado, se puede percibir en la práctica sanitaria de muchos/as profesionales, cuyo entendimiento del binomio salud-enfermedad es reduccionista y ello repercute en un abordaje superficial e insuficiente (Gervás & Pérez-Fernández, 2016).

Cuando se habla de la influencia del medio sobre la salud de las personas, la tendencia en cuestión de género es a culpabilizar a los roles históricamente perpetuados. El hecho de que ejercen como agentes hirientes de la salud de las

mujeres está ampliamente estudiado y justificado por múltiples estudios (Casado Mejía & García-Carpintero Muñoz, 2018; Valls Llobet, 2022; Velasco Arias, 2009; Velasco et al., 2006). No obstante, los nuevos estilos de vida también generan cambios que afectan particularmente a la mujer (Moreno Preciado, 2021) y a través de los mismos mecanismos opresores pero con relación a la construcción de la masculinidad, también al hombre (Glozah & Pevalin, 2017).

La impregnación sociocultural en las desigualdades de género puede identificarse en muchos ámbitos que funcionan finalmente como determinantes de la salud. Estos influyen directa o indirectamente en la salud individual y colectiva de los sujetos que la forman. La literatura refleja el vínculo entre el medio y el proceso de salud-enfermedad-atención, cuyos condicionantes psicosociales ejercen particularmente como factores de vulnerabilidad. De esta forma, los roles de género, los estereotipos, los ideales de belleza, la subordinación o el modelo de feminidad son determinantes en la asunción de distintos estilos de vida, problemas de salud, acceso a la sanidad o incluso la mortalidad (Cabezas-Rodríguez et al., 2021; Casado Mejía & García-Carpintero Muñoz, 2018; Tortosa Salazar et al., 2015; Valls Llobet, 2022; Velasco Arias et al., 2007).

La salud física, emocional, mental o social se hayan en consonancia, por lo que la alteración de una afecta a las demás. Por ejemplo, personas con problemas de salud de carácter ansioso tienen mayor probabilidad de padecer alguna manifestación somática concomitante como cefaleas (4,2 veces más riesgo), cardiopatías (3,9), enfermedades osteomusculares (3,8) y enfermedades digestivas (Velasco Arias, 2009).

Los procesos hormonales e intrapsíquicos vinculados a la vivencia y simbolización de la diferencia sexual también son determinantes en la salud de las mujeres, y no solo el género como construcción social. Esta diferencia inherente conlleva una predisposición del género femenino al desarrollo de trastornos psicosomáticos, que posteriormente se ve potenciada por los dogmas socioculturales de la sociedad en que se ve envuelta (Herrera Salinas, 2005; Martínez Benlloch, 2007; Pavlova, 2017). Por otro lado, la etiología

multifactorial de los trastornos psicosomáticos también contempla otras características individuales relacionadas con los recursos de afrontamiento (González Ramírez & Landero Hernández, 2008). La infravaloración de la sociedad patriarcal hacia la categoría femenina frente a la dominancia social masculina ejerce una presión que resulta clave en el proceso psicosomático, condicionando la percepción de los eventos adversos, la respuesta emocional y las estrategias de afrontamiento empleadas. Las mujeres tienden a experimentar fuertes inhibiciones conductuales y de pensamiento asociadas a diferentes respuestas emocionales negativas, véase la ansiedad, el miedo o la ira, que generan un importante malestar personal (González Ramírez & Landero Hernández, 2006; Mingote Adán, 2000).

Los estudios de género y la perspectiva empleada en el análisis de la realidad en que se desarrollan los fenómenos de estudio se hacen completamente necesarios. Partir de la teoría feminista y una visión crítica permite incidir en los aspectos discriminatorios del sistema social de género como determinantes de desigualdad social (Astelarra, 2005). La incorporación de esta mirada en la disciplina enfermera y otros profesionales de la salud conllevaría grandes avances en múltiples niveles.

De este modo, la tesis presentada pretende ahondar en el entendimiento de estos aspectos para contribuir, en última instancia, a la mejora asistencial, previa aportación a la sensibilización, contribución científica y actualización del tema.

Esta tesis consta de diversos capítulos y apartados siguiendo la estructura del trabajo monográfico, que pretenden reflejar su proceso de realización. En el primer capítulo se expone la fundamentación teórica y conceptual más relevante para poner en contexto al o la lector/a. Este capítulo se subdivide en apartados que ayudan a la comprensión de la terminología, el recorrido histórico o las casuísticas en relación con los conceptos que se trabajarán más adelante en la aplicación de las fases de esta investigación.

En el segundo capítulo quedan descritos los objetivos que determinan el estudio. Seguidamente, en el tercer capítulo se describe al detalle la metodología empleada para el alcance de dichos objetivos y el cuarto capítulo expone los resultados obtenidos a partir de su ejecución. La subdivisión específica de los capítulos 3 y 4 en función de las fases que componen el estudio, ayuda a relacionar individualmente las estrategias metodológicas utilizadas con los hallazgos obtenidos a partir de su puesta en marcha. Por otro lado, la presentación conjunta de la discusión de los resultados en el capítulo 5 favorece la concepción del estudio como un todo, bajo un mismo hilo conductor.

Tras la interpretación de los resultados realizada, en el capítulo 6 se exponen las limitaciones y futuras líneas de investigación. Las conclusiones del estudio se definen en el séptimo capítulo de forma esquematizada y bajo el mismo prisma unificado.

Finalmente, en el capítulo 9 se citan las fuentes bibliográficas empleadas y en el capítulo 10, se adjuntan los anexos que se han creído pertinentes para la compleción de esta investigación.

Capítulo 1

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA-CONCEPTUAL

1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA-CONCEPTUAL

La manifestación de los trastornos psicosomáticos (TPS) y la importancia que el género puede tener en su desarrollo se sustenta sobre una base social y cultural construida de forma colectiva. Para llegar a su entendimiento se hace necesario conocer cómo se entrelazan los determinantes que componen esta construcción, su funcionamiento, estratificación y particularidades. Solo mediante el análisis minucioso y desde la perspectiva de género se hace posible detectar la trasmutación del malestar social al malestar individual.

1.1 Contexto sociocultural y determinantes de la salud

El sistema sociocultural contemporáneo se halla sujeto a múltiples condicionantes históricamente perpetuados. Éstos ejercen como determinantes de salud influyendo de múltiples y diversas formas sobre el estado de las personas que se ven influenciadas por dicho entorno (Moreno Preciado, 2021). La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO) justificó y describió en un informe en 2008 los determinantes sociales de la salud a cuyo consenso se había alcanzado después de muchos años de debate al respecto (Frank et al., 2020; World Health Organization, 2008). La definición de los mismos facilitó que se comenzara a analizar de forma más minuciosa e introducir propuestas de mejora con el objetivo de reducir las inequidades en salud (World Health Assembly, 2009).

Así, se dispuso que la educación, la economía, las condiciones laborales, la posición social, la vivienda o el acceso a la sanidad, entre otras, eran claves en el desarrollo, pronóstico y abordaje de múltiples problemas de salud, por lo que se requería una intervención urgente para equiparar las diferencias (World Health Organization, 2008). También el género fue descrito como uno de los pilares fundamentales que requerían acciones regulatorias para igualar las condiciones de salud, y que, de forma interseccional, aparecía como potenciador en muchos de los otros.

1.1.1 Determinantes sociales de la salud

Según la OMS, los determinantes sociales de la salud son *aquellas circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas*. La desigual distribución de estos determinantes en la población genera desigualdades sociales en salud injustas, sistemáticas y evitables. Ejemplos de ello son las condiciones laborales, económicas, de clase social, género, etnia, edad o territorio (Subdirección General de Promoción Prevención y Calidad, 2021; World Health Assembly, 2009).

A partir de este consensuado punto de partida propiciado por la OMS, las inquietudes en cuestión de los factores moduladores de la salud en general y el género en particular han ido reajustándose a las corrientes imperantes y las realidades de la sociedad contemporánea, requiriendo un abordaje más interseccional (Bacigalupe et al., 2020; Braveman & Gottlieb, 2014; Frank et al., 2020).

La concepción de la importancia del ambiente sobre la salud de las persona radica en los estudios realizados por Bronfenbrenner (1979), quien a partir de su *teoría ecológica* estableció un marco de estudio de la confluencia de estos determinantes (Cortés Pascual, 2004). Este modelo trataba de dar explicación tanto a teorías del aprendizaje o desarrollo humano como a su interacción dinámica con lo que más tarde entenderíamos como determinantes de la salud.

Los cuatro sistemas que componen el modelo definen desde el entorno más inmediato de la persona hasta el orden cultural más amplio (Figura 1). Todos ellos se influyen sinérgicamente de forma que, dado que la persona se encuentra en el centro de los sistemas, recibe el influjo de los mismos de forma inherente (Cortés Pascual, 2004).

Cada sistema expuesto de manera seriada contiene al siguiente de forma fluida y representa que, el mayor de ellos, el macrosistema, está compuesto por las creencias o valores de la sociedad. Un paso más allá, el exosistema lo forman los modelos, corrientes de pensamiento, leyes y tendencias institucionales,

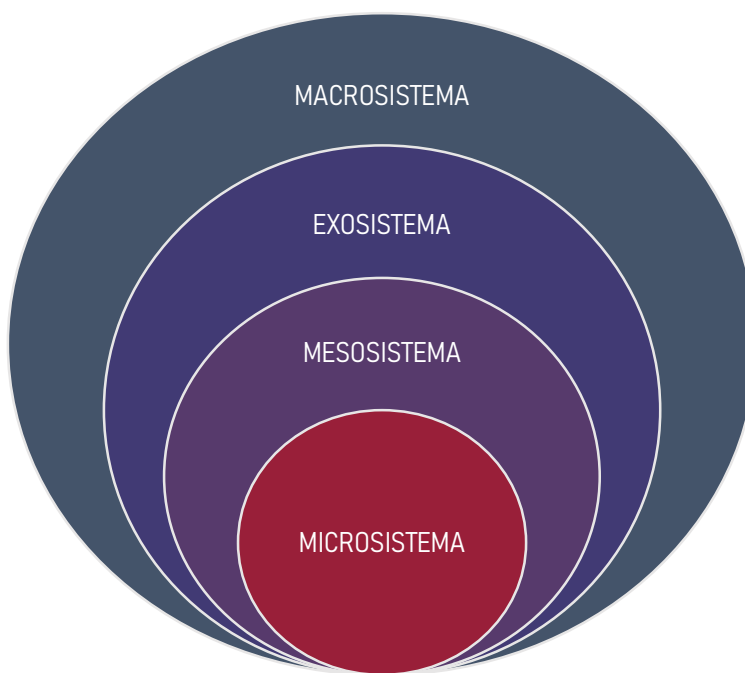


Figura 1. Teoría ecológica de Bronfenbrenner. Fuente: Elaboración propia a partir de Cortés Pascual, 2004.

y abarca el mesosistema, donde confluyen dos o más microsistemas (familia, instituciones, organizaciones y recursos más inmediatos). Finalmente, el microsistema, es el nivel más inmediato, pero igual de complejo, que representaría el núcleo más próximo o el/la individuo final.

La teoría ecológica ha sido ampliamente utilizada, modificada y ajustada. Como ya se ha expuesto, fue años más tarde cuando la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud realizó la famosa convención que puso nombre a los principales ejes de influencia sobre la salud (World Health Assembly, 2009). No obstante, desde ese momento en adelante, el entendimiento y previsión de abordaje de los mismos no ha dejado de verse modificado por las casuísticas histórico-temporales y avances científicos al respecto (Braveman & Gottlieb, 2014; Schuler et al., 2021).

Así, la Comisión Nacional para las Desigualdades en Salud (2012) propuso un análisis mejorado de las propuestas que se habían ido configurando históricamente con relación a los determinantes de la salud que podían dar lugar a desigualdades (Figura 2).



Figura 2. Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud, de la Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades en Salud en España (2012). Fuente: Ministerio de Sanidad (2021).

Este modelo combina los ejes de desigualdad dentro de una dinámica de sistemas de inequidad de poder en el cual se tienen en cuenta múltiples factores precipitantes de las mismas desigualdades en salud (Daponte Codina et al., 2019). Así, las condiciones socioeconómicas, políticas y culturales impactan también – como ya había esbozado Bronfenbrenner en 1979– en el estado de salud de las personas en función del entorno.

La Comisión categoriza, de este modo, los determinantes sociales de la salud en tres bloques: 1) demográficos, 2) estructurales de contexto socioeconómico y político e 3) intermedios. El primer elemento tiene un peso importante por sí mismo al ser un condicionante básico en la repartición de recursos y oportunidades. El segundo está relacionado con políticas gubernamentales y otros factores económicos (protección social y servicios sociales, educación, vivienda, sanidad, dependencia, mercado de trabajo, tradición política, desigualdad de renta y pobreza) y también valores sociales y culturales sobre las que sostienen dichas políticas (cohesión social, participación cultural,

deportiva o espiritual en la comunidad...). Finalmente, el tercer elemento de determinantes intermedios engloba los factores psicosociales, servicios de salud y otros recursos materiales que pueden condicionar el estado de salud de las personas (ingresos y situación económica, empleo y trabajo, vivienda y situación material, entorno residencial y trabajo doméstico y de cuidados) (Daponte Codina et al., 2019).

Caracterizándose por su practicidad, el actual modelo conceptual permite visualizar con claridad la multicausalidad estructural del desarrollo de los problemas de salud.

1.1.2 Determinantes psicológicos de la salud

No solo el entorno, aún con sus múltiples formas de influencia, es el único modulador del estado de salud-enfermedad, también lo es la forma en que las personas entienden, procesan y responden a la información que nos rodea. Se encuentran dentro de estos determinantes factores conductuales, cognitivos, emocionales y de personalidad, que tienen especial importancia en el impacto del resto de determinantes de la salud (Oblitas, 2008).

Los factores conductuales divergen en aquellas conductas orientadas a la salud y aquellas orientadas a la enfermedad. Las primeras son aquellos comportamientos que favorecen al bienestar mientras que las segundas se constituyen como factores de riesgo para la salud, problemas de salud inclusive (Honrubia & De Miguel, 2007). Éstas tienen relación con la actividad física, la alimentación, el descanso, el uso de sustancias, el entorno social, entre otras. Estas conductas van estrechamente ligadas a los factores cognitivos, ya que de éstos últimos depende el concepto que el sujeto tenga de la ejecución de las mismas, así como de su significado (creencias, razonamiento, motivación, control, percepción del riesgo...) (Oblitas, 2008).

Por lo que respecta a los factores emocionales, tienen un papel esencial en la regulación del proceso de salud-enfermedad, tanto como de desencadenante

como de resultado, a destacar el estrés, la ansiedad, la negación o la depresión. El vínculo de las emociones con la estructura social y cultural es indivisible, dado que surge como respuesta natural a la misma (Lazarus, 2000; Oblitas, 2008). También aquí surge el último elemento a tener en cuenta como determinante psicológico de la salud: la personalidad. Su conceptualización es abstracta pero la literatura coincide en que se trata de un conjunto de características psicofisiológicas que se expresan de forma inherente a través de la conducta e intervienen en la adaptación de la persona a las circunstancias devenidas por los determinantes contextuales (Honrubia & De Miguel, 2007; Oblitas, 2008).

Asimismo, existe una serie de comportamientos propios de la individualidad personal considerados influyentes de la salud, como lo son el sentido de coherencia, la fortaleza, la sensación de control, la disposición optimista y la autoestima y autoeficacia (Gil Roales-Nieto, 2004). Estos son susceptibles de modificación en gran medida por técnicas cognitivas, información y/o asesoramiento profesional. De ahí la importancia de su manejo y en la profilaxis de desarrollo de diferentes patologías, sobre todo, aquellas de salud mental (Gutiérrez Sevilla, 2008).

1.1.3 Modelo biopsicosocial

La concepción global de la salud no siempre tuvo en cuenta los determinantes citados anteriormente como factores influyentes de la misma. Previamente al modelo de entendimiento de los procesos de salud contemporáneo, el paradigma biomédico, amparado por el contexto sociohistórico, se sostenía en la separación del dualismo mente-cuerpo. Esta mirada reduccionista ignoraba la influencia de los determinantes psicosociales y culturales, estableciendo el foco etiológico únicamente en factores fisiológicos (Amigo Vázquez, 2020).

Fueron diversos los autores y las autoras que a lo largo de los años confrontaron la inconclusa concepción de la salud aun sabiendo de su complejidad. En 1977, Engel desarrolla la teoría del modelo biopsicosocial, en

que desmonta los fundamentos del modelo biomédico y describe los bloques que componen la salud: biológico, psicológico y social (Amigo Vázquez, 2020; Engel, 1977).

Partiendo de esta base, múltiples expertas teóricas adaptan el modelo biopsicosocial a las diferentes disciplinas. En la Figura 3 se puede observar el ejercicio esquemático de Barker para facilitar el entendimiento del sistema sexo-género desde la fundamentación biopsicosocial (Barker, 2019).

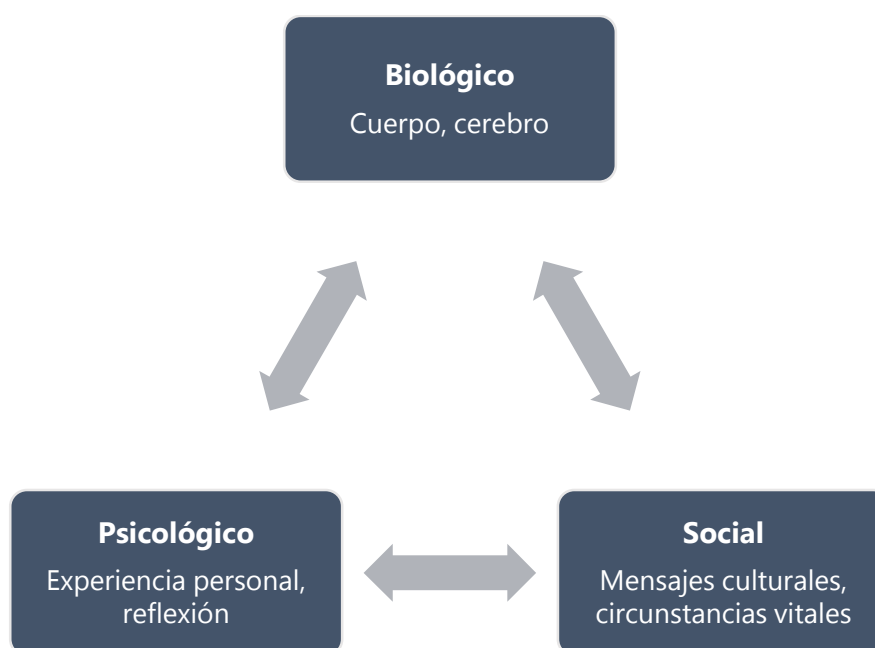


Figura 3. Modelo biopsicosocial aplicado al sexo/género. Fuente: Barker, 2019.

El alejamiento del modelo biomédico y adopción del biopsicosocial permite advertir cómo definitivamente los determinantes que más adelante se configurarían como sociales, culturales y psicológicos son una pieza clave en el desarrollo y evolución de todo tipo de malestares y problemas de salud, inclusive y especialmente, los psicosomáticos.

Dada la descrita variabilidad de factores que pueden intervenir en el estado de salud de los individuos, cabe mencionar que estas diferentes casuísticas se interrelacionan entre sí. Con ello se sabe que, a mayor número determinantes de riesgo esté expuesta una persona, más probable será verse frente a

problemas de desigualdad y que afecte a su salud de forma exponencial (Crenshaw, 2017; Fraser et al., 2019).

Cabe subrayar así la importancia de los hábitos psicosociales con relación al modelo de vulnerabilidad, que recoge la confluencia de los factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales ya citados. Según este modelo, la probabilidad de desarrollo psicopatológico y deterioro de la salud mental se asocia al acopio de acontecimientos vitales (AV) y agentes estresantes con relación a las características individuales, por lo que la mejora del entorno social, calidad de vida y estrategias de afrontamiento se hacen indispensables (Fava et al., 2017; Gutiérrez Sevilla, 2008; Teixeira et al., 2021).

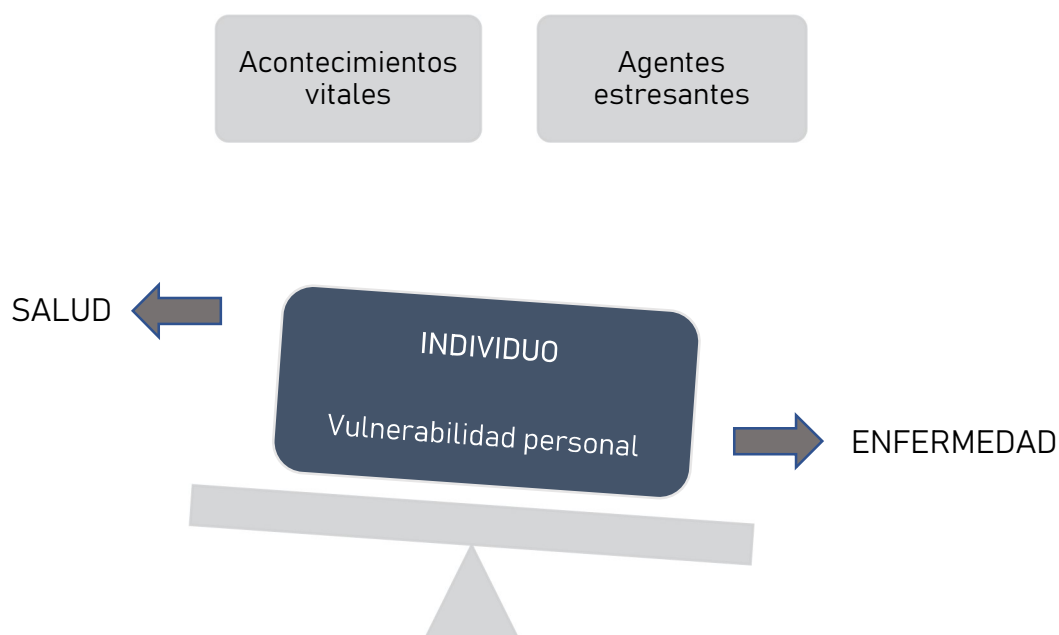


Figura 4. Modelo hipotético de estrés, vulnerabilidad y AV. Fuente: Gutiérrez Sevilla, 2008.

Según Gutiérrez Sevilla (2008: 161): *Un sujeto que se debe enfrentar a amenazas y retos ordinarios y extraordinarios, en función de su capacidad de afrontamiento con una capacidad o incapacidad (vulnerabilidad) de mantener la salud, lleva a una probabilidad determinada de desequilibrar su estado de salud (física y mental). La naturaleza y la cuantía de las relaciones de estos factores aún no está determinada, y es una línea de estudio interesante para abordar la que probablemente sea la epidemia de los años venideros: la epidemia mental.*

Se aprecia así, la complejidad de la multicausalidad en los posibles desequilibrios del proceso salud-enfermedad, entendiendo también que estos “retos ordinarios y extraordinarios” a los que refiere la cita, pueden formar parte de dinámica habitual estructural. He aquí la confluencia entre los determinantes sociales como posibles desencadenantes, la cultura como vehiculizadora y los determinantes psicológicos como moduladores.

1.1.4 Género como determinante e interseccionalidad

La clase social, la etnia, la orientación sexual, la edad, el género o la procedencia, entre muchas otras, tejen redes entre sí que comportan circunstancias discriminatorias determinantes para la salud (Arias-de la Torre et al., 2019; Bacigalupe et al., 2020). Kimberlee Crenshaw desarrolla en 1989 un modelo teórico y metodológico de análisis de lo que ella denomina ejes de desigualdad, que finalmente tienen impacto en la salud (Figura 5). La interseccionalidad describe como la pertenencia a diferentes categorías sociales (entendidas como determinantes en salud) condiciona la posición de privilegio (factores protectores) u opresión (factores de riesgo) de las personas, como ya veníamos viendo en modelos de análisis previos (Crenshaw, 2017).

Teniendo en cuenta los diferentes aspectos que pueden generar desigualdad, es imprescindible tener en cuenta todas las casuísticas contextuales a la hora de diseñar y llevar a cabo estudios en el ámbito de la salud (Álvarez-Díaz, 2020; Crenshaw, 2017; Organización Panamericana de la Salud, 2010). Particularmente también, en el caso de las mujeres, quienes estadísticamente tienden a verse envueltas en determinantes psicosociales más proclives a ejercer como factores de riesgo que protectores por la mera herencia cultural (Fraser et al., 2019; Pont Martínez et al., 2010).

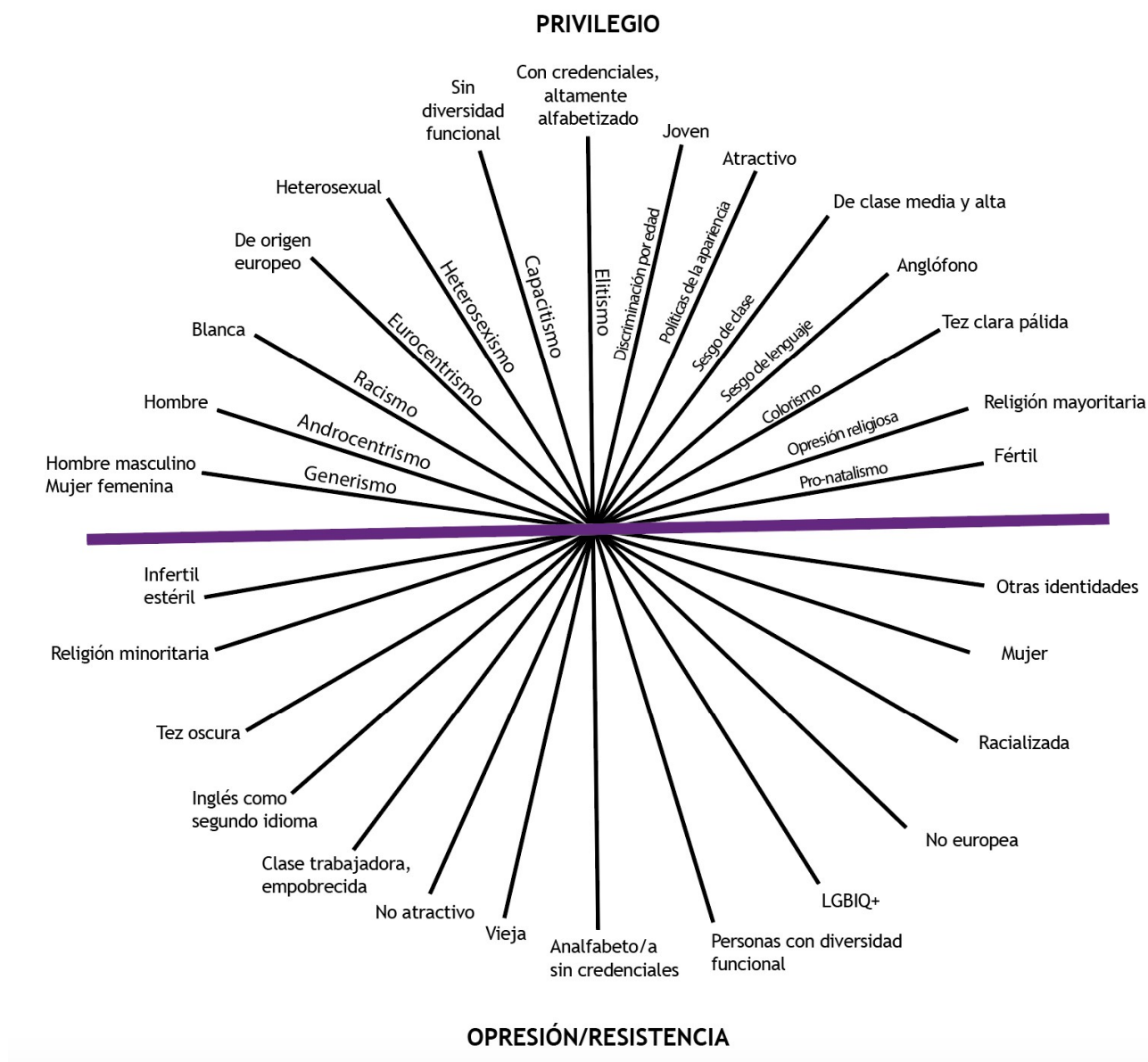


Figura 5. Descripción gráfica de la perspectiva teórica de análisis de los ejes de desigualdad.
Fuente: Kimberlee Crenshaw (2017).

La literatura suscribe la influencia que el contexto patriarcal supone precisamente sobre la figura de la mujer, generando una vulnerabilidad inicial ante las desigualdades y determinantes de la salud, agravados ulteriormente por otros tipos de discriminaciones contempladas desde la perspectiva interseccional (Arias-de la Torre et al., 2019; Fraser et al., 2019).

1.2 Perspectiva de género

Los estudios de género y la perspectiva de la que se parte para el análisis de la realidad en que se desarrollan los problemas de salud se hacen completamente necesarios con el fin de incidir en los aspectos discriminatorios del sistema social de género como determinantes de desigualdad social (Astelarra, 2005), los cuales ejercen un peso equivalente al factor biológico y social en la salud de las y los individuos.

Como se ha mencionado con anterioridad, la influencia cultural en las desigualdades de género puede identificarse en muchos ámbitos que funcionan, a su vez, como determinantes de salud. Llegados a este punto, se sabe que afectan de forma directa o indirecta en la salud individual y colectiva de los sujetos que la forman. En la actualidad, la sociedad occidental es predominantemente patriarcal, por lo que los condicionantes psicosociales de género ejercen como factores de vulnerabilidad, interviniendo en el estilo de vida, posible desarrollo de problemas de salud, acceso a la sanidad e incluso mortalidad (Casado Mejía & García-Carpintero Muñoz, 2018; Tortosa Salazar et al., 2015; Valls Llobet, 2022). En la Figura 6 se puede observar cómo particularmente, haciendo un análisis de los factores predisponentes de desigualdades la salud de las mujeres, existen múltiples condicionantes que podrían ubicarse en los determinantes de salud de los diferentes modelos previos descritos.

La importancia de la perspectiva de género en salud se ha visto por ejemplo en estudios sobre la salud cardiovascular. Histórica y colectivamente, se ha puesto el foco de los problemas cardiovasculares sobre el género masculino pero se ha visto que los condicionantes socioculturales elevan los niveles de estrés cardiovascular especialmente en mujeres (Stewart et al., 2018). Existe clara correlación psicosomática entre el estrés psicosocial y el posible desarrollo de alteraciones cardiovasculares (Hagström et al., 2018; Janson et al., 2022), a destacar los accidentes isquémicos y letales (Hagström et al., 2018). Este estrés derivado del contexto contempla, como se ha visto en otros trabajos, fenómenos

basados en la jerarquía y diferenciación de roles, como el cuidado, las relaciones sociales, la repartición del trabajo en el ámbito público y privado, discriminaciones y otros eventos estresantes (Stewart et al., 2018), con lo que se entrevé la posible relación entre el contexto social opresor y la clínica psicosomática femenina en sus distintas vertientes.

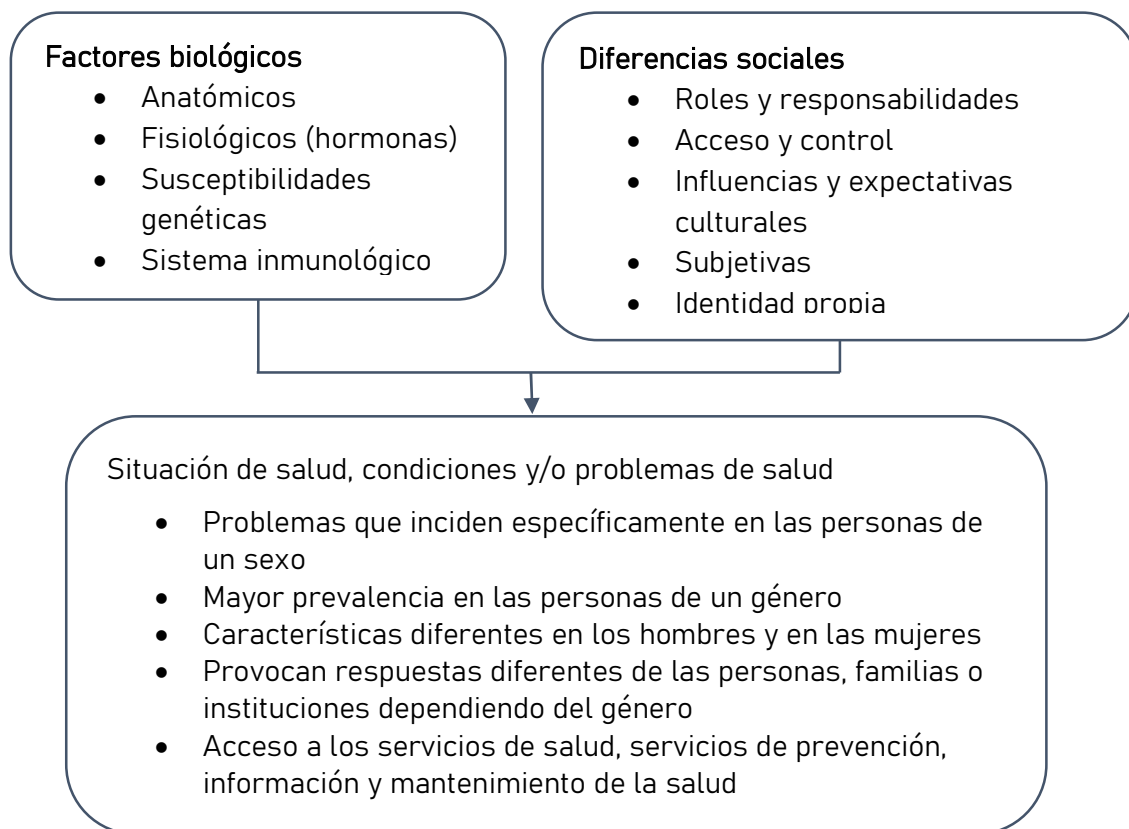


Figura 6. Factores que contribuyen a las disparidades de género en salud.
Fuente: Guía práctica para incorporar la perspectiva de género en la salud (Organización Panamericana de la Salud, 2010)

1.2.1 Binomio sexo – género

A menudo se acostumbra a entender el concepto de *sexo* y el de *género* como homónimos, pero lo cierto es que cada uno corresponde a una categoría analítica distinta. Aunque dentro del paradigma de la teoría feminista existen diversas corrientes que respaldan o no la división predeterminada de estos conceptos (Aguilar García, 2008; Esteban, 2001), la utilización de uno u otro como variable en el ámbito de salud puede ser determinante en el análisis del tema de estudio (Álvarez-Díaz, 2020; Organización Panamericana de la Salud, 2010;

Valls Llobet, 1994). El concepto de sexo se refiere esencialmente a los atributos biológicos en humanos y animales, características anatomofisiológicas propias de macho o hembra (Martínez Ortega, 2019; Martínez Verdú, 2007). Aunque se sabe que no es una dicotomía estricta y que existen múltiples combinaciones intersexuales de diferenciación cromosómica/genital/gonadal, la investigación biomédica hasta el momento se ha ceñido al estudio de este dimorfismo macho-hembra de forma rigurosa (Ciccia, 2019).

La categoría género surgió por parte de las teóricas feministas con el objetivo de acabar con el determinismo biológico que implicaba la categoría sexo (Aguilar García, 2008), no obstante este dualismo sexo-género es criticado por diversas de las corrientes dentro del feminismo, en especial muchas pertenecientes a la tercera ola, y autoras como Butler, Haraway, o Esteban, quienes sostienen que ambas categorías mantienen influencias culturales (Aguilar García, 2008; Esteban, 2001).

El concepto de género diferenciado 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 disyunción entre ambos (Martínez Verdú, 2007). Así, la relación entre la acepción de género y entorno sociocultural queda íntimamente relacionado, de forma que el género en última instancia no es ni más ni menos que la construcción social y cultural del sexo (Macedo & Amaral, 2012).

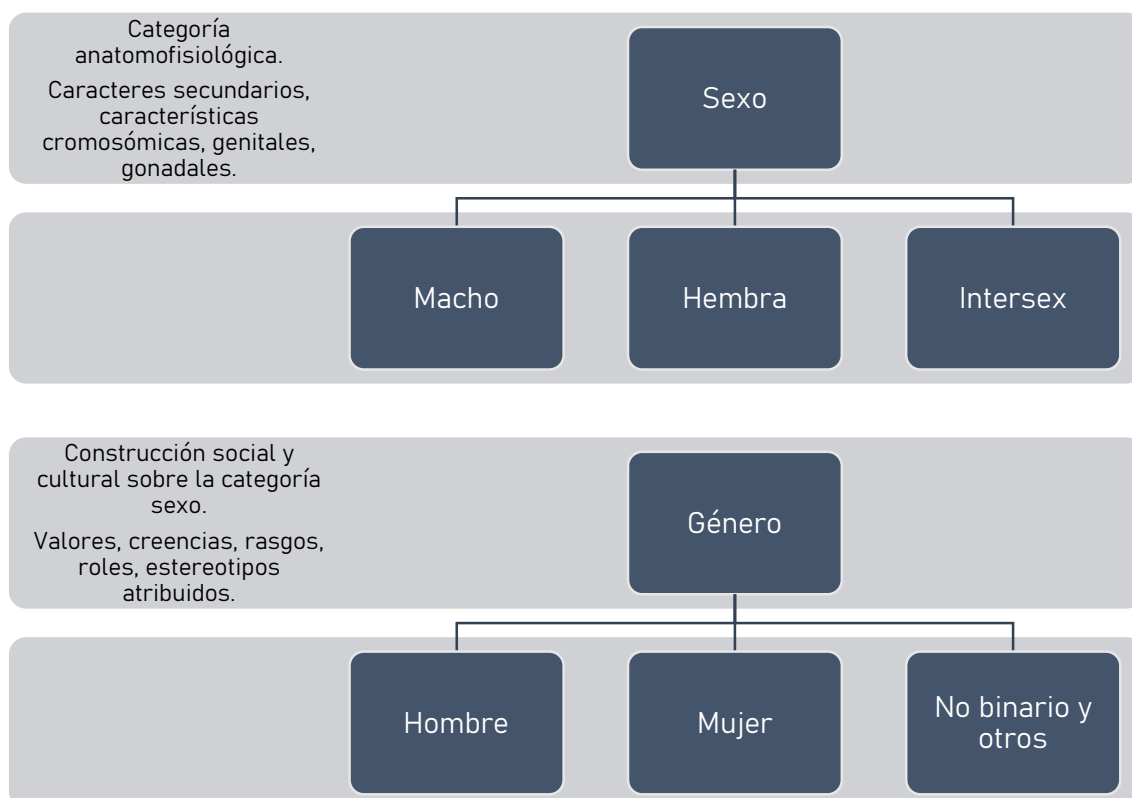


Figura 7. Diferenciación básica de las categorías sexo-género. Fuente: elaboración propia a partir de Casado Mejía & García-Carpintero Muñoz (2018).

La antropóloga feminista Margaret Mead fue una de las primeras en sugerir la diferenciación del binomio sexo-género, instaurando las bases para el desarrollo de nuevas líneas de pensamiento o incluso la espontánea reflexión de Simone de Beauvoir con su “No se nace mujer, se llega a serlo” (Macedo & Amaral, 2012; Martínez Verdú, 2007). Ésta última cuestiona en su libro *El segundo Sexo* el paradigma biologicista que condiciona el estatus y rol de las mujeres como mera consecuencia de la biología, siendo que en realidad viene dado por la influencia opresiva cultural, tradicional e histórica, haciendo de la mujer el segundo sexo, el que no se concibe como principal, el que se compara con el “original” (De Beauvoir, 2017; Martínez Verdú, 2007).

Mead originalmente ya resaltaba el *poder de la cultura* en la construcción de lo que se entendía por mujer u hombre, indicando que el desarrollo de la naturaleza humana no podía entenderse sin la educación y socialización que la modela y adecua a la sociedad en que se desenvuelve (Dillon, 2001). Llegó a esta conclusión mediante el estudio de tres sociedades entonces primitivas (1935) de

Papúa-Nueva Guinea, y dedujo 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 (Dillon, 2001; Mead, 1935).

Mostrándose escéptica a las aproximaciones más biologicistas que avalan las diferenciaciones entre hombres y mujeres, Mead aporta una perspectiva relativista de los estudios de género, otorgando mayor relevancia a la construcción sociocultural de éste (Dillon, 2001; Parga, 2013). Las conductas sexuales difieren según el contexto sociohistórico y son las desigualdades sociales extraídas del ideal de género las que dan una interpretación a las diferencias biológicas, el sexo. Es bajo este discurso que Mead abre camino a las reivindicaciones contra la discriminación por razón de género del discurso determinista y existencialista (Parga, 2013).

En el marco contextual de la tercera ola del feminismo contemporáneo, uno de los grandes objetivos atesorados desde la corriente radical de la segunda ola es la abolición del patriarcado (Casado Mejía & García-Carpintero Muñoz, 2018). El feminismo radical es denominado así porque el objetivo es tratar la raíz: el patriarcado como fuente de desigualdades. Este se basa en dos principios básicos de dominación-sumisión: el dominio del macho sobre la hembra y el dominio del macho adulto sobre el joven (Aguilar García, 2008). Se aprecian a simple vista dos de los ejes de desigualdad más importantes según lo descrito en puntos anteriores, género y edad, que conformarán determinantes morbidiferenciales en cuestión de salud.

Teniendo como referente la tercera ola, nos ubicamos a su vez, el feminismo de la igualdad, cuyo objetivo primero supone el alcance de una igualdad real entre hombres y mujeres aunque no se halla libre de polémica (Amorós, 2001; Casado Mejía & García-Carpintero Muñoz, 2018). Este movimiento, 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. La solución a este fenómeno no implica el enaltecimiento de la figura femenina por encima de

sus pares, ya que se trataría de un ejercicio inverso con mismas consecuencias (Casado Mejía & García-Carpintero Muñoz, 2018; Sanz Ramón, 2004).

Del mismo modo, desde el feminismo de la igualdad se hace crítica de la desigualdad por razón de género tanto en el trabajo productivo como reproductivo, así como la repercusión de ésta en materia de salud (Casado Mejía & García-Carpintero Muñoz, 2018).

Es aquí donde se encuentra la contribución 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 el modo en que 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.

En todas las sociedades patriarcales, como lo son las occidentales, hallamos la división sexual del trabajo como pilar fundamental del llamado sistema de género como organización jerárquica. Esto no radica únicamente en el ámbito laboral retribuido, sino en que hombres y mujeres desempeñen funciones diferentes en mucho otros ámbitos, que son inculcadas desde la infancia como actividades esencialmente masculinas o femeninas respectivamente. Existen una serie de dogmas consensuados sociocultural e históricamente que definen cuáles son los comportamientos y actitudes propias de cada género, creando así la organización social resultante de la instauración de dicha división sexual del trabajo: el sistema de género social. Astelarra (2005: 15) 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".

Son cuatro los niveles sobre los que se sustenta la idea del género según la misma autora. El elemento base que justifica la propia existencia de la división sexual del trabajo es la *biología*, dada la diferenciación en la producción sexuada de hombres y mujeres que legitima, en última instancia, la diferenciación del trabajo productivo y reproductivo como característico respectivamente. Por lo

que respecta a rasgos más psicológicos, la *identidad personal*, que condiciona la feminidad y la masculinidad en un supuesto dicotómico, representa el modelo propuesto para cada género en función de los estereotipos marcados por la sociedad en cuestión, aquello que se espera de un hombre o una mujer. En el tercer nivel descrito se describen 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 en los que se reproducen estos roles de género, el ámbito privado y el público o los contextos claramente dicotomizados por ser predominantemente femeninos o masculinos aportan el espacio necesario para favorecer la perpetuación del sistema de género social (Astelarra, 2005).

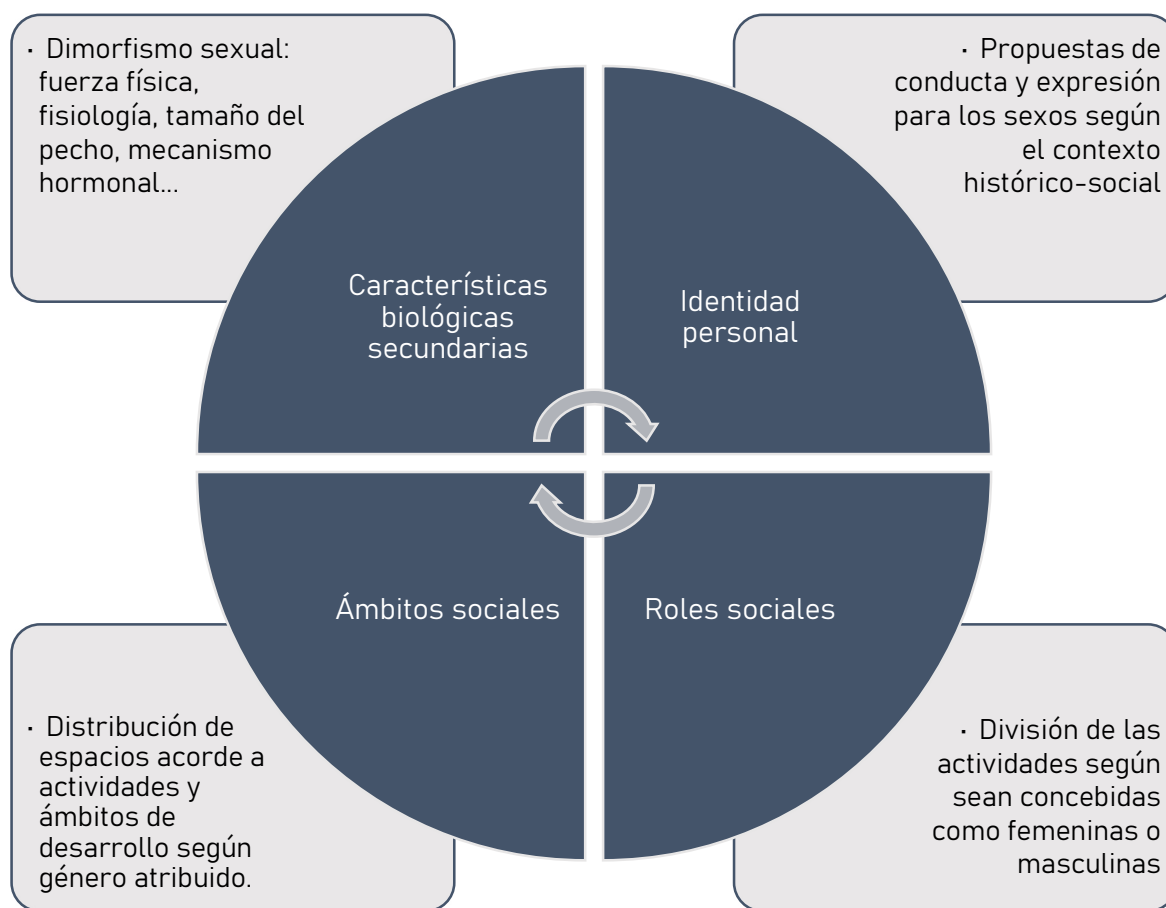


Figura 8. Niveles de expresión del Sistema de Género Social. Fuente: elaboración propia a partir de Astelarra, 2005.

Los rasgos físicos secundarios y los rasgos psicológicos, aquellos niveles atribuidos más indiscriminadamente, no son duales, sino que forman un continuo (Astelarra, 2005). La mirada desde la perspectiva de género rompe la lectura dicotómica tradicional sobre la que se han sustentado históricamente los estudios en ciencias de la salud, por lo que se hace imprescindible una relectura y reinterpretación de los mismos (Ciccia, 2021a).

1.2.2 Desigualdades sociales que ejercen como determinantes

Los estudios de género y los movimientos sociales feministas han contribuido a la incorporación de una óptica que propicia una mirada crítica en el ámbito de la salud. Son muchas las disciplinas que se benefician de esta inclusión, facilitando la detección y entendimiento de realidades que intervienen en el proceso de enfermar, e incluso morir, por cuestiones de género; cuestiones prevenibles asociadas a las desigualdades (Lafaurie Villamil, 2010).

A partir del análisis de los determinantes sociales y culturales estándar y la revisión de la literatura, se ha podido observar cómo, de forma desigual, estos determinantes se convierten en factores de vulnerabilidad por lo que respecta al género. Es cierto que los varones no se hallan exentos de la influencia del sistema patriarcal para con sus roles y deberes establecidos, pero son las mujeres quienes ven más agravado su estado de salud a partir de los inputs ambientales (Cabezas-Rodríguez et al., 2021; Tortosa Salazar et al., 2015; Valls Llobet, 2022). A continuación, se describen algunos de los ámbitos condicionantes que puedan desarrollarse en un sistema fundamentalmente patriarcal.

Economía y situación laboral

En la mayoría de sociedades occidentales, la desigualdad salarial, las dificultades de acceso a puestos de poder, la dificultad de conciliación de la vida familiar y laboral o la exclusión de la mujer de ciertos ámbitos, generan en las

mismas una frustración individual y colectiva de difícil manejo (Astelarra, 2005; Lasheras Lozano et al., 2012)

La brecha de género actualmente en España es del 18,72%, lo que se traduce en que por cada euro que gana un hombre en España, una mujer percibe 81,28 céntimos (Ministerio de Igualdad, 2023). Existen múltiples factores que contribuyen a la permanencia de esta brecha, entre ellos, que las profesiones feminizadas estén peor remuneradas o las dificultades acceso a los puestos de poder (Lasheras Lozano et al., 2012; Vicente-Herrero et al., 2018). Cabe subrayar, además, que aquellas profesiones más feminizadas soportan mayor riesgo psicosocial (Vicente-Herrero et al., 2018) y las dificultades en la conciliación de tareas productivas y reproductivas empuja a las mujeres a optar por la jornada reducida o parcial, con la consecuente reducción salarial y situación de precariedad (Casado Mejía & García-Carpintero Muñoz, 2018; Cifre & Pastor, 2016). Por lo que respecta a las excedencias por cuidado de hijos e hijas, el porcentaje de mujeres fue del 87,39% en 2021, y aunque la tendencia de los últimos años se está suavizando, la diferencia continua siendo sustancial (Ministerio de Igualdad, 2023).

	2021	2020	2019	2018	2017	2016
Ambos sexos	37.354	43.226	47.388	45.249	43.899	40.517
Mujeres	32.645	38.467	43.091	41.302	40.536	37.531
Varones	4.709	4.759	4.297	3.947	3.363	2.986
% de mujeres	87,39	88,99	90,93	91,28	92,34	92,63

Tabla 1. Proporción de excedencias en el Estado Español 2021. Fuente: Ministerio de Igualdad, 2023.

Paralela y consecuentemente, todo ello impide el favorecimiento de una independencia económica y simbólica que facilite la ruptura para con las directrices de los quehaceres femeninos a lo largo de la historia. De esta forma, se perpetúa la diferenciación consolidada de aquellas actividades esencialmente femeninas y masculinas (Casado Mejía & García-Carpintero Muñoz, 2018; Lafaurie Villamil, 2010).

La sobrevalorización de las actividades atribuidas al género masculinas sobre aquellas catalogadas como femeninas contribuye a su vez a la interiorización de inferioridad y sumisión femenina en la sociedad patriarcal occidental (Lasheras Lozano et al., 2012; Martínez Verdú, 2007).

La asunción del cuidado y los usos del tiempo

A nivel nacional, los últimos datos disponibles muestran que el 39,8% de las mujeres frente al 27,7% de hombres cuidan de otras personas a diario. Por lo que a tareas domésticas diarias se refiere, el 39,8% de mujeres frente al 41,9% de hombres. Al cuidado o educación de los hijos e hijas, las mujeres dedican una media de 38 horas semanales frente a las 23 horas semanales de los hombres. Y en cuanto a la realización de actividades deportivas, culturales o de ocio, los porcentajes se revierten, tratándose de un 39,3% de mujeres frente al 45,5% de hombres (Ministerio de Igualdad, 2023).

Los usos del tiempo son un ejemplo de impregnación de los mandatos socioculturales a lo largo de los procesos socializadores para con un género u otro. Existen diferencias notables entre hombres y mujeres. Como queda reflejado en las estadísticas y publicaciones recientes, las primeras utilizan más tiempo diario a realizar tareas domésticas, cuidado de sus hijos/as y familiares dependientes. También a las labores del hogar y estudiar. Por el contrario, según el mismo estudio realizado por la Universidad de La Laguna, los hombres dedican más tiempo diario al disfrute personal y socializar (M. P. Matud, 2015).

En 2006 se publicó un estudio que puso en evidencia la efectividad del registro de la Encuesta Nacional de Salud, dado que había ciertos determinantes que no eran recogidos, por lo que algunas de las diferencias que hemos ido nombrando sobre las desigualdades situacionales entre mujeres y hombres no podían evaluarse objetivamente. Algunos de éstos aspectos fueron las horas dedicadas al trabajo reproductivo (tareas domésticas, cuidado de personas dependientes o menores), o si se veían envueltas en una doble jornada laboral (conciliación de trabajo productivo y no reproductivo), entre otros (Ruiz Cantero et al., 2006).

Esto desfavorece especialmente al género femenino dada la clara tendencia a que el cuidado de las personas dependientes, la crianza de los infantes o la atención a los mayores recaigan inherentemente en manos de las mujeres de la unidad familiar (Casado Mejía & García-Carpintero Muñoz, 2018), convirtiéndose así en un sólido impedimento para la autodedicación de éstas a actividades de ocio, deporte, tiempo libre, autocuidado o desarrollo personal (Pont Martínez et al., 2010).

Es importante tener estos hechos fundamentados para la aplicación de políticas sanitarias, aunque las campañas de prevención primaria instan a la población a realizar más horas de ejercicio físico semanal, las mujeres realizan menos ejercicio físico que los hombres en su tiempo libre por esta misma razón. Esto podría cuestionar a su vez, el esfuerzo terapéutico como sesgo en cualesquiera de sus niveles (Gervás & Pérez-Fernández, 2016; Institut Català de les Dones, 2007).

Además del aspecto pragmático de la imposibilidad objetiva de conciliación, existe un sentimiento impregnado en el imaginario que supone un sentimiento de no legitimación al empoderamiento y la autodedicación implícito como consecuencia de la infravaloración de aquello esencialmente femenino propio de las sociedades patriarcales (Lasheras Lozano et al., 2012).

El estado civil

Por lo que respecta al matrimonio, los diferentes estudios publicados reflejan resultados dispares por lo que se refiere a éste como condicionante en salud mental.

Para el género masculino, la literatura concuerda en que estar casado se asocia con gozar de una mejor salud mental. Por el contrario, esta condición supone en algunos estudios un factor de riesgo para las mujeres (Cabezas-Rodríguez et al., 2021; Simó-Noguera et al., 2015) mientras que en otros no se observan diferencias que conduzcan a esta conclusión (Alomaliza Capuz & Flores Hernández, 2023).

Una posible explicación a esto podría ser a raíz de las variables seleccionadas para la medición del bienestar. Las mujeres casadas obtienen puntuaciones más altas en resiliencia y en satisfacción vital (Alomaliza Capuz & Flores Hernández, 2023; Kiecolt-Glaser, 2018), aunque soportan una mayor carga mental y emocional (Simó-Noguera et al., 2015).

Por lo que respecta a manifestaciones de tipo físico y fisiológico, el matrimonio o convivencia en pareja de buena calidad disminuye la posibilidad de respuestas cardiovasculares patológicas, de acuerdo a niveles inferiores de estrés psicosocial al cumplir los dogmas establecidos al respecto (Hagström et al., 2018). En caso contrario se ha podido ver una prevalencia superior de depresión en mujeres divorciadas, insomnio o disminución de las propiedades de la microbiota intestinal, parámetros que también se ven alterados, coincidiendo con la contradicción de diferentes mandatos socioculturales de masculinidad y feminidad (Kiecolt-Glaser, 2018).

Las respuestas psicosomáticas de hombres y mujeres a nivel inmunológico tras la vivencia de un divorcio son diferentes. Ellas tienden a presentar marcadores de inflamación y respuesta inmunológica más elevados que ellos, aunque se aprecian beneficios en la respuesta inmunológica cuando el matrimonio previo al divorcio era de baja calidad (Kiecolt-Glaser, 2018). Además, aunque las personas separadas o divorciadas son más propensas a desarrollar depresión mayor, las mujeres divorciadas obtienen puntuaciones más altas de síntomas depresivos y muestran un riesgo añadido de padecer ansiedad crónica (Simó-Noguera et al., 2015).

El ideal de belleza

Los malestares culturales que experimentan las mujeres influyen inherentemente en la construcción de la subjetividad individual, se integran inadecuadamente y comportan una predisposición al desarrollo de los TPS. Existe un orden consolidado que ya promueve la vulnerabilidad de mujeres ante estas desigualdades sociales y, apelando al ámbito psíquico de las mismas, se

genera una compleja correspondencia entre cuerpo, imagen, normas y estereotipos, que erosiona su desarrollo vital (Martínez Benlloch, 2007).

Los estereotipos de género se hallan impregnados en el imaginario del tejido social. Y aunque los estándares de belleza son volátiles y cambiantes en función del contexto, el mensaje suele conllevar una presión estética que ha podido registrarse en forma de problemas de salud. De hecho, unos de los trastornos, cuyo factor más evidente es la presión cultural y carga psicosomática, son los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), que han alcanzado niveles prácticamente epidémicos (Sáenz-Herrero et al., 2019; Valls Llobet, 2022).

Estos trastornos tienen especial prevalencia entre mujeres (relación mujeres/hombres de 20:1) (Gil Canalda et al., 2003) y es que uno de los mandatos estéticos más extendidos es el ideal de delgadez, que en muchas ocasiones alcanza el culto a la delgadez extrema. Son múltiples las plataformas y medios que perpetúan el cuerpo delgado como sinónimo de bello y delicado, ligado al ideal femenino (Terán Ledesma, 2021). Y aunque en muchas ocasiones, la búsqueda del alejamiento de la feminidad es la motivación por la que se desarrollan los TCA (Terán Ledesma, 2021), la masculinidad puede actuar consistentemente como factor protector (González & Silva, 2014).

En este aspecto, la individualidad de los procesos cognitivos y habilidades de afrontamiento juegan un papel fundamental. Se ha visto que la internalización del ideal de belleza en combinación con una emocionalidad negativa y rasgos perfeccionistas se relaciona significativamente con el desarrollo de TCA (Keel & Forney, 2013). El rechazo al propio cuerpo, a la feminidad y la sexualidad también son discursos comunes, así como la dificultad o falta de soporte social, dado el gradual aislamiento al que se someten las personas con diagnóstico de TCA (Terán Ledesma, 2021).

Los ideales de belleza firmemente impuestos y la presión social inherente, tienen como aliadas la cosificación por parte del mercado publicitario y la desatención del ámbito político-social, que suponen estímulos generadores de malestar y predisponentes sobre la población vulnerable. Los estereotipos de

genero empiezan a manifestarse en la adolescencia (Valls Llobet, 2022), veremos más adelante la importancia de esta etapa en el proceso psicosomático. El ideal de belleza se constituye un potente factor psicosocial que determina la autoestima y autoconcepto de las mujeres inmersas en el sistema social de género (Martínez Verdú, 2007; Velasco Arias, 2009).

Violencia estructural y de género o machista

Las características propias del sistema de género social, inmerso en el contexto patriarcal, ya implica el ejercicio de una serie de violencias explícitas o silentes hacia las mujeres y colectivos disidentes. Las tres violencias más arraigadas: indiferencia, desconocimiento y contención se ejercen sobre las mujeres estructuralmente (Valls Llobet, 2022). La división de roles y la jerarquía del valor otorgado según la atribución de género a actividades y ámbitos justifica las desigualdades que violentan la salud del género femenino (Martínez Ortega, 2019).

Las mujeres que sufren violencia machista o de género (VG) en concreto, ya sea física, psicológica, económica, sexual o moral, tienden a recurrir a los servicios de AP, ya sea por consultas relativas a la propia salud, que se verá mermada en las mujeres que han sufrido VG, o por atención de familiares a su cargo, embarazo y parto. La hiperfrecuentación de las mujeres víctimas de violencia es una de sus manifestaciones más características, aumentando la demanda de servicios sanitarios de un 25,8% de mujeres que no sufren VG a un 36,6% a las que sí (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2019).

Los motivos de consulta suelen ser variables, y pueden manifestarse de múltiples formas, y casi siempre, de forma comórbida. La presentación sintomática varía desde lesiones físicas diversas, problemas relacionados con el peso, trastornos metabólicos, cardiovasculares o gastrointestinales, a incluso, dolor crónico. También se relaciona la VG con diversas psicopatologías (depresión, ansiedad, trastornos del sueño, estrés postraumático, uso de sustancias) y alteraciones conductuales y en la dinámica interpersonal

(aislamiento social, pérdida de ocupación, absentismo laboral) (Departament de Salut, 2009). Según la Dra. Carme Valls, es posible que un 30% de las mujeres que acuden a la consulta médica por problemas psicosomáticos estén sometidas a malos tratos físicos o psicológicos (Valls Llobet, 2022).

Las mujeres que han sufrido VG perciben consistentemente que su estado de salud es malo o muy malo en comparación con aquellas que no la han sufrido. Estas mujeres tienden a presentar un déficit de autocuidado de forma pronunciada, sobre todo las que sufren o sufrieron violencia sexual (35,6% de las encuestadas) (Martínez Ortega, 2019). La tensión psicológica y emocional (además de física y otras, en muchos casos) a la que están sometidas estas mujeres, las hace especialmente susceptibles al desarrollo de PSM, por lo que merecen especial preocupación y atención por parte de los y las profesionales sanitarias.

1.3 Trastornos psicosomáticos (TPS)

A menudo los trastornos psicosomáticos se entienden o conceptualizan bajo significados difusos y se pierden en la nosología de los problemas de salud mental. El término *psicosomático* no aparece ni en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) del American Psychiatric Association (APA) ni en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10-ES, CIE-11-ES) de la Organización Mundial de la Salud (American Psychiatric Association, 2013; Bransfield & Friedman, 2019; Ministerio de Sanidad, 2022).

El DSM-5 se limita a clasificar síntomas y síndromes sin abordar la causalidad (American Psychiatric Association, 2013) mientras que la CIE, aunque sí aborda la etiología de algunas categorías diagnósticas, no hace referencia a la causalidad psicosomática (Ministerio de Sanidad, 2022). Así, puesto que en el primero no se identifican ni definen estos trastornos y en la CIE se abordan parcialmente y etiquetados bajo categorías difusas, existen carencias en la definición y clasificación de los TPS (Bransfield & Friedman, 2019).

En cierto modo, la justificación de esta problemática recae sobre el hecho de que la medicina psicosomática es una corriente joven y desde sus orígenes ha sufrido cambios importantes como disciplina. Parte de una clara influencia del psicoanálisis, que sustenta la perspectiva de la etiopatogénesis psicodinámica de los trastornos y la asunción de que la personalidad, conflictos personales y respuesta a dichos conflictos modifican el transcurso del proceso salud-enfermedad en gran medida (Amigo Vázquez, 2020).

A modo introductorio, se podría decir que la psicosomática (medicina, corriente, abordaje o investigación) es un amplio campo interdisciplinario que se rige por la interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales (modelo biopsicosocial de la salud) en la regulación del equilibrio salud-enfermedad (Fava et al., 2017). Así, la etiología de los trastornos psicosomáticos (TPS) puede hallarse en la interacción del individuo con cualquiera de los tres factores biopsicosociales, inclusive un malestar emocional generado por el contexto en que se encuentre la persona (Marty, 2013)

El término *psicosomático* es acuñado oficialmente en 1818 por Johann Christian August Heinroth, quien realizaba estudios integrales sobre las causas del insomnio (Sánchez Medina, 2006; Steinberg et al., 2013). No fue el único en contribuir a la popularización de esta disciplina, ya que fueron múltiples personalidades en Europa que trabajaron el concepto bajo una corriente médica psicosomática-antropológica. Es por ello que a lo largo de los años se fue definiendo como corriente de abordaje de la salud y a mediados del siglo XX se consensua el término como tal (Marty, 2013; Sánchez Medina, 2006). Para llegar a este punto, la corriente psicosomática recogió contribuciones de personajes destacados como Franz Alexander, Claude Bernard, Ivan Pavlov o Sigmund Freud, cuyas narraciones convergían en la medicina psicosomática como primer intento de investigar, desde las ciencias de la salud, las relaciones entre variables psicosociales y alteraciones psicofisiológicas (Amigo Vázquez, 2020; Marty, 2013).

A nivel estatal, en su obra *Angustia Vital* (1950), el Dr. López Ibor actualiza los avances destacados del Dr. von Weizsäcker, uno de los padres europeos de esta

corriente. El trabajo de López Ibor incide en el estudio de las alteraciones vitales endógenas que pueden expresarse mediante sintomatología psíquica (síntomas ansiosos, depresivos, anorexia...) y somática, tanto funcionales como estructurales (alteraciones cardíacas, digestivas, algias...) (López Ibor, 1950, 1996).

En 1977, tras cierto distanciamiento de la corriente psicósomática del psicoanálisis, el Dr. Lipowski definió la orientación de las metas que marcarían el abordaje psicósomático (Amigo Vázquez, 2020):

1. El estudio del papel de los factores psicológicos, biológicos y sociales en la homeostasis del ser humano.
2. La aproximación holística a la práctica sanitaria.
3. La relación con la práctica psiquiátrica de consulta-apoyo.

Paralelamente, los avances en investigación y ciencias de la salud contribuyen a la evidencia empírica del mecanismo fisiológico de los TPS, como la contribución de la Dra. Candace Pert en la década de los 70 con su estudio exhaustivo sobre el mecanismo de los receptores de opiáceos. Según la investigadora, la molécula denominada *receptor de opiáceos* actúa como nexo de unión entre el mandato emocional y la respuesta psicósomática (Pert, 2010).

Esta molécula proteica que se ubica en la membrana celular de las células de todo el cuerpo, es sensible a las señales químicas que le aportan ciertos neuropéptidos provenientes del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HPA). El mensaje molecular que contienen los neuropéptidos 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 alteración y ejecución de la posibilidad funcional de la célula (González Ramírez & Landero Hernández, 2006; Pert, 2002, 2010).

Los neuropéptidos son cadenas de aminoácidos que transportan un mensaje, en este caso, sustancias químicas relacionadas con la producción emocional. En función del mensaje que se trasmita la cadena de eventos bioquímicos

variará (mutación, división celular, síntesis proteica, apertura o cierre de canales iónicos, etc.) y dada la distribución extensiva en todo el cuerpo, la afectación es múltiple. La endocrinología (glándulas), inmunología (sistema inmunitario: bazo, médula ósea, nódulos linfáticos, células en general) y neurociencia (cerebro) confluyen en este proceso de forma multidireccional dado que los órganos de estos ámbitos de estudio se hallan comunicados por la red tejida por estos neuropéptidos. Por otro lado, como ocurre de forma similar en otros procesos fisiológicos, estos receptores tienen una especificidad característica. Existen múltiples receptores en la membrana celular y cada uno de ellos llevan a cabo el proceso de ligazón o unión con péptidos específicos, respondiendo de forma concreta en función de estos. Por ello, aunque las células se hallan en todos los tejidos del cuerpo formando una red, su respuesta a los péptidos puede divergir según la localización (Pert, 2010; Pert et al., 1998).

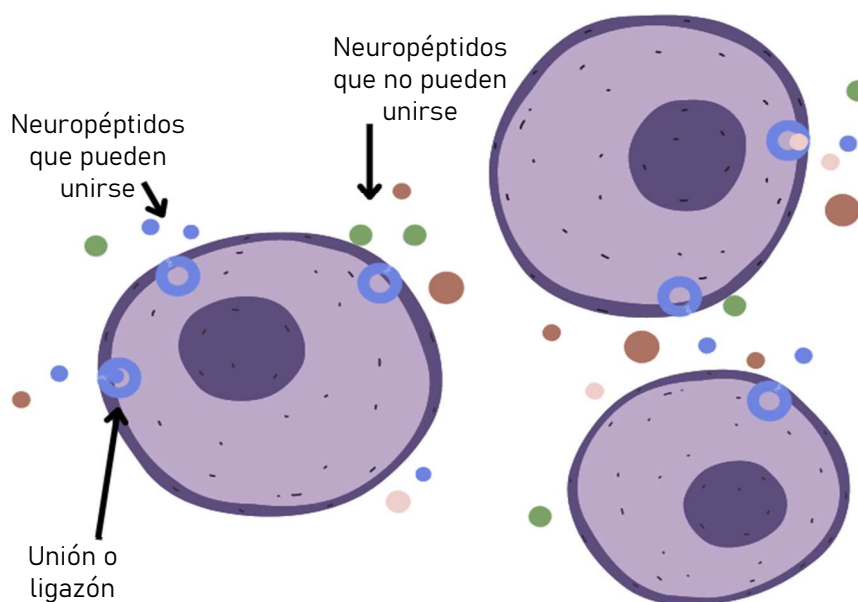


Figura 9. Ligazón del neuropéptido y el receptor de opiáceos.
Fuente: elaboración propia a partir de Pert, 2002.

Precisamente el hecho de que las células y sus respectivos receptores se hallen distribuidos por el cuerpo lleva a la Dra. Pert y su equipo a la deducción de que la separación psique-soma es meramente teórica. El cerebro está integrado con el cuerpo a nivel molecular y las reacciones bioquímicas tienen una respuesta en ambos niveles (Pert et al., 1998).

Otras investigaciones se suman a la base teórica de la fisiopatología psicosomática e incorporan nuevas concepciones como la alóstatís propuesta por el Dr. McEwen, cuya teoría defiende que el desencadenamiento del problema de salud viene dado por un desequilibrio entre la exposición a situaciones adversas y los recursos de afrontamiento del individuo. La exposición al estrés implica una respuesta neuroendocrina concreta, y cuando se cronifica o es altamente agresiva, supera la capacidad de afrontamiento de la persona en cuestión, dando lugar a una sobrecarga alostática que promueve el desarrollo de TPS de distintas características (McEwen, 2007). Ante un desequilibrio alostático la corteza cerebral, el hipocampo y la amígdala tienen una especial afectación, repercutiendo consistentemente en el funcionamiento cognitivo, físico e incluso la mortalidad (Fava et al., 2017; McEwen, 2007).

La corriente psicosomática da especial protagonismo a los determinantes psicológicos de la salud por su papel mediador en el proceso salud-enfermedad y se relaciona directamente con la *teoría transaccional del estrés* de Lazarus y Folkman (1984). Dicha teoría contextualiza una serie de respuestas psicológicas, físicas y conductuales tras un manejo ineficaz del estrés percibido, como lo pueda ser: bruxismo, alteraciones digestivas y genitourinarias, cardíacas, musculares, etc. Para que estas respuestas tengan lugar deben cumplirse una serie de condiciones tanto externas (medio) como internas (individuo), por ello cada persona puede responder de forma diferente ante un mismo estímulo. Este se ve condicionado por la historia individual, experiencias, particularidades cognitivas, estilos de afrontamiento, entre otros (González Ramírez & Landero Hernández, 2006, 2008; Lazarus, 2000).

A nivel fisiológico, la supresión emocional condiciona negativamente la respuesta de la actividad celular, por lo que la supresión u omisión mantenida en el tiempo supone una alteración en masa del proceso psicosomático (Fava et al., 2017; Pert, 2002). En este aspecto las estrategias empleadas para la gestión emocional de los eventos estresantes o adversos son clave. Por ejemplo, las personas optimistas tienen a manejar mejor los síntomas físicos (Vázquez Valverde et al., 2000).

Así, aún comprobada la relación esencial entre sistemas, continúa existiendo un vacío en este campo de estudio que dificulta además su detección y categorización (Bransfield & Friedman, 2019). No obstante, aunque no se aplique de forma concreta a la práctica, la literatura, recoge fundamentación teórico-práctica relevante por lo que respecta a este campo, como la comorbilidad con diferentes problemas de salud sobre todo de carácter psicopatológico (Fava et al., 2017; Glozah & Pevalin, 2017).

Investigaciones relacionadas afirman que la manifestación de síntomas psicosomáticos sin una causa orgánica objetivable suelen ir asociados en un 55% de los casos a depresión mayor, en un 34% a trastornos de ansiedad, a trastornos de personalidad (61%) o trastornos del pánico (26%) (González Ramírez & Landero Hernández, 2006). A nivel psicosocial también se relaciona con la mala salud autopercebida, el estrés, la falta de apoyo social y otros determinantes de calidad de vida (Berrocal Montiel et al., 2016; González Ramírez & Landero Hernández, 2008). Todo ello sin olvidar que la diferencia entre hombres y mujeres puede llegar a ser de hasta 10 veces más frecuente la psicopatización en el género femenino (González Ramírez & Landero Hernández, 2006).

Finalmente, es importante no confundir los TPS con los trastornos somatomorfos, ya que estos últimos tienen un carácter psicógeno, lo que indica una etiología única psicológica del problema de salud. Las patologías psicógenas tienen lugar cuando un factor psicológico provoca el desarrollo de una enfermedad física. En cambio los trastornos psicosomáticos contemplan la multicausalidad (genéticos, familiares, socioculturales, cognitivos y emocionales) (Bransfield & Friedman, 2019; González Ramírez & Landero Hernández, 2006).

Así, el postulado sobre el que se sustenta la corriente psicosomática es que, absolutamente todos los procesos de salud son psicosomáticos. La psicosomática no es una especialidad sanitaria o un ente aparte alejado de las competencias del personal sanitario, sino que engloba en el entendimiento del sujeto en su todo, desde la perspectiva biopsicosocial. Toda enfermedad es

biopsicosocial, toda enfermedad es psicosomática, por tanto, el abordaje siempre debe ir en consonancia y trabajar sobre sus múltiples causas (Fava et al., 2017; Marty, 2013; Vílchez Barboza et al., 2013).

1.3.1 Diagnósticos relacionados

El reduccionismo diagnóstico de los problemas de salud (Valls Llobet, 2022) y la brecha de conocimiento patente en los trastornos psicosomáticos (Bransfield & Friedman, 2019) dificultan exponencialmente su clasificación y agrupamiento.

Se conoce que la brecha de conocimiento viene dada por la insalvable interfase entre la medicina somática y la psiquiatría. La histórica dicotomía psique-soma heredada de las teorías descartianas lleva a la formación por especialidades de conocimiento que dejan un vacío en el entendimiento de la fluctuación entre ambas, por lo que los y las profesionales de la salud se ven cegados/as a la comprensión de su interdependencia (Bransfield & Friedman, 2019; Marty, 2013). Por lo que respecta al reduccionismo diagnóstico, es una práctica generalizada y estructuralista que debería evitarse, ya que hay claras evidencias de la multicausalidad de las enfermedades de cualquier tipo (Valls Llobet, 2022).

A lo largo de la breve historia de la corriente psicosomática, la concepción de los problemas de salud como propios ha ido condicionado por el paradigma del contexto en cuestión, desde el psicoanálisis y su tendencia al trastorno somatomorfo y afecciones más somáticas al entendimiento holístico que mantiene hoy en día, cuya manifestación puede producirse (del mismo modo que el origen) en cualquier esfera biopsicosocial (Amigo Vázquez, 2020; Marty, 2013).

En 1950 Franz Alexander definió las *Holy Seven*, agrupación que recogía la siete patologías más destacas de naturaleza psicosomática: el asma, la neurodermatitis, la úlcera duodenal, la colitis ulcerosa, la artritis reumatoide, la hipertensión esencial y la diabetes (Amigo Vázquez, 2020). Casi un siglo más tarde, son innumerables los estudios que han reafirmado la naturaleza psicosomático de estos problemas de salud con evidente influencia del entorno

psicosocial (Chen et al., 2021; Hagström et al., 2018; Hurtado Arriaga et al., 2019; Janson et al., 2022; Xu et al., 2013).

Por ejemplo, la regulación emocional y control del estrés resulta indispensable ante el desarrollo de psicodermatosis como el vitíligo, dermatitis seborreica o atópica, que tienen relación directa con la inseguridad y la insatisfacción personal, así como, con la calidad de vida (J. D. da Silva & Müller, 2007). Esta última, la dermatitis seborreica, también se ha podido relacionar con estados depresivos, ansiosos, trastornos postraumáticos, estrés agudo y fobias sociales (Boleira et al., 2014).

También se observa correlación en alteraciones cardiovasculares (Hagström et al., 2018; Sezgin & Punamäki, 2020), como se ha visto en el apartado 1.2, y gastrointestinales, con reconocida repercusión entre la población general. Las patologías gastrointestinales funcionales múltiples tienen una comorbilidad importante con trastornos de salud mental, y a mayor gravedad de los problemas gástricos, mayores puntuaciones en los cuestionarios de evaluación de sintomatología psicosomática (Choung et al., 2017). El uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas y regulación emocional ineficaz están relacionado con la dispepsia funcional (Mazaheri et al., 2016) y la prevalencia de sintomatología tiene una relación directa y proporcional a los niveles de ansiedad (Tortosa Salazar et al., 2015).

La respuesta psicológica y/o conductual es en muchas de las ocasiones la primera manifestación, ya que existe una clara comorbilidad psicopatológica en todos los estudios centrados en el aspecto somático (Bobo et al., 2022; Chiang et al., 2021; Fava et al., 2017; Hagström et al., 2018).

Unos niveles de estrés moderados pueden resultar tolerables e incluso beneficiosos para el mantenimiento de la actividad y la alerta, pero el estrés crónico persistente en personas vulnerables puede suponer el caldo de cultivo necesario para el desarrollo de TPS (Bransfield & Friedman, 2019). De nuevo, las características individuales y los recursos y estrategias de afrontamiento con que cuente la persona vuelven a ser clave, ya que lo que para unas será una

nimiedad para otras supondrá una situación altamente adversa y estresante (Fava et al., 2017).

Ante la exposición a efectos adversos, una de las respuestas más comunes puede ser la sintomatología ansiosa o depresiva. Desde una perspectiva psicosomática en la que confluyen todas las esferas relacionadas con la salud, se observa que la ansiedad no es solo psicógena (como se daría en un trastorno puramente somatomorfo). Según la endocrinóloga feminista la Dra. Valls (2022), existen carencias o disfunciones biológicas que pueden producir ansiedad (síndrome premenstrual, anemias, exceso de hormonas tiroideas) o depresión (hipotiroidismo, alteración de la glándula paratiroides, anemias crónicas o congénitas, o asociado a dolor cronificado), donde las mujeres ya cuentan con cierta predisposición. Por otro lado, la violencia estructural ejercida por el entorno inmediato y sociopolítico crea sentimientos de culpabilidad y necesidad de asunción de lo socialmente establecido, abocando a los sujetos a la dualidad entre lo deseado y lo que se espera, y el consiguiente conflicto interno (Marty, 2013; Valls Llobet, 2022).

Aunque la ansiedad, estrés y depresión sean de los síndromes más prevalentes y quizá cuya relación directa con el ambiente sea más obvia por lo que respecta a su desarrollo, a lo largo de este manuscrito se han ido mencionando otros diagnósticos de características similares. Ejemplo de ello son los TCA, fruto en la mayoría de casos de la presión ejercida sobre el ideal de los cuerpos y la tensión psicológica y emocional consecuente (Sáenz-Herrero et al., 2019; Valls Llobet, 2022).

Los trastornos del estado de ánimo tienen una relación directa con la adopción de estilos de vida poco saludables y suelen ser comórbidos con trastornos cardiocirculatorios y endocrinos (Fava et al., 2017). El malestar y la fatiga como síndromes inespecíficos de la alteración del estado de salud suponen un volumen importante de diagnósticos cuyo abordaje no está siendo holístico o psicosomático, y que sí lo requeriría (Velasco Arias, 2015). También los trastornos del sueño suelen venir dados por el estrés físico y mental relacionado con las condiciones de trabajo u otras casuísticas que generan

angustia. Ejemplos de ello pueden ser el insomnio nocturno, de conciliación o de mantenimiento, e incremento de la ansiedad matutina (Valls Llobet, 2022). Como hemos visto anteriormente, también los trastornos del sueño se relacionan con sufrir o haber sufrido algún o varios tipos de violencia (Departament de Salut, 2009; Martínez Ortega, 2019). La VG, *per se*, ya constituye un problema de salud pública importante con claras consecuencias psicosomáticas (Valls Llobet, 2022).

Finalmente, destacar aquellos problemas de salud que según el CIE-10-Es y CIE-11-ES (Ministerio de Sanidad, 2022) se desarrollan en un contexto adverso, como aquellos relacionados con la ocupación laboral, el grupo de apoyo primario, el entorno social, así como con la crianza o el estilo de vida. Todo ello sin olvidar los problemas de salud devenidos por el abuso de sustancias (con relación directa a la falta de recursos, habilidades o estrategias de afrontamiento), circunstancias psicosociales o dificultades en el control de la vida (Fava et al., 2017; Ministerio de Sanidad, 2022).

Como ya se ha hecho mención, muchos de los diagnósticos listados anteriormente son típicamente catalogados en la nosología de la salud mental. La importancia de incorporar la perspectiva psicosomática e interseccional estriba en la complejidad y multicausalidad de los problemas de salud (M. Silva et al., 2016). La falta de un abordaje psicosomático obstaculiza la detección, tratamiento y pronóstico de múltiples problemas de salud con diferente clínica (Rajna, 2021). El tratamiento de la afectación psicopatológica implica en muchos casos la remisión de la sintomatología somática, por lo que lo que esta misma aplicación debería dirigirse también a los aspectos emocionales, sociales y comunitarios (Fava et al., 2017; M. Silva et al., 2016).

1.3.2 El malestar de las mujeres

Cabe hacer especial mención a un fenómeno común entre las mujeres, que supone quizá, la máxima expresión de manifestación de los trastornos psicosomáticos. El concepto de *malestar de las mujeres* fue acuñado por la

psiquiatra y feminista Sara Velasco. Se refiere a un conjunto de síntomas físicos y emocionales que experimentan las mujeres debido a las tensiones y las desigualdades de género en la sociedad patriarcal.

Según Velasco, estos síntomas incluyen ansiedad, depresión, insomnio, dolores de cabeza, fatiga crónica, dolor en el cuello y los hombros, entre otros. El malestar de las mujeres no es un trastorno mental en sí mismo que se pueda catalogar como diagnóstico, sino una respuesta normal y comprensible a las presiones y expectativas sociales que enfrentan las mujeres (Velasco Arias, 2009).

Esta respuesta, este malestar difuso, adquiere las características de los trastornos psicosomáticos, por cuyo conocimiento sabemos que se hallan difusos en la nosología de los trastornos de salud mental. Este podría ser el motivo de que encontremos un número elevado de mujeres atendidas en AP que salen de la consulta sin un diagnóstico propio y con una sintomatología mal definida (Velasco Arias et al., 2007).

Con la intencionalidad de explorar los aspectos psicosociales que intervinieran en este fenómeno, realizó junto a su equipo, una intervención en Atención Primaria (AP) a mujeres y hombres con síndromes de malestar (cuadros depresivos o ansiosos, somatizaciones y dolor sin causa orgánica), realizando una escucha abierta facilitando la expresión de casuísticas que pudieran estar asociadas al inicio de la sintomatología (Velasco Arias et al., 2007).

Se registraron aquellos determinantes psicosociales y culturales asociados y distribuidos por sexos y se realizó una intervención terapéutica biopsicosocial. Los datos obtenidos revelaron que, un 27% de las mujeres con malestar difuso, el principal determinante psicosocial era la carga del rol tradicional (dependencia, aislamiento y falta de red social inclusive) y el trabajo de cuidadora. Los conflictos de pareja y la preocupación por los hijos se observaron en un 20%. Los duelos, los malos tratos, conflictos en el trabajo/estudios, o la doble jornada laboral también estuvieron muy presentes como preocupaciones de peso en la muestra de mujeres.

Por lo que respectaba a los hombres, los conflictos de pareja fueron el determinante más destacable en un 25% de los casos. Los duelos en un 20,3% y los conflictos laborales o en los estudios en un 14,1%, seguidos por las cargas del trabajo de cuidador y los accidentes y enfermedades propias, ambos en un 7,8% de los casos.

Estos hallazgos reflejan una fotografía clara de la impregnación de los conflictos en función del patrón de los roles de género, viendo como en el caso de los hombres, la pérdida del estereotipo de masculinidad y virilidad supone un factor de riesgo (Glozah & Pevalin, 2017; Velasco Arias et al., 2007).

Como hemos visto, la cultura patriarcal produce una serie de condiciones que generan estrés en hombres, y especialmente en las mujeres, incluyendo la falta de apoyo social y emocional, la sobrecarga de trabajo, la discriminación laboral, la violencia de género, entre otros factores. Estos factores pueden afectar la salud mental y física de las mujeres, y también pueden influir en la forma en que se perciben a sí mismas y a su papel en la sociedad (Fraser et al., 2019; Velasco Arias, 2015).

El malestar de las mujeres se constituye como un concepto útil para entender la forma en que las desigualdades de género pueden afectar la salud de las mujeres y cómo se puede trabajar para abordar estos problemas desde una perspectiva feminista.

1.4 Morbilidad psicosomática diferencial en datos

Los trastornos psicosomáticos y el género tienen una relación compleja, multifactorial y de difícil registro. Este fenómeno no sólo es observable a través del *malestar de las mujeres* según lo descrito previamente. Algunos estudios sugieren que las mujeres pueden presentar más síntomas psicosomáticos que los hombres, debido a diferentes factores (García Calvente et al., 2018; Toribio Caballero et al., 2022; Velasco Arias et al., 2007), aunque lo cierto es que también los pares varones pueden ser más propensos a otro tipo de manifestaciones (Glozah & Pevalin, 2017; Toribio Caballero et al., 2022). He aquí la importancia de

conocer las particularidades de cada uno de los géneros para poder adaptar su abordaje desde la enfermería.

Un estudio realizado en la Comunidad de Andalucía en 2018 obtuvo que el género femenino suponía un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental con un OR calculado de 1.54 (García Calvente et al., 2018). Como hemos visto con anterioridad, las mujeres pueden estar más expuestas a situaciones de estrés laboral o doméstico, a roles de género estereotipados o a violencia de género, por ejemplo (Vílchez Barboza et al., 2013) y también pueden tener mayor tendencia a expresar sus emociones negativas a través del cuerpo desde la infancia (Pérez, 2010).

1.4.1 Divergencias en la sintomatología desde edades tempranas

Las experiencias vividas a corta edad resultan claves en el tema que nos ocupa. La mayoría de las manifestaciones psicosomáticas comienzan en la niñez o adolescencia temprana (Sánchez Boris, 2020). La etapa de la pubertad es especialmente sensible en términos de salud mental y crucial en el desarrollo de la personalidad y características individuales de las y los futuros/as adultos/as (Lazarus & Folkman, 2008). Y es que los TPS empiezan a manifestarse generalmente en edades tempranas y a lo largo de la vida se van modulando o exacerbando (Bransfield & Friedman, 2019).

En un estudio reciente realizado en Lituania se trató de hallar un sistema predictivo para con el síndrome depresivo en adolescentes, indagando en aquellos factores predisponentes y protectores (Malinauskiene & Malinauskas, 2021). Tras la aplicación de diferentes cuestionarios validados, se concluyó que el entorno de los y las adolescentes era clave para el desarrollo de síntomas depresivos. La exposición a diferentes formas de bullying, estrés intrafamiliar, consumo de alcohol y otras drogas en su entorno o la actividad física practicada eran algunos de los parámetros que resultaron fundamentales en el posible o no desarrollo de este trastorno. No obstante, un dato que se destaca en el trabajo es la diferencia de género en los resultados, dado que es en las niñas

adolescentes en las que se obtenían puntuaciones más altas de los parámetros predictivos (Malinauskiene & Malinauskas, 2021).

La razón por la cual se obtienen estos resultados puede ir ligado al hecho de que son las niñas y adolescentes quienes, se ven más expuestas a estos determinantes, como queda reflejado en la literatura (Brooks et al., 2021; Glozah & Pevalin, 2017; Malinauskiene & Malinauskas, 2021).

En estas edades el ambiente escolar y familiar son los sistemas principales sobre los que se sustentan los determinantes sociales de la salud. A menudo son las estudiantes de género femenino quienes expresan mayores quejas tanto psicosomáticas como relacionadas con el entorno académico (Brooks et al., 2021; Malinauskiene & Malinauskas, 2021; Sánchez Boris, 2020). Hay investigaciones que también las relacionan con otro tipo de malestares como alteraciones en el peso de los y las adolescentes (tanto por exceso como por defecto), siendo más agravada en el caso de ellas (Brooks et al., 2021). Los niveles de exigencia en los resultados académicos, los estándares de culto al cuerpo y la crisis identitaria típica de las etapas tempranas hacen que se trate de un colectivo especialmente vulnerable al desarrollo de periodos de estrés que pueda revertir en una clínica psicosomática típica como los trastornos de la conducta alimentaria u otros desórdenes estrechamente ligados a la aceptación social (Brooks et al., 2021; Teixeira et al., 2021).

El bienestar en el entorno académico condiciona notablemente el desarrollo de trastornos psicosomáticos, manifestados en cualquiera de sus formas. Las jóvenes reportan mayor prevalencia en ciertos dolores musculares, cefaleas, estomacales, y también nerviosismo, apatía e insomnio; mientras que esta sintomatología resulta significativamente menor en los varones, quienes reportar niveles más aceptables de bienestar en su próximo y académico (Brooks et al., 2021).

Traumas tempranos

Se hace necesario hacer mención especial en este apartado a la importante tendencia de desarrollo de trastornos psicosomáticos a raíz de traumas tempranos, como pueda serlo el matrimonio infantil, fenómeno patriarcal de violación de los derechos humanos que conlleva, además, en muchos casos, embarazos adolescentes y violencia machista dentro de la pareja (Hurtado Arriaga et al., 2019; Martínez Ortega, 2019; Sezgin & Punamäki, 2020)

En un artículo publicado en 2019 sobre mujeres turcas en dicha situación, trataron de cuantificar el impacto psicosomático que el matrimonio forzoso y el embarazo adolescente causaba en las mujeres que lo padecían, teniendo a su vez en cuenta la violencia doméstica como variable de estudio. Las mujeres que habían sido madres antes de los 20 años presentaban puntuaciones superiores de clínica psicosomática que las que lo habían sido a una edad posterior. La violencia doméstica también se pudo relacionar con malestares expresados por las mujeres que participaron, especialmente si habían sido víctimas de abuso o agresión sexual por parte de la pareja (Sezgin & Punamäki, 2020).

Esta práctica, visible y llamativa, supone serio riesgo para salud mental y física de las mujeres la perpetuación de esta práctica. No obstante, se hace imprescindible subrayar que hay muchas otras violencias con la misma o similar implicación en la salud que pasan más desapercibidas dentro del sistema patriarcal (Brooks et al., 2021; Kiecolt-Glaser, 2018; Sezgin & Punamäki, 2020).

Otros estresores tempranos como la separación materna precoz o el maltrato infantil son eventos que condicionarán categóricamente las estrategias de afrontamiento, la gestión de estrés y la percepción de la calidad de vida en la etapa adulta (Berrocal Montiel et al., 2016). La repercusión de la separación prematura de la madre también ha podido comprobarse a nivel fisiológico, donde se ha visto que existe una alteración consistente del eje HPA que conllevan a una mayor vulnerabilidad frente a eventos estresantes a lo largo de la vida (Fava et al., 2017). Se pueden observar las mismas alteraciones

fisiopatológicas en niños y niñas víctimas de maltrato infantil, que persisten hasta la edad adulta (Gajos et al., 2022).

Uno de los problemas de salud que más se relacionan hoy en día con los TPS es la fibromialgia. Existen múltiples patologías que, como la fibromialgia, tienen un importante peso de los determinantes psicosociales para con su desarrollo, véase fatiga crónica o sensibilidad química múltiple, por ejemplo (Bornhauser N. & Csef, 2005). Sin embargo, se ha demostrado mediante múltiples estudios que la fibromialgia en concreto puede tener una relación directa con situaciones de maltrato y adversidad durante la infancia. Los pacientes con fibromialgia reportan circunstancias significativamente mayores de problemática infantil, como abuso emocional o abandono físico y emocional. También los niveles de depresión y ansiedad son significativamente más altos, y la variable género supone un factor determinante, ya que cerca del 90% de las diagnosticadas son de género femenino (Hellou et al., 2017; Martinez-Lavin, 2020; Velasco et al., 2006).

Otros estudios también centran sus investigaciones en la importancia de la vivencia de traumas tempranos como desencadenantes de otro tipo de problemas de salud. Por ejemplo, para el desarrollo de trastornos gastrointestinales funcionales (Xu et al., 2013), alteraciones en el sistema inmunitario (Chen et al., 2021) o inevitablemente, en problemas de salud mental (Gajos et al., 2022), en los que el género suele jugar un papel fundamental.

1.4.2 El patriarcado como vehiculizador del malestar

Como se describía en apartados anteriores, el sistema de género social se sustenta sobre la repartición de poderes, actividades y espacios, entre otros, entre hombres y mujeres. No obstante, no se trata de un sistema universal, aunque sí extendido (Astelarra, 2005). La antropóloga Margaret Mead ya puso en entredicho la justificación biológica definitoria de los estereotipos y roles de género y aún hoy se observan diferencias en la morbilidad de hombres y mujeres en función de la construcción del tejido social (Dillon, 2001).

Así, las incidencias y prevalencias en función de uno u otro género van a verse modeladas por las particularidades sociodemográficas y culturales del contexto en que se desarrollen.

Ejemplo de ello es un estudio realizado en Ghana en el que se pretendía evaluar la comorbilidad asociada entre diversos trastornos psicosomáticos y la salud mental. Obtuvo correlaciones poco significativas, pero a nivel descriptivo destacaron los varones con puntuaciones mayores de malestar psicosomático. Esto en un principio resulta contradictorio con trabajos previos que evalúan los mismos parámetros, pero lo cierto es que los mismos autores atribuyen una explicación a este fenómeno (Glozah & Pevalin, 2017).

En la sociedad ghanesa, los hombres soportan altas presiones desde la juventud para formarse como la figura ideal propia de la masculinidad en cuanto al trabajo o el liderazgo familiar, lo cual implica un sufrimiento psicológico notable ante las expectativas sociales y mayor probabilidad de desarrollo de problemas de salud mental (Glozah & Pevalin, 2017).

La construcción de la masculinidad, supone, igual que la de la feminidad, un aspecto en muchas ocasiones estresante para aquellas y aquellos que pueden encontrar dificultades en el cumplimiento de las expectativas (Toribio Caballero et al., 2022; Wacker et al., 2021). La distribución desigual del trabajo (productivo y reproductivo) y la adjudicación de los roles preestablecidos tiene efectos claros en la salud mental en función del género. Por ejemplo, puede estar relacionado con sufrir estrés laboral diferencial en función, no del sexo, sino de la identidad de género y la expresión del mismo (Wacker et al., 2021).

La feminidad y la masculinidad se ven influidas por el contexto social, siendo que son las mujeres (sentidas) quienes se atribuyen mayor carga mental laboral y externa, es decir, productiva y reproductiva, así como manifestaciones psicosomáticas relacionadas (Bacigalupe et al., 2020; Stewart et al., 2018; Teixeira et al., 2021; Wacker et al., 2021). A esta misma conclusión llegó un grupo de investigadores tras realizar un análisis biológico a los y las participantes de su estudio, además de facilitar una batería de cuestionarios relacionados con aspectos de la repartición de tareas. Con ello se pretendía conocer si la

categoría de análisis clave en investigaciones de este tipo era el sexo (biología) o por el contrario el género (construcción sociocultural), para finalmente concluir que el segundo es la variable más determinante (Wacker et al., 2021).

Esta interiorización de la feminidad y la masculinidad no solo se manifiesta mediante la asunción cognitiva y modelación del razonamiento de los órdenes sociales. Puede verse también en la expresión, el comportamiento o afrontamiento, entre otras (Martorell-Poveda et al., 2015; Weng et al., 2016).

1.4.3 Estrategias de afrontamiento

Como venimos diciendo, la inherente socialización diferencial según géneros en las sociedades patriarcales lleva a los individuos al aprendizaje de patrones de conducta en función de aquello propiamente masculino o femenino. Los varones ven penalizada la emotividad, característica impropia del constructo de masculinidad patriarcal, cuyo rol convencional está más sujeto al control emocional (Brigidi, 2010). En cambio, ellas no pueden permitirse expresar la hostilidad porque tampoco corresponde socioculturalmente a la feminidad según los condicionantes histórico-sociales y religiosos, que han marcado fuertes diferencias entre ambos géneros por lo que a la emotividad se refiere (Brigidi, 2010; Weng et al., 2016). Esto es extrapolable a otros aspectos relacionados también con la división de roles, como pueda serlo la maternidad/paternidad, la dedicación desigual al tiempo productivo y reproductivo, el cuidado de otros o el matrimonio/vida familiar (M. P. Matud, 2015; Toribio Caballero et al., 2022).

Con el objetivo de indagar sobre la relación entre la hostilidad multidimensional y la clínica psicosomática, se evaluó la hostilidad cognitiva, afectiva, conductual y suprimida de la hostilidad en 398 jóvenes universitarios y universitarias chinos/as. Los resultados arrojaron luz sobre la predictibilidad de desarrollo de alteraciones psicosomáticas en relación con estos cuatro parámetros de la hostilidad multidimensional evaluados, destacando que, además, existían diferencias en función de género. De esta forma, la hostilidad expresada

aumenta la correlación de síntomas psicosomáticos en mujeres, mientras que los rebaja en hombres; y, por el contrario, la hostilidad afectiva sube las puntuaciones de sintomatología psicosomática en varones. La supresión conductual de la hostilidad condicionaba, especialmente en mujeres, la relación con conductas negativas de la salud (Weng et al., 2016).

La justificación de las diferencias de respuesta entre hombres y mujeres no tiene una sola etiología conductista o socializadora. La epigenética cobra relevancia, por ejemplo, en la reactividad inmediata ante situaciones estresantes. La testosterona potencia por un lado la agresividad u hostilidad ante el estrés en hombres, pero también otros factores hormonales pueden condicionar la de las mujeres (embarazo, uso de anticonceptivos orales o ciclo menstrual) (Ciccia, 2021b). No obstante, según la Dra. Ciccia: *La predisposición no equivale necesariamente a predicción, puesto que el cuerpo puede seguir modificándose según la experiencia vivida y por tanto se plantea una disposición indeterminada* (2021b). Esto implica que, aunque el sexo es una variable innegablemente fundamental en el análisis estadístico, el género se constituye como una dimensión mediadora de las enfermedades que merece tener especial consideración (Esteban, 2001; Toribio Caballero et al., 2022).

Los y las miembros de las sociedades construyen su identidad mediante la socialización primaria (Berger & Luckmann, 1986). El aprendizaje se efectúa mediante la identificación e imitación desde la niñez, y contribuye a la perpetuación de la adopción de estrategias o recursos de afrontamiento ante eventos adversos, como la hostilidad o emotividad mencionados previamente (Berger & Luckmann, 1986; González Ramírez & Landero Hernández, 2006).

A nivel teórico, existen diversas formas de categorizar las prácticas del manejo de estrés, siendo unas de las más populares las descritas por Lazarus y Folkman en 1986, que distinguieron dos tipos generales de estrategias: las de resolución de problemas y las de regulación emocional (Lazarus & Folkman, 2008; Vázquez Valverde et al., 2000). Ambos tipos engloban múltiples estrategias, tanto eficaces como no, de respuesta a eventos estresantes o la resolución de conflictos inmediatos. Algunas de ellas pueden ser la

confrontación directa, la evitación o escape, el distanciamiento, búsqueda de apoyo social, el autocontrol o represión emocional, etc. (Vázquez Valverde et al., 2000). La utilización de unas u otras estrategias tiene un impacto directo sobre la efectividad de respuesta del organismo ante diferentes situaciones estresoras. La canalización emocional eficiente o un afrontamiento más resolutivo actuará como factor protector y, en cambio, una actitud evitativa o represiva contribuirá al desarrollo de problemas de salud (González Ramírez & Landero Hernández, 2008; Nemiah & Sifneos, 1970; Pert, 2002), y como hemos podido ir observando, también en este aspecto hombres y mujeres divergen (Martorell-Poveda et al., 2015; Marty, 2013; Salgado Roa & Leria Dulcic, 2018).

Según la literatura consultada, algunos hombres tienden a expresar el malestar mediante la rabia, hábitos tóxicos o aislamiento. Por el contrario, las mujeres se inclinan de forma más polarizada o bien a reprimir las emociones para evitar problemáticas (Martorell-Poveda et al., 2015; Salgado Roa & Leria Dulcic, 2018; Velasco Arias, 2009) o bien a buscar apoyo social en el entorno próximo (Vázquez Valverde et al., 2000; Velasco Arias, 2009). La no adecuación a la expresión o respuesta socialmente esperada por parte de la sociedad pueden conllevar graves consecuencias, como la alta tasa de suicidios en hombres cisgénero heterosexuales con dificultades en la expresión de tristeza o miedo por el distanciamiento del ideal de masculinidad (Kimmel, 2018).

También se ha visto la influencia de los cambios en las dinámicas socioculturales por lo que respecta al consumo de hábitos tóxicos, por ejemplo. Aunque históricamente se ha atribuido a los hombres, existe una tendencia en mujeres, y sobre todo adolescentes, cada vez en mayor volumen, a adoptar conductas desadaptativas como el consumo de alcohol como recurso de afrontamiento (Bacigalupe et al., 2020; Valls Llobet, 2022).

El hecho de ajustarse a las normas de género implica un esfuerzo por parte de ambos sexos por adecuarse al otorgado y vulnerando la individualidad propia. Esto, como se ha venido observando, tiene un impacto negativo en la salud de ambos (Kimmel, 2018). Así, en el proceso del desarrollo psicosomático, puede tener repercusiones distintas en el manejo saludable y efectivo de la interacción

con el contexto o el desarrollo de manifestaciones psicofísicas sin origen orgánico aparente (Marty, 2013; Pert, 2010; Salgado Roa & Leria Dulcic, 2018).

1.4.4 Calidad de vida y salud mental

Uno de los principales problemas del registro y prevalencia de los TPS es precisamente, como se comenta con anterioridad, su concepto difuso. No obstante, a través de la revisión de la literatura, se hace posible la detección de una serie de indicadores sobre el conocimiento de los malestares percibidos por la población, y que pueden sugerir las condiciones del estado de salud de la misma. En este aspecto, los indicadores referidos al bienestar mental, malestar emocional o calidad de vida pueden resultar especialmente reveladores.

En la década de los 60 se comenzó a plantear la calidad de vida como indicador básico e indispensable en el conocimiento del estado de salud individual y colectivo, por lo que las ciencias de la salud iniciaron la introducción de este parámetro como dimensión categórica de estudio. Específicamente, en el ámbito de la medicina psicosomática, la calidad de vida proyecta el grado de bienestar-malestar resultante de una serie de circunstancias vitales equiparables a algunos determinantes de la salud. Así, un cómputo global de la calidad de las interacciones sociales, el estado emocional, intelectual y físico, el estatus económico y la autopercepción de salud definen lo que finalmente se entiende por calidad de vida (Bech, 1987).

Esta dimensión se halla estrechamente ligada a la salud mental en su vertiente más cualitativa, ya que ésta tiende a empeorar de forma proporcional al deterioro de las condiciones de vida, tales como los determinantes sociales de la salud (Bacigalupe et al., 2020; Bech, 1987).

Así, el análisis de los datos disponibles a nivel estatal y catalán concluyen que la percepción de calidad de vida (Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, 2017; Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2014), autopercepción positiva del estado de salud (Departament de Salut, 2021) o el

riesgo de sufrir un trastorno mental (5,3% hombres, 10% mujeres) (Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, 2017) afectan más negativamente al género femenino que al masculino.

En 2017, a nivel nacional, la prevalencia de mala salud mental (no solo la diagnosticada) fue del 23.4% en mujeres y 15.6% en hombres. Estas puntuaciones se mantenían superiores en todos los grupos de edad de género femenino (Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, 2017). Por otro lado, los índices de bienestar mental son, previsiblemente, inversos a los valores mencionados. El 19,8% de mujeres frente al 10,3% de hombres experimentan ansiedad o depresión en Cataluña (Departament de Salut, 2021).

Otras casuísticas de la salud que revierten tanto en la calidad de vida como en la salud mental muestran las mismas tendencias. Se observa mayor prevalencia en mujeres con relación a enfermedades crónicas (42,3% frente a 36,1%), y los valores registrados por lo que respecta al dolor y malestar se hallan más presentes en un tercio de las mujeres frente a 1 de cada 5 hombres catalanes. Esta desigual distribución decantada hacia el género femenino suele repetirse en todos los grupos de edad y las puntuaciones obtenidas en Terres de l'Ebre resultan superiores a la media catalana (Departament de Salut, 2016, 2017). En esta región sanitaria, además, se observan tasas más elevadas de ansiedad y depresión que en otras zonas del territorio catalán. Casi una cuarta parte de la población adulta tiene malestar emocional: el 32% de las mujeres al frente al 17.3% de los hombres que respondieron la *Enquesta de Salut de Catalunya* de 2020, lo que suscribe una diferencia significativa en este aspecto. Además, aunque los casos totales de malestar emocional aumentan cada año según las encuestas de salud anuales (lo que merece una intervención urgente per se), existe una progresiva tendencia de los datos a incrementar las puntuaciones de malestar en mujeres (Departament de Salut, 2021).

Se ha constatado que las mujeres acumulan mayor probabilidad de desarrollo de problemas de salud mental independientemente de la clase social, como por ejemplo, atesorando casi el doble de posibilidades que los hombres de desarrollar trastornos ansiosos (ratio mujer:hombre de 1.9:1) (Remes et al.,

2016). No obstante, otros estudios vuelven a resaltar la importancia de la interseccionalidad en este ámbito, dado que, aunque las puntuaciones femeninas siguen siendo peores, se agudizan al incorporar la clase social y nivel educativo, que condicionan considerablemente la prevalencia de la salud mental deficiente (Bacigalupe et al., 2020).

El porcentaje de diagnósticos de problemas de salud mental es más elevado en las personas que pertenecen en la clase social menos favorecida (el 14.0% de la clase básica y 4.2% la clase acomodada) y en las personas con un nivel de estudios más bajo (15.2% tienen estudios primarios o no tienen y 5.2% las personas con estudios universitarios) (Departament de Salut, 2021).

Paralelamente, el gradiente social se hace notable y evidencia la desigualdad por lo que a percepción del estado de salud se refiere (Figura 10). La calidad de vida percibida tanto por hombres como mujeres desciende de forma acusada a medida que la clase social es más desfavorecida, aunque la percepción del estado de salud de las mujeres siempre es inferior en todos los grupos sociales (Subdirección General de Promoción Prevención y Calidad, 2021).

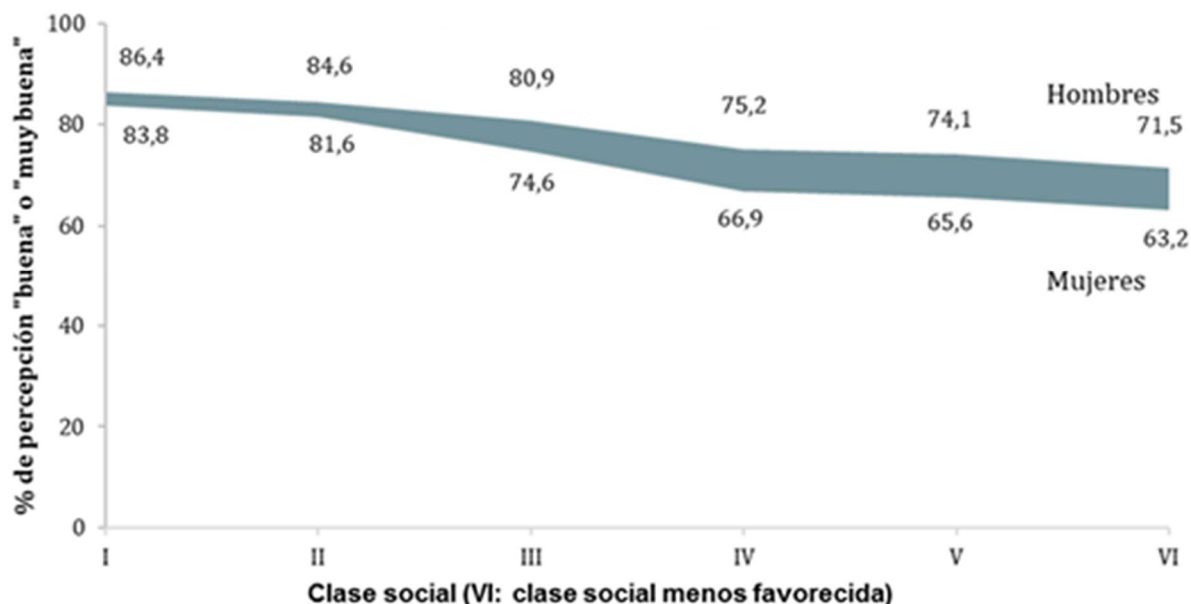


Figura 10. Relación entre percepción positiva del estado de salud y la clase social ocupacional en España, 2017. Fuente: (Subdirección General de Promoción Prevención y Calidad, 2021)

Otros muchos condicionantes además de los mencionados anteriormente, como la edad o la etnia, condicionan de forma manifiesta la aparición, desarrollo y prognosis de diversas problemáticas. A propósito de este trabajo, cabe destacar finalmente la localización geográfica como determinante del estado de salud, ya que tan solo el propio frenetismo o el PIB per cápita del territorio, por ejemplo, ya pueden suponer diferencias notorias en diferentes parámetros relacionados con la salud (Subdirección General de Promoción Prevención y Calidad, 2021).

Con relación a las zonas rurales, como en la que se desarrolla este trabajo, se entiende que el bienestar y calidad de vida es más elevado que en entornos más urbanos (Alcañiz et al., 2020). Esto difiere con los datos obtenidos en Terres de l'Ebre (Departament de Salut, 2016, 2017), cuya explicación podría hallarse en las diferencias devenidas por las características personales y de salud. Así, aunque por norma general las zonas no urbanas gocen del imaginario de sustentar mayor bienestar mental, ser mujer y de mayor edad son factores más decisivos en este aspecto, asociándose con un bajo bienestar mental (Alcañiz et al., 2020).

Capítulo 2

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

- Analizar los determinantes psicosociales y culturales que puedan constituir un riesgo para el desarrollo de trastornos psicosomáticos con diferencia de género.

2.2 Objetivos específicos

- Describir los determinantes psicosociales y culturales que puedan intervenir en los procesos psicosomáticos.
- Conocer la influencia que el género tiene sobre el desarrollo de los TPS y reflexionar sobre su abordaje.
- Estudiar la prevalencia de los TPS y las diferencias según la edad y el sexo en una zona no urbana.
- Definir el perfil psicosocial de las personas más vulnerables al desarrollo de TPS.
- Analizar la sintomatología psicosomática y los determinantes de la salud que puedan intervenir desde la perspectiva de género.
- Evaluar la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento de la población adulta con diagnóstico psicosomático en una zona rural de Cataluña.

Capítulo 3

METODOLOGÍA

3. METODOLOGÍA

A lo largo de este capítulo se desarrolla la metodología empleada en cada una de las fases en que se divide el estudio.

3.1 Fase 0: Exploratoria

3.1.1. Diseño

En esta fase preliminar se realizó una revisión narrativa (RN) crítica de la literatura durante el periodo comprendido entre diciembre de 2017 y mayo de 2018. La RN permitió recoger e incorporar un amplio volumen de evidencia publicada, por lo que tras la evaluación crítica y de síntesis, generó un escenario idóneo para el alcance del conocimiento propuesto.

3.1.2. Estrategia de búsqueda

Se ejecutó una búsqueda estructurada en diferentes plataformas: Scielo, Dialnet, CUIDEN y Google Academic. Se utilizaron los descriptores “psicosomatización”, “psicosomático/a”, “biopsicosocial”, “síntomas psicosomáticos”, “mujer” y “género”, tanto en castellano como en inglés en función de la base de datos consultada. A su vez, se hizo uso del operador booleano “AND” para combinar los diferentes descriptores.

La selección de artículos disponibles en línea se complementó con una búsqueda secundaria a partir de la técnica de bola de nieve. Se incluyó también otros artículos relacionados en formato papel, libros y documentos especializados en la materia, así como informes estadísticos a nivel nacional.

Fuente	Tipo de búsqueda	Términos de búsqueda	Nº Resultados	Artículos seleccionados
Dialnet	Básica. Filtro: Artículo de revista.	Síntomas Psicosomáticos	51	2
	Filtro: Texto completo disponible.	Síntomas Psicosomáticos AND mujer	14	3
Scielo	Básica. Acotada a los últimos 10 años.	Síntomas somáticos AND mujer	51	1
		Psicosomático AND biopsicosocial	153	1
Google Académico	Básica. Acotada a los últimos 10 años.	Biopsicosocial AND mujer AND psicosomático	10500	2
CUIDEN	Básica. Filtro: Artículos de revista.	Psicosomático	37	1

Tabla 2. Estrategias de búsqueda en las bases de datos electrónicas. Fuente: elaboración propia.

3.1.3. Criterios de inclusión y exclusión

Se acotó la búsqueda a aquellas fuentes que hubieran sido publicadas en los últimos 10 años [2007-2017] y en idioma castellano, inglés o portugués.

En cuanto a los criterios de exclusión, se desestimaron las publicaciones con restricciones de acceso al texto completo y/o que trataran desórdenes somatomorfos según la descripción del DSM-IV y DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) en lugar de TPS.

3.1.4. Tamaño de la muestra

Tras la revisión de resúmenes y contenido de los documentos obtenidos, la estrategia de búsqueda y los criterios de selección aplicados, se incluyeron un total de 10 artículos disponibles en red, 5 artículos en formato papel, 8 libros y monográficos y 3 informes estadísticos.

3.1.5. Análisis de datos

A través de la metodología propia de la RN se llevó a cabo un análisis exhaustivo de la información y contenido de los documentos consultados, favoreciendo así a la comprensión en profundidad del tema. Se categorizó la información recabada en tres bloques a partir de los resultados: *determinantes psicosociales y culturales, el malestar de las mujeres y la expresión del malestar y su abordaje*. El contenido recuperado se desarrolló y discutió en cada bloque según la temática abordada.

3.2 Fase I: Descriptiva

3.2.1. Diseño

Para la ejecución de la primera fase, se llevó a cabo un estudio descriptivo observacional retrospectivo de base poblacional, basado en los datos clínicos extraídos del e-CAP (*Estació Clínica d'Atenció Primària*), herramienta de gestión de la historia clínica informatizada utilizada por los centros de Atención Primaria del *Institut Català de Salut* (ICS). La extracción de datos se llevó a cabo en marzo de 2021, y se extrajo la información disponible relativa a los últimos 10 años [2011-2021].

3.2.2. Ámbito y población de estudio

La población diana fue la perteneciente a la Región Sanitaria Terres de l'Ebre (Figura 11), conformada por cuatro comarcas: Baix Ebre (78.011 habitantes), Montsià (62.263), Ribera d'Ebre (21.870) y Terra Alta (11.430) (Instituto de Estadística de Cataluña (IDESCAT), 2020).



Figura 11. Mapa de la ubicación de la Región Sanitaria Terres de l'Ebre en Cataluña y su distribución por comarcas. Fuente: elaboración propia a partir de Canal Salut Gencat (<https://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/activitat-fisica/rutes-saludables/>)

La población de estudio quedó conformada por la totalidad de sus habitantes mayores de 18 años, siendo una suma total de 179.387 hombres y mujeres. Se trata de un área rural, o no urbana, por las características de dispersión poblacional en el territorio, lo que supone un punto fuerte del estudio.

3.2.3. Procedimiento de muestreo y tamaño muestral

La selección de los participantes se llevó a cabo mediante muestreo intencional no probabilístico, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión descritos en el siguiente apartado.

Los casos incluidos finalmente fueron 33.680, de cuales 11.908 hombres y 21.772 mujeres, distribuidos de forma bastante representativa al volumen de población de cada una de las cuatro comarcas. El 45.8% de los casos pertenecían a la comarca de Baix Ebre, 36.7% a Montsià, 12.1% a Ribera d'Ebre i 5.4% a Terra Alta.

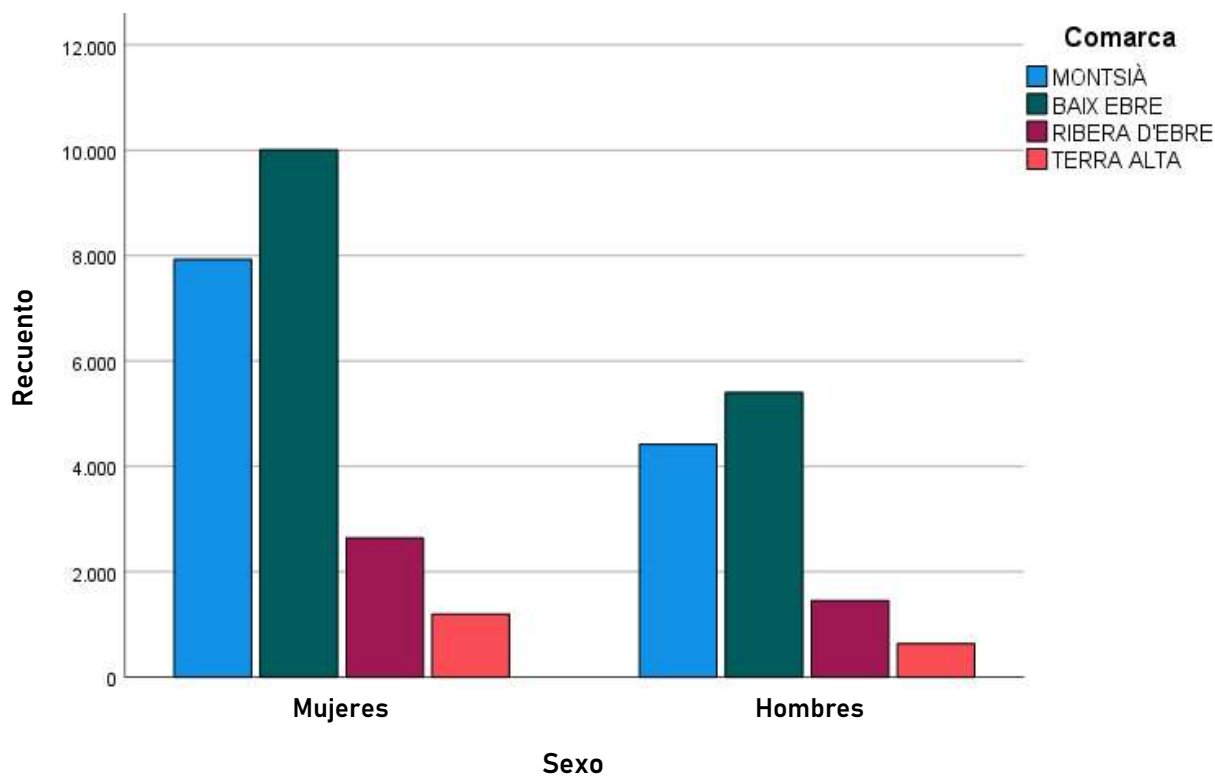


Figura 12. Distribución de la muestra por comarca y sexo.

3.2.4. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión que debían cumplir los hombres y mujeres registrados en la base de datos y sugestivos de pertenecer a esta primera fase fueron los siguientes:

- Tener edad igual o superior a 18 años en el momento de la inclusión al estudio.
- Hallarse censado/a en la Región Sanitaria de Terres de l'Ebre.
- Contar con una historia clínica activa, habiendo hecho uso previo al estudio de los servicios de Atención Primaria (AP).
- Contar con, al menos, una de las categorías diagnósticas (CIE-10-ES) del grupo de TPS (Tabla 3).

Los criterios de exclusión que se aplicaron fueron:

- Residir de forma habitual fuera de la Región Sanitaria Terres de l'Ebre en el momento de la inclusión al estudio, aun hallándose empadronados en dicho territorio.
- No contemplar en el historial clínico las variables clínicas tipificadas a partir de 2010.
- Hallarse registrado/a como *éxitus* en el sistema o fallecer durante el periodo de extracción de datos.

Una vez aplicados estos criterios sobre el total de la población (N=197.574), se obtiene una base de datos inicial con 43.892 casos, los cuales se revisan y se aplican filtros con mayor precisión, resultando en una muestra final de 33.680 casos (Figura 15).

CIE-10-ES	Descripción etiqueta diagnóstica
C01F32.0	Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve
C01F32.1	Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado
C01F32.2	Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos
C01F32.3	Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave con síntomas psicóticos
C01F32.9	Trastorno depresivo mayor, episodio único, no especificado
C01F32.89	Otros episodios: depresión atípica, postesquizofrénica, episodio único de depresión enmascarada
C01F33.0	Trastorno depresivo mayor, recurrente, leve
C01F33.1	Trastorno depresivo mayor, recurrente, moderado
C01F33.2	Trastorno depresivo mayor, recurrente grave sin rasgos psicóticos
C01F33.3	Trastorno depresivo mayor, recurrente grave con síntomas psicóticos
C01F33.9	Trastorno depresivo mayor, recurrente, no especificado
C01F33.4	Trastorno depresivo mayor, recurrente, en remisión, no especificado
C01F39	Trastorno del estado de ánimo [afectivo], no especificado
C01F34.0	Trastorno ciclotímico
C01F34.1	Trastorno distímico
C01F34.9	Trastorno persistente del estado de ánimo [afectivo], no especificado
C01F34.89	Otros Trastornos persistentes especificados del estado de ánimo
C01F41.0	Trastorno de pánico (ansiedad episódica paroxística)
C01F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada
C01F41.3	Otros trastornos de ansiedad mixtos
C01F41.8	Otros trastornos de ansiedad: ansiedad-histeria, Trastorno mixto ansioso-depresivo
C01F41.9	Trastorno de ansiedad, no especificado
C01F43.0	Reacción aguda de estrés
C01F43.9	Reacción a estrés grave, no especificada
C01F43.10	Trastorno por estrés postraumático, no especificado
C01F43.11	Trastorno por estrés postraumático, agudo
C01F43.20	Trastorno adaptativo, no especificado
C01F43.21	Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo
C01F43.22	Trastorno adaptativo con ansiedad
C01F43.23	Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y depresión
C01F43.25	Trastorno adaptativo con alteración mixta de emociones y conducta
C01F43.29	Trastorno adaptativo con otros síntomas
C01F44.4	Trastorno de conversión con síntoma o déficit motor
C01F44.5	Trastorno de conversión con crisis o convulsiones
C01F44.9	Trastorno disociativo i de conversión, no especificado
C01F45.0	Trastorno de somatización
C01F45.1	Trastorno somatomorfo indiferenciado
C01F45.8	Otros trastornos somatomorfos
C01F45.9	Trastorno somatomorfo, no especificado
C01F45.20	Trastorno hipocondríaco, no especificado
C01F45.22	Trastorno dismórfico corporal
C01F45.41	Trastorno doloroso exclusivamente relacionado con factores psicológicos
C01F45.42	Trastorno doloroso relacionado con factores psicológicos
C01F54	Factores psicológicos y de comportamiento asociados a funciones somáticas
C01F48.1	Síndrome de despersonalización-desrealización
C01F48.8	Otros trastornos mentales no psicóticos: neurosis, síncope psicógeno, neurastenia
C01F48.9	Trastorno mental no psicótico, no especificado

C01F50.00	Anorexia nerviosa, no especificada
C01F50.2	Bulimia nerviosa
C01F50.9	Trastorno de la conducta alimentaria (TCA), no especificado: anorexia/bulimia atípica, otro TCA
C01F50.81	Trastorno de ingestión compulsiva
C01F50.89	Otros trastornos especificados de la CA: pérdida psicógena apetito, pica en adultos
C01F51.01	Insomnio primario
C01F51.02	Insomnio de ajuste
C01F51.3	Sonambulismo
C01F51.4	Terrores nocturnos [terrores del sueño]
C01F51.04	Insomnio psicofisiológico
C01F51.5	Pesadillas: trastorno de ansiedad por sueños
C01F51.05	Insomnio debido a otro trastorno mental
C01F51.8	Otros trastornos del sueño no debidos a sustancia ni afección fisiológica conocida
C01F51.9	Trastorno del sueño no específico, no debido a sustancia ni afección fisiológica conocida
C01F51.09	Otros tipos de insomnio no debidos a sustancia ni afección fisiológica conocida
C01F51.11	Hipersomnia primaria
C01F51.19	Otros tipos de hipersomnia no debidos a sustancia ni afección fisiológica conocida
C01R45.0	Nerviosismo: tensión nerviosa
C01R45.1	Inquietud y agitación
C01R45.2	Infelicidad
C01R45.3	Desmoralización y apatía
C01R45.4	Irritabilidad e ira
C01R45.6	Comportamiento violento
C01R45.7	Sido conmoción y estrés emocional
C01R45.81	Baja autoestima
C01R45.82	Preocupaciones
C01R45.83	Llanto excesivo
C01R45.84	Anhedonia
C01R45.86	Labilidad emocional
C01R45.87	Impulsividad
C01R45.89	Otras signos y síntomas que afectan en el estado emocional
C01R45.851	Ideaciones suicidas
C01R46.0	Muy bajo nivel de higiene personal
C01R46.2	Conducta extraña e inexplicable
C01R46.3	Exceso de actividad
C01R46.7	Verborrea y prolijidad que enmascaran el motivo del contacto
C01R46.89	Otros síntomas y signos que afectan a la apariencia y al comportamiento
C01R53.1	Astenia
C01R53.81	Otros tipos de malestar: debilidad, deterioro físico general, malestar
C01R53.82	Fatiga crónica, no especificada (síndrome fatiga crónica)
C01R53.83	Otros tipos de fatiga: cansancio, falta de energía, letargo
C01T74.11	Abuso físico de adultos, confirmado
C01T74.31	Abuso psicológico de adultos, confirmado
C01T74.11XA	Abuso físico de adultos, confirmado, contacto inicial
C01T74.12XA	Abuso físico infantil, confirmado, contacto inicial
C01T74.21XA	Abuso sexual de adultos, confirmado, contacto inicial
C01T74.21XD	Abuso sexual de adultos, confirmado, contacto sucesivo
C01T74.22XA	Abuso sexual infantil, confirmado, contacto inicial

C01T74.22XS	Abuso sexual infantil, confirmado, secuela
C01T74.31XA	Abuso psicológico de adultos, confirmado, contacto inicial
C01T74.32XA	Maltrato psicológico infantil, confirmado, contacto inicial
C01T74.91XA	Maltrato de adultos no especificado, confirmados, contacto inicial
C01T74.92XA	Maltrato infantil no especificado, confirmado, contacto inicial
C01T76.22	Abuso sexual infantil, sospecha
C01T76.31	Abuso psicológico de adultos, sospecha
C01T76.11XA	Abuso físico de adultos, sospecha, contacto inicial
C01T76.21XA	Abuso sexual de adultos, sospecha, contacto inicial
C01T76.22XA	Abuso sexual infantil, sospecha, contacto inicial
C01T76.31XA	Abuso psicológico de adultos, sospecha, contacto inicial
C01T76.91XA	Maltrato de adultos no especificado, sospecha, contacto inicial
C01Z56.0	Desempleo, no especificado
C01Z56.4	Desavenencias con el jefe y los compañeros de trabajo
C01Z56.5	Ambiente de trabajo desagradable
C01Z56.6	Otra tensión física y mental relacionada con el trabajo
C01Z56.9	Problemas relacionados con el trabajo no especificado: problemas ocupacionales
C01Z56.89	Otros problemas relacionados con el trabajo
C01Z59.0	Falta de vivienda
C01Z59.1	Vivienda inadecuada: entorno insatisfactorio, faltas y restricciones espaciales
C01Z59.2	Desavenencias con los vecinos, inquilinos y el propietario
C01Z59.3	Problemas relacionados con la vida en una institución residencial (internamiento)
C01Z59.4	Falta de alimentación y agua potable adecuadas
C01Z59.5	Pobreza extrema
C01Z59.6	Ingresos económicos bajos
C01Z59.7	Seguridad social y asistencia social insuficientes
C01Z59.8	Otros problemas relacionados con la vivienda y circunstancias económicas
C01Z59.9	Problema relacionado con la vivienda y circunstancias económicas, no especificado
C01Z60.0	Problemas de adaptación a las transiciones de los ciclos de vida (jubilación, síndrome del nido vacío...)
C01Z60.2	Problemas relacionados con vivir solo/a
C01Z60.3	Dificultades por aculturación
C01Z60.4	Exclusión y rechazo social
C01Z60.8	Otros problemas relacionados con el entorno social
C01Z60.9	Problema relacionado con el ambiente social, no especificado
C01Z62.0	Supervisión y control parental inadecuados
C01Z62.6	Presión inadecuada (excesiva) de los padres
C01Z62.9	Problema relacionado con la crianza, no especificado
C01Z62.21	Niño custodia por razones económicas
C01Z62.22	Educación institucional
C01Z62.810	Historia personal de abuso físico y sexual durante la infancia
C01Z62.811	Historia personal de maltrato psicológico durante la infancia
C01Z62.812	Historia personal de desatención durante la infancia
C01Z62.890	Distanciación entre padres e hijos NCOC
C01Z62.891	Rivalidad entre hermanos
C01Z62.898	Otros problemas especificados relacionados con la crianza

C01Z63.0	Problemas en la relación con el cónyuge o pareja
C01Z63.1	Problemas en la relación con los suegros
C01Z63.3	Ausencia de un miembro de la familia
C01Z63.4	Desaparición y muerte de miembro de familia
C01Z63.5	Ruptura familiar por separación y divorcio
C01Z63.6	Familiar dependiente que requiere curas al hogar
C01Z63.8	Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario (apoyo/comunicación insuficiente, distanciación...)
C01Z63.9	Problema relacionado con el grupo de apoyo primario: trastorno de relación
C01Z63.32	Otro tipo de ausencia de miembro de familia
C01Z63.72	Alcoholismo y drogadicción en la familia
C01Z63.79	Otros acontecimientos de la vida que generan estrés en la familia y el hogar (enfermedades de miembros, trastornos, antes...)
C01Z64.0	Problemas relacionados con embarazo no deseado
C01Z65.0	Condena en procesos civiles y criminales, sin prisión
C01Z65.3	Problemas relacionados con otras circunstancias legales
C01Z65.8	Otros problemas específicos relacionados con circunstancias psicosociales (problema religioso o espiritual)
C01Z65.9	Problema relacionado con circunstancias psicosociales no especificado
C01Z69.81	Contacto con los servicios de salud mental de la víctima otros tipos de maltratos
C01Z70.0	Asesoramiento en relación a la actitud sexual
C01Z70.1	Asesoramiento en relación al comportamiento y orientación sexual del paciente: promiscuidad, impotencia...
C01Z70.2	Asesoramiento en relación al comportamiento y orientación sexual de terceros: pareja, hijo/a, cónyuge
C01Z70.3	Asesoramiento relacionado con preocupaciones combinadas sobre la actitud, comportamiento y orientación sexual
C01Z70.8	Otro asesoramiento sexual: contacto por educación sexual
C01Z70.9	Asesoramiento sexual, no especificado
C01Z71.3	Asesoramiento y vigilancia dietética
C01Z71.4	Asesoramiento y vigilancia miedo abuso de alcohol
C01Z71.5	Asesoramiento y vigilancia miedo abuso de drogas
C01Z71.6	Terapia por tabaquismo
C01Z71.9	Asesoramiento, no específico: contacte miedo consejo médico
C01Z71.41	Asesoramiento miedo abuso de alcohol y vigilancia de persona alcohólica
C01Z71.42	Asesoramiento para familiar de persona alcohólica
C01Z71.51	Asesoramiento y vigilancia del adicto a drogas, por abuso de drogas
C01Z71.89	Otro asesoramiento específico
C01Z72.0	Consumo de tabaco
C01Z72.3	Falta de ejercicio físico
C01Z72.4	Dieta y hábitos alimentarios inapropiados
C01Z72.9	Problema relacionado con el estilo de vida, no especificado
C01Z72.51	Conducta heterosexual de alto riesgo
C01Z72.53	Conducta bisexual de alto riesgo
C01Z72.89	Otros problemas relacionados con el estilo de vida: comportamiento autolesivo
C01Z72.810	Conducta antisocial del niño y adolescente
C01Z72.811	Conducta antisocial en adultos
C01Z72.821	Higiene del sueño inadecuado

C01Z73.1	Patrón de conducta tipo A
C01Z73.2	Falta de descanso y ocio
C01Z73.3	Estrés, no clasificado bajo otro concepto: tensión física y mental
C01Z73.4	Habilidades sociales inadecuadas, no clasificadas bajo otro concepto
C01Z73.5	Conflicto de rol social, no clasificado bajo otro concepto
C01Z73.6	Limitación de las actividades debido a discapacitado
C01Z73.9	Problema relacionado con la dificultad de gestión de vida, no especificado
C01Z74	Problemas relacionados con el proveedor de curas a la persona dependiente
C01Z74.1	Necesidad de asistencia con cuidado personal
C01Z74.01	Situación de confinamiento a la cama: postrado/a en cama
C01Z74.2	Necesidad de asistencia en el hogar sin otro miembro de la familia que pueda prestar cuidados
C01Z74.3	Necesidad de supervisión continúa
C01Z74.8	Otros problemas relacionados con el proveedor de cuidados a persona dependiente
C01Z74.9	Problema relacionado con el proveedor de cuidados a persona dependiente, no especificado
C01Z74.09	Otro tipo de movilidad reducida: postrado/a en sillón

Tabla 3. Diagnósticos (CIE-10-ES) incluidos en el estudio y etiqueta diagnóstica.

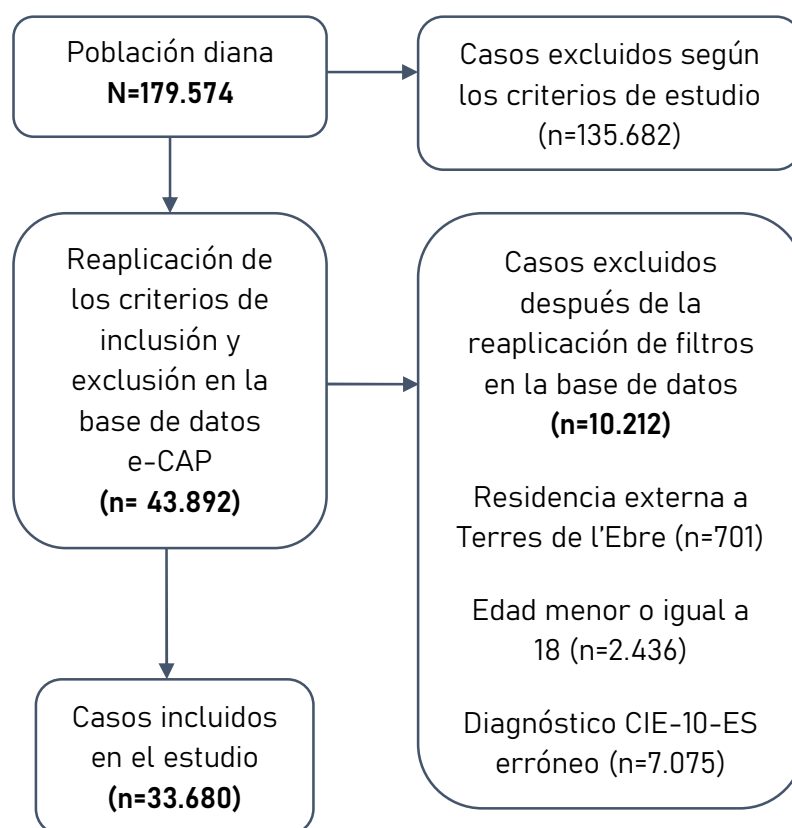


Figura 13. Diagrama de selección de los casos incluidos en el estudio.

3.2.5. Variables de estudio

Los datos fueron recogidos de forma sistemática de una fuente de información secundaria, dado que se extrajeron de la base de datos facilitada por el programa e-CAP. A partir de ésta se extrajeron variables de carácter sociodemográfico que ayudaron a definir el perfil de los sujetos: sexo, fecha de nacimiento y lugar de residencia (comarca). Se mantuvo la variable sexo (y no género) para el análisis de esta fase dado que es la información recogida por el Sistema Nacional de Salud.

Las variables independientes fueron sexo y edad. Esta última se estratificó por grupos de edad: 18-24; 25-44; 45-64 y ≥ 65 años, según la clasificación utilizada por el Instituto Nacional de Estadística del Estado Español con relación al análisis de determinantes de salud (Instituto Nacional de Estadística, 2020).

Por otro lado, las variables de estudio relacionadas con los diagnósticos de problemas de salud se definieron en función de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10-ES (Ministerio de Sanidad, 2022). Se seleccionaron 201 diagnósticos más representativos del proceso psicosomático y con mayor influencia de los determinantes de salud derivados del contexto sociocultural (González Ramírez & Landero Hernández, 2008; Mingote Adán, 2000; Rajna, 2021; Torrubia-Pérez et al., 2021; Uribe-Prado, 2020; Velasco Arias, 2015; Velasco Arias et al., 2007). Para analizar su asociación con el sexo de forma más eficaz fueron agrupadas según el problema de salud en 25 categorías diagnósticas:

1. Depresión
2. Trastorno persistente del estado de ánimo
3. Ansiedad
4. Estrés
5. Trastorno conversivo
6. Trastorno somatomorfo
7. Trastorno mental no psicótico
8. Trastorno de la conducta alimentaria
9. Trastorno del sueño

10. Signos y síntomas que afectan al estado emocional
11. S/s relacionados con la apariencia y el comportamiento
12. Malestar i fatiga
13. Abuso, negligencia y otros malos tratos, confirmado
14. Abuso, negligencia y otros malos tratos, sospecha
15. Problema relacionado con la ocupación y desempleo
16. Problema relacionado con la vivienda y las circunstancias económicas
17. Problema relacionado con el entorno social
18. Problema relacionado con la crianza
19. Problema relacionado con el grupo de apoyo primario, incluidas circunstancias familiares
20. Otras circunstancias psicosociales
21. Asesoramiento en relación a la actitud, comportamiento y orientación sexual
22. Contacto con el servicio de salud por otro tipo de asesoramiento y consejos médicos
23. Problema relacionado con el estilo de vida
24. Problema relacionado con la dificultad en el control de la vida
25. Problemas con los cuidados a la persona dependiente

En el Anexo 1 se puede consultar la relación entre agrupación diagnóstica, código del CIE-10-ES y la descripción o etiqueta diagnóstica.

Según las clasificaciones descritas en el CIE-10-ES, de entre estas categorías, las relacionadas con diagnósticos de trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico fueron las descritas del 1 al 9. Las categorías relacionadas con síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias fueron aquellas del 10 al 12. Las categorías relacionadas con problemas de salud como consecuencia de causas externas fueron la 13 y 14. Y, por último, las categorías relacionadas con factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios fueron las descritas del 15 al 25.

3.2.6. Análisis de datos

Los datos se analizaron utilizando el software estadístico IBM SPSS para Windows (Versión 27.0). Una vez recodificadas las variables para adecuarlas al análisis, se utilizó la estadística descriptiva para detallar la información sociodemográfica de la muestra y las características de las patologías más prevalentes en el territorio. Las variables sociodemográficas estratificadas según grupos de edad (18-24, 25-44, 45-64, ≥ 65) se mostraron también distribuidas por comarca.

Se procedió a la comprobación de la normalidad de la distribución de las variables cuantitativas, pruebas paramétricas y ante las categóricas, se analiza la relación de dependencia entre variables mediante la prueba de contraste de hipótesis Chi-Cuadrado para examinar las asociaciones bivariadas entre el sexo y el diagnóstico.

Aquellas asociaciones que resultaron significativas fueron incorporadas a la regresión logística y se aplicó Odds Ratio para conocer la fortaleza de la relación entre las categorías diagnósticas y el sexo. Para su análisis se ajustó el nivel de significación a p valor < 0.05 .

3.2.7. Aspectos éticos

Toda la información recabada se mantuvo codificada, el acceso a la misma estuvo restringido y fue tratada con un único fin estadístico. Para la puesta en marcha de esta primera fase se obtuvo previamente el informe de evaluación positiva por parte del Comité Ético de Investigación Clínica del *Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol* (IDIAP Jordi Gol) con el código 20/157-P en diciembre de 2020 (véase Anexo 2).

3.3 Fase II: Clínica

3.3.1. Diseño

Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico en personas diagnosticadas de TPS del Centro de Atención Primaria Baix Ebre (CAP BE), centro ambulatorio del ICS.

3.3.2. Ámbito y población de estudio

Esta última fase mantuvo como población diana la empleada en la fase previa, es decir, los 179.574 habitantes censados en el año de ejecución del estudio. Partiendo de este dato como referencia se realizó el cálculo muestral, y el ámbito en que después se realizó el reclutamiento de la muestra se redujo al CAP BE, también denominado ABS Tortosa 2 - Oest, uno de los dos centros ambulatorio del ICS en la ciudad de Tortosa (Comarca Baix Ebre) (Figura 14).



Figura 14. Ubicación del CAP BE en la Región Sanitaria de Terres de l'Ebre. Fuente: Web *Gerència Territorial Terres de l'Ebre* (<http://www.icsebre.cat/wg/atencio-primaria/troba-el-teu-cap/>)

3.3.3. Procedimiento del muestreo y tamaño de la muestra

La muestra fue seleccionada mediante reclutamiento prospectivo no probabilístico de conveniencia entre abril y diciembre de 2021. Para el proceso de reclutamiento se contó con la colaboración de nueve profesionales y enfermeras en formación del CAP BE a las que se les impartió una sesión formativa para ser conocedoras de la fundamentación, objetivos y pasos a seguir en el estudio. Tras ello se les facilitó una serie de listas de pacientes en cuya historia clínica tuvieran activo al menos un diagnóstico de TPS.

Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión se estableció contacto telefónico con aquellas personas listadas como susceptibles a pertenecer a la muestra. Para facilitar a los y las participantes la comprensión y sensibilización hacia el trabajo de investigación surgió el *Estudio ERICA*, acrónimo a raíz de los términos *EbRe* y *psicosomática*, haciendo más accesible la visibilidad a la población de estudio.

Las personas que accedieron a participar en el estudio facilitaron una dirección de correo electrónico que cada una de las nueve reclutadoras registró en una base de datos individual y de forma codificada. En la Figura 15 aparecen estas nueve bases de datos bajo la nomenclatura *Registro de contactos* de la A a la I. Además de la dirección de correo electrónico registraron sexo, fecha de nacimiento, país de origen, población de residencia, motivo de inclusión (diagnóstico) y otros problemas de salud, así como la disponibilidad y predisposición para participar en otras fases de estudio más adelante.

Simultáneamente a la finalización del trabajo del equipo reclutador, se creó una base de datos unificada extrayendo de los registros de contacto codificados las direcciones de correo electrónico. Se envió mediante un correo tipo (véase Anexo 3) la información necesaria con respecto al Estudio ERICA y el link de acceso a los cuestionarios (véase punto 3.3.5) para efectuar la participación. En caso de no obtener respuesta por parte de los y las aceptantes en un plazo de 2 semanas, se realizaba un segundo envío para evitar pérdidas muestrales en la medida de lo posible. Las respuestas se recogieron a través de la herramienta

de Formularios Google, mediante el cual se diseñó un formato virtual, accesible y de fácil cumplimentación para los y las participantes (véase Anexo 4).

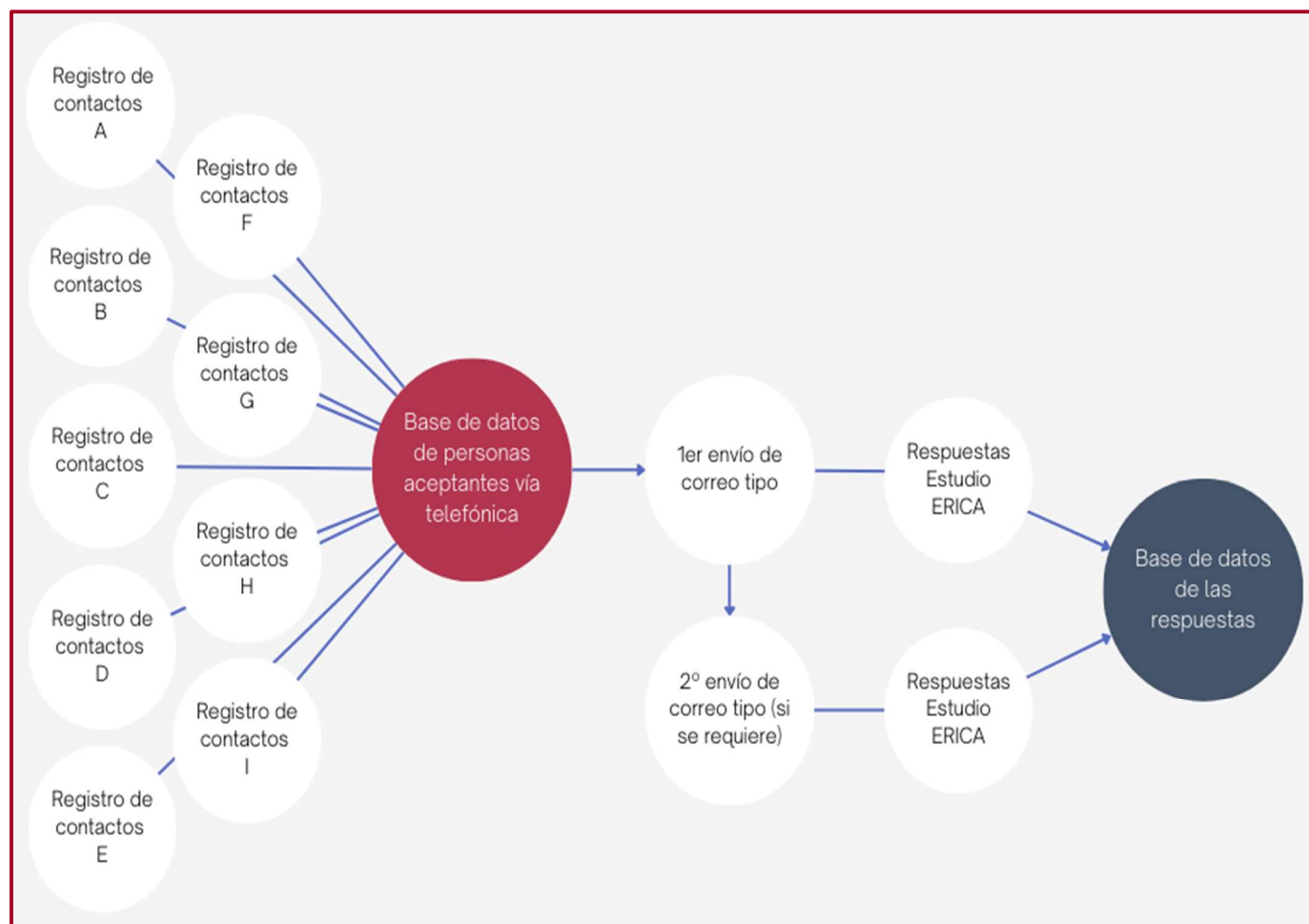


Figura 15. Diagrama de flujo de la obtención de la muestra.

Basándonos en la población diana, se calculó la proporción de sujetos necesarios para el estudio mediante una estimación poblacional de una población de referencia finita (179.574 habitantes). Con una estimación de proporción del 20% (diferencia mínima entre hombres y mujeres), con un intervalo de confianza del 95%, una precisión de ± 0.1 unidades y el porcentaje de reposiciones necesarias previstas del 10%, se obtuvo que sería suficiente una muestra aleatoria de 175 individuos. Para ello se utilizó el programa Granmo (Institut Municipal d'Investigació Mèdica, 2012). Finalmente, la muestra final tras todo el proceso fue de 180 participantes.

3.3.4. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión de esta segunda fase fueron:

- Pertenecer al área básica de salud del CAP BE.
- Tener al menos un diagnóstico de TPS registrado en la historia clínica.
- No encontrarse en situación de incapacitación legal.
- Tener edad igual o superior a los 18 años.
- Saber leer, escribir y mostrar comprensión lectora.

En cuanto a los criterios de exclusión, fueron:

- No entender castellano, catalán o inglés.
- Presentar algún deterioro cognitivo avanzado y/o afectación mental severa.
- Existencia de alguna contraindicación para participar en el estudio.
- Existencia de complicaciones en la toma de contacto.

3.3.5 Instrumentos de recogida de datos

La información requerida se recopiló a través de la utilización de tres cuestionarios validados y un cuestionario *ad hoc* diseñado al efecto.

Cuestionario ad hoc de variables sociodemográficas

Se elaboró un cuestionario de forma específica para alcanzar los objetivos propuestos. Las preguntas principales de este cuestionario *ad hoc* (estado civil, nivel de estudios, actividad económica), tienen las opciones de respuestas teniendo como referente cuestionarios previamente consultados en los que se establece unas opciones concretas (Instituto Nacional de Estadística, 2020; Servicio Andaluz de Salud, 2010). Con ello se generaron una serie de variables equivalentes y fácilmente comparables con estudios similares y los parámetros nacionales contemplados. Ejemplo de ello es la confección de los rangos en

función del Salario Mínimo Interprofesional concretado en el Real Decreto 231/2020 del 4 de febrero (Instituto Nacional de Estadística, 2020), establecido en España en 950€ por jornada laboral de 40 horas semanales. A partir de este valor se establecieron rangos, según deciles, que reflejaran los salarios medios que se pudieron observar en las últimas encuestas nacionales.

También se recogió información relacionada con los usos del tiempo fuera del ámbito laboral: labores del hogar, actividades de ocio, cuidado personal, cuidado de personas dependientes y actividad física. Para establecer los determinantes psicosociales de salud, se consultaron fuentes referentes que describieran los marcos conceptuales de determinantes contextuales de salud (Martínez Ortega, 2019) así como instituciones como la Organización Mundial de la Salud (World Health Assembly, 2009).

Las variables y opciones de respuesta relacionadas con estos usos del tiempo fueron configuradas siguiendo lo descrito por la bibliografía consultada (Casado Mejía & García-Carpintero Muñoz, 2018; Eurostat, 2019; Matud, 2015; Velasco Arias, 2009). En función de ésta, se optó por establecer los siguientes rangos temporales: <15 minutos diarios; entre 15 min y 1h diaria; entre 1h y 2h diarias, y >2h diarias. En cada una de las variables relacionadas con los usos del tiempo, se especificó en el mismo cuestionario las tareas o actividades que se contemplaban en cada ítem.

En el cuestionario *ad hoc* también se describieron los niveles de actividad física, los cuales se definieron siguiendo el sistema de medición internacional extraído del Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), utilizado por las encuestas nacionales (Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, 2017). Así, las opciones de respuesta fueron: actividad física semanal baja (poca actividad, sedentarismo), moderada (andar a diario / realizar actividad moderada 3 o más días durante al menos 20-30 minutos/día) o alta (actividades de intensidad vigorosa al menos 3 días / todos los días de media intensidad).

Listado de Síntomas Breve LSB-50

Se utilizó el instrumento clínico del Listado de Síntomas Breve LSB-50 (De Rivera & Abuín, 2018), que mide los síntomas psicológicos y psicosomáticos para confirmar la adecuación de los sujetos de la muestra como pacientes psicopatológicos. Se trata de la versión española del Symptom Checklist-90, adaptado por el Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática (Abuín & Rivera, 2014). Está compuesto por 50 ítems redactados de una forma comprensible para la población general, que identifican y valoran la sintomatología psicológica y psicosomática que pueda presentar el individuo que lo cumplimenta. Las respuestas a los ítems se recogen mediante una escala Likert (0 = nunca y 4 = siempre) dando como resultado dos escalas de validez, tres índices generales, nueve escalas y subescalas y un índice de riesgo psicopatológico.

Los resultados obtenidos del LSB-50 se trabajaron y recodificaron de acuerdo a las instrucciones de los autores (De Rivera & Abuín, 2018). Según dicho manual, la interpretación del cuestionario difiere en función de si la población de estudio presenta clínica psicopatológica o no. Dado que uno de los criterios de inclusión al estudio era presentar al menos un trastorno psicosomático diagnosticado, se aplicó el baremo de población con clínica psicopatológica. También se ajustó el baremo en función del sexo (hombres o mujeres), variable que hicimos equivalente a género en este trabajo por la aproximación analítica psicosocial y cultural que se lleva a cabo.

Es remarcable la claridad y sencillez de los ítems, así como la adecuación del cuestionario a nuestra población de estudio. En cuanto a las características psicométricas, el coeficiente del Alpha de Cronbach fue calculado para este estudio ($\alpha = 0.97$), lo que hace de este instrumento validado una herramienta útil para la medición del posible estrés general psicopatológico en la población que participó en el presente trabajo.

Cuestionario de Calidad de Vida EQ-5D-5L

La Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) se obtuvo mediante el Euroqol-5D-5L (EQ-5D-5L) (EuroQol Research Foundation, 2019) trata de realizar una medición del índice de salud autopercebido del sujeto. El instrumento está integrado por cinco dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión; con 5 niveles de gravedad en cada dimensión y una escala Escala Visual Analógica (EVA) en la que el paciente indica del 0 al 100 cuál considera que es su estado de salud en ese momento (Cabasés, 2015).

Existen diferentes versiones, pero para la realización de esta tesis se creyó oportuno el uso de la versión EQ-5D-5L del cuestionario básico EQ-5L por tratarse de un cuestionario que abarca estos 5 niveles del estado general de salud y tratarse de un informe más completo y adecuado a la población de estudio que sus otras versiones (el EQ-5D-3L más breve y EQ-5D-Y para población menor de 12 años).

El EQ-5D-5L es un instrumento utilizado a nivel nacional e internacional para la estimación de los índices de salud autopercebida por su sencillez, validez y fiabilidad (Cabasés, 2015; Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2014). En cuanto a las características psicométricas, el coeficiente del Alpha de Cronbach calculado para este estudio fue $\alpha = 0.71$.

Cuestionario de estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento de los y las participantes se midieron mediante el instrumento validado, versión española del Brief COPE (Carver, 1997), adaptada y traducida por Morán et al. (2010).

Se desarrolla en forma de inventario multidimensional de 28 ítems que evalúan diferentes formas de respuesta ante el estrés y se recogen mediante una escala Likert (0 = nunca hago esto y 3 = siempre hago esto).

El cálculo de los resultados obtenidos en las diferentes respuestas da lugar a 14 subescalas (afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva, humor, desahogo, aceptación, apoyo social, apoyo emocional, desconexión, autodistracción, negación, autoinculpación, uso de sustancias y religión) que tratan de describir las diferentes formas de respuesta posibles ante el estrés (Morán et al., 2010). Según las características de estas estrategias, se agrupan en 4 bloques: afrontamiento cognitivo, bloqueo del afrontamiento (evitación), afrontamiento mediante apoyo social y afrontamiento espiritual, que orientan a la hora de analizar los resultados sobre la eficacia de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los sujetos estudiados.

Se trata de un cuestionario ampliamente utilizado, fiable y consistente. En cuanto a las características psicométricas, el coeficiente del Alpha de Cronbach calculado para este estudio fue $\alpha = 0.78$.

3.3.6. Variables de estudio

Las variables del estudio se conformaron a partir de los ítems y valores recabados mediante los instrumentos de recogida de datos. Quedan recogidas y descritas en la Tabla 4.

Cuestionario sociodemográfico		
Edad	Entre 18 y 24 años Entre 25 y 44 años Entre 45 y 64 años Más de 65 años	
Estado civil	Casado/a En pareja Separado/a Divorciado/a Soltero/a Viudo/a	
Nivel de estudios alcanzado	Primarios Medios Universitarios Ninguno	
Personas de las que se haga cargo	Hijos/as menores de 18 años Hijos/as menores de 18 años Hijos/as menores de 18 años e Hijos/as mayores de 18 años Hijos/as menores de 18 años y personas dependientes que residen en el domicilio Personas dependientes que residen en el domicilio Personas dependientes que residen fuera del domicilio Principal cuidador/a de nieto/a Sin personas a cargo	
Situación laboral	Trabajador/a por cuenta ajena Trabajador/a por cuenta propia Desempleado/a Estudiante Jubilado/a	
Jornada laboral	Jornada completa Jornada parcial Pluriempleo Eventual o fines de semana No trabajo	
Salario mensual	Menos de 950 € Entre 951 y 1500 € Entre 1501 y 2200 € Más de 2200 €.	
Tiempo diario dedicado a las labores del hogar	Menos de 15 minutos Entre 15 minutos y 1 hora Entre 1 y 2 horas Más de 2 horas	Tareas domésticas y de cuidado de la casa.

Tiempo diario dedicado a actividades de ocio	Menos de 15 minutos Entre 15 minutos y 1 hora Entre 1 y 2 horas Más de 2 horas	Quedar con amigos y/o familiares, hobbies, entretenimiento...
Tiempo diario dedicado al cuidado personal	Menos de 15 minutos Entre 15 minutos y 1 hora Entre 1 y 2 horas Más de 2 horas	Autotratamientos de belleza, cuidado de la piel o el cabello, maquillaje... Se excluye ir a la peluquería, spa, tratamientos faciales, etc...
Tiempo diario dedicado al cuidado de personas dependientes	Menos de 15 minutos Entre 15 minutos y 1 hora Entre 1 y 2 horas Más de 2 horas	Ayudar a vestir/desvestir, dar de comer, ayudar en el aseo/higiene, asistir en las transferencias...
Actividad física semanal	No realiza	Actividad nula.
	Baja	Poca actividad, sedentarismo.
	Moderada	Andar a diario / realizar actividad moderada 3 o más días durante al menos 20-30 minutos/día.
	Alta	Actividades de intensidad vigorosa al menos 3 días / todos los días de media intensidad.

LSB-50 (De Rivera & Abuín, 2018)

Índice global de severidad (GLOBAL)	Indica el grado de afectación global psicopatológica. Medida global de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicosomático.
Número de síntomas presentes (NUM)	Amplitud y diversidad de la sintomatología del sujeto.
Índice de intensidad de síntomas presentes (INT)	Indica específicamente la intensidad sintomática, no del conjunto de síntomas evaluados (como refleja el índice GLOBAL).
Psicorreactividad	Sensibilidad en la autopercepción en relación con los demás y la propia imagen.
Hipersensibilidad	Sensibilidad interpersonal e interpersonal con respecto a la focalización.
Obsesión-compulsión	Presencia de obsesiones y dudas continuas que permanecen en el pensamiento, así como rituales o compulsiones.
Ansiedad	Manifestaciones de trastorno de ansiedad generalizada, cuadros de pánico, ansiedad fóbica y síntomas de temor o miedo irracional.
Hostilidad	Presencia de reacciones de pérdida de control emocional con manifestaciones súbitas o continuadas de agresividad, ira, rabia o resentimiento.

Somatización	Malestar somático o corporal por procesos psicossomáticos o patología médica. Incluye desequilibrios del sistema nervioso autónomo que afectan al respiratorio, muscular, cardiovascular y gastrointestinal.	
Depresión	Presencia de síntomas característicos como la tristeza, desesperanza, anhedonia, anergia, impotencia o ideación autodestructiva, incluida la culpa.	
Alteraciones del sueño	Alteraciones específicas relevantes desde el punto de vista de la salud y el bienestar.	
Alteraciones del sueño-ampliada	Presencia de alteraciones del sueño junto con manifestaciones de las escalas Ansiedad y Depresión que clínicamente están asociadas al sueño.	
Índice de riesgo psicopatológico (IRPSI)	En población clínica psicopatológica, evalúa la presencia de síntomas asociados a desvalorización, incomprensión, miedo, somatización, hostilidad e ideas de suicidio	
EQ-5D-5L (EuroQol Research Fundation, 2019)		
Movilidad	Capacidad de caminar e independencia motora.	
Autocuidado	Higiene, lavarse y vestirse a sí mismo/a.	
Actividades diarias	Trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre.	
Dolor y/o malestar	Sintomatología asociada.	
Ansiedad y/o depresión	Sintomatología asociada.	
COPE-28 (Morán et al., 2010)		
Afrontamiento cognitivo	Afrontamiento activo	Iniciar acciones directas, incrementar los propios esfuerzos, eliminar o reducir al estresor.
	Planificación	Pensar acerca de cómo afrontar al estresor. Planificar estrategias de acción, los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos a realizar.
	Reinterpretación positiva	Buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación.
	Humor*	Hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma.
	Desahogo	Reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor.
	Aceptación	Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real.

Afrontamiento mediante apoyo social	Apoyo social	Procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes a cerca de lo que se debe hacer.
	Apoyo emocional	Conseguir apoyo emocional de simpatía y de comprensión.
	Desconexión	Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
Bloqueo del afrontamiento (evitación)*	Autodistracción	Concentrarse en otros proyectos, intentando distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor.
	Negación	Negar la realidad del suceso estresante.
	Autoinculpación	Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.
	Uso de sustancias	Tomar alcohol u otras sustancias con el fin sentirse bien o para ayudarse a soportar al estresor.
Afrontamiento espiritual	Religión	La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas.

Tabla 4. Variables de estudio de la Fase II.

*La subescala “Humor” también está presente en el grupo “Bloqueo del afrontamiento”.

5.3.7. Análisis de datos

El análisis se llevó a cabo desde una perspectiva de género, por lo que se compararon todos los datos obtenidos en función de dicha variable. Se recodificaron las variables y se utilizó estadística descriptiva para detallar la información sociodemográfica de la muestra mediante frecuencias absolutas, porcentajes, media y desviación estándar (DS). Se calculó la psicometría de la muestra de estudio de los cuestionarios, LSB-50, EQ-5D-5L y COPE-28, mediante el Alpha de Cronbach (valores aceptables $\alpha \geq 0.70$). Se realizó contraste de proporciones y relación de dependencia entre variables mediante la prueba de contraste de hipótesis Chi-Cuadrado para las variables categóricas. Para el análisis de las variables continuas se utilizó el test no paramétrico de la U de Mann-Whitney.

Los resultados obtenidos del EQ-5D-5L se pudieron dicotomizar y aplicar Odds Ratio para conocer la fortaleza entre la presencia de problemas de las diferentes dimensiones de calidad de vida y el género. Para el análisis de los datos que no seguían una distribución normal, los resultados del COPE-28 se trataron analizando la mediana y los percentiles 25 y 75.

En todos los procedimientos se ajustó el nivel de significación a p valor < 0.05 . Los datos se analizaron utilizando el software estadístico IBM SPSS V.28 (licencia URV) para Windows.

5.3.8. Aspectos éticos

Del mismo modo que en la fase previa, toda la información recabada se mantuvo codificada, el acceso a la misma estuvo restringido y fue tratada con un único fin estadístico. Los registros de contactos generados por el equipo reclutador no contenían información que pudiera identificar a los y las participantes. Del mismo modo, la cumplimentación de los cuestionarios fue anónima.

En el correo tipo los sujetos susceptibles de pertenecer al estudio recibieron información relacionada con el mismo y antes de rellenar los cuestionarios para proceder a la participación aceptaron el consentimiento informado.

La ejecución de esta segunda fase también fue avalada por el informe de evaluación positiva por parte del Comité Ético de Investigación Clínica del *Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol* (IDIAP Jordi Gol) con el código 20/157-P en diciembre de 2020.

Capítulo 4

RESULTADOS

4. RESULTADOS

Los resultados obtenidos a partir del trabajo responden a los objetivos específicos planteados, cuya relación es la siguiente:

Fase 0: Exploratoria

- Describir los determinantes psicosociales y culturales que puedan intervenir en los procesos psicosomáticos.
- Conocer la influencia que el género tiene sobre el desarrollo de TPS y reflexionar sobre el abordaje.

Fase I: Descriptiva

- Estudiar la prevalencia de los TPS y las diferencias según la edad y el sexo en una zona no urbana.

Fase II: Clínica

- Definir el perfil psicosocial de las personas más vulnerables al desarrollo de TPS.
- Analizar la sintomatología psicosomática y los determinantes de la salud que puedan intervenir desde la perspectiva de género.
- Evaluar la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento de la población adulta con diagnóstico psicosomático en una zona rural de Cataluña.

4.1 Fase 0: Exploratoria

A partir de la revisión de la literatura pudieron alcanzarse los objetivos propuestos para llevar a cabo una primera aproximación a la producción científica relativa al tema que nos ocupa.

Una vez aplicadas las estrategias de búsqueda en las bases de datos escogidas, se seleccionaron un total de diez artículos disponibles en red, cinco artículos en formato papel, ocho libros y monográficos y tres informes estadísticos. Los artículos recuperados en la búsqueda en bases electrónicas pueden consultarse en la Tabla 2 del apartado metodológico de este manuscrito.

A partir de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, la información recuperada se pudo diferenciar en tres bloques temáticos: *determinantes psicosociales y culturales*, *el malestar de las mujeres* y *la expresión del malestar y su abordaje*.

Por lo que se refiere a los *determinantes psicosociales y culturales*, se recurrió a textos y documentos que teorizaran sobre el tema desde una perspectiva de género. Las temáticas más destacadas fueron:

- La situación laboral: salario, ocupación, precariedad.
- Interiorización de inferioridad mediante el aprendizaje cultural.
- Distribución de los usos del tiempo no equitativa.
- Carga del rol en las tareas reproductivas y de cuidado.
- Imposición de los ideales de belleza y cosificación.

Con relación al bloque de contenido que comprende *el malestar de las mujeres*, caben ser destacadas las aportaciones realizadas por Sara Velasco (2006-2015), algunos de cuyos trabajos se incluyen en la revisión. Sus obras y otros estudios componen este bloque de resultados, en los cuales cabe destacar las siguientes temáticas:

- El malestar se expresa con sintomatología difusa (cuadros depresivos, ansiosos, somatizaciones o dolor sin causa orgánica).

- La carga del rol tradicional supone el principal determinante psicosocial en el malestar de las mujeres.
- También la pérdida del rol femenino - en mujeres - o masculino - en hombres - supone un factor de riesgo.
- La construcción de la subjetividad individual se potencia con la cultura.

Finalmente, en el bloque de *la expresión del malestar y su abordaje*, se recogen, según los resultados, las variables que más influyen en el proceso de los TPS, que pueden ejercer como factores protectores o de riesgo:

- Determinantes sociales y presión cultural.
- Determinantes psicológicos.
- Estresores tempranos.

En este último bloque también se recupera información relevante sobre las divergencias entre géneros en esta expresión del malestar y abordaje desde los servicios sanitarios:

- Esfuerzo diagnóstico disminuido en mujeres y sobremedicalización.
- Infradiagnóstico de casos en hombres.
- Políticas sanitarias androcentristas.
- Intervención escasa sobre los factores de riesgo y protectores.

4.2 Fase I: Descriptiva

Se analizaron un total de 33.680 casos que cumplían los criterios de inclusión de la base de datos. De éstos, el 64.6% de la muestra correspondía a mujeres (n=21.772) y el 35.4% restante a hombres (n=11.908).

La media de edad de los sujetos de la muestra fue de 57.71 (desviación estándar (SD) = 18.73), ligeramente más elevada en mujeres (58.71 ± 18.75 años) que en hombres (55.88 ± 18.57 años). En la Tabla 5 se observa que, a mayor edad, mayor es la prevalencia de trastorno psicosomático, manteniéndose en todos los grupos la predominancia femenina ($p < 0.001$).

Geográficamente, la distribución de casos por comarcas fue del 45.8% del Baix Ebre, el 36.7% del Montsià, el 12.1% de la Ribera d'Ebre y el 5.4% de la Terra Alta, las cuales presentaron mayor prevalencia de casos femeninos.

En la Tabla 6 se observa que la ansiedad fue la agrupación diagnóstica más prevalente (n=18311), seguida de los trastornos del sueño (n=10896) y depresión (n=8427). También se registró un número elevado de casos de la agrupación estrés (n=1945), malestar y fatiga (n=1848) y trastorno persistente del estado del ánimo (n=1213). Otras categorías, en menor medida, también registraron un gran volumen de casos, aunque en algunas categorías la representación es mínima, como en los casos de sospecha de abuso, negligencia y otros malos tratos (n=4) o problemas relacionados con la crianza (n=7).

Tras la aplicación de la prueba de contraste de hipótesis Chi-Cuadrado para la comprobación de la asociación entre la variable sexo y el diagnóstico, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en 13 de las 25 agrupaciones diagnósticas definidas (Tabla 6).

	Total	Mujeres		Hombres		<i>p</i>
	33680	n	%	n	%	< 0.001
TOTAL						
18-24	1390	821	59.06	569	40.94	< 0.001*
25-44	7500	4528	60.37	2972	39.63	< 0.001*
45-64	12024	7726	64.25	4298	35.75	< 0.001*
Más de 65	12766	8697	68.13	4069	31.87	< 0.001*
MONTSIÀ						
Age						
18-24	522	299	57.28	223	42.72	< 0.001*
25-44	2739	1640	59.88	1099	40.12	< 0.001*
45-64	4446	2889	64.98	1557	35.02	< 0.001*
Más de 65	4643	3103	66.83	1540	33.17	< 0.001*
BAIX EBRE						
18-24	636	374	58.81	262	41.19	< 0.001*
25-44	3472	2109	60.74	1363	39.26	< 0.001*
45-64	5442	3477	63.89	1965	36.11	< 0.001*
Más de 65	5859	4048	69.09	1811	30.91	< 0.001*
RIBERA D'EBRE						
18-24	167	106	63.47	61	36.53	< 0.001*
25-44	879	546	62.12	333	37.88	< 0.001*
45-64	1477	934	63.24	543	36.76	< 0.001*
Más de 65	1569	1053	67.11	516	32.89	< 0.001*
TERRA ALTA						
18-24	65	42	64.62	23	35.38	<0.001*
25-44	410	233	56.83	177	43.17	< 0.001*
45-64	659	426	64.64	233	35.36	< 0.001*
Más de 65	695	493	70.94	202	29.06	< 0.001*

Tabla 5. Características sociodemográficas de los participantes.
Test Chi-cuadrado. *Significativo con $p < 0.05$.

Categoría diagnóstica	Casos totales	Mujeres	Hombres	<i>p</i>
Depresión	8427	5836	2591	< 0.001*
Trastorno persistente del estado de ánimo	1213	896	317	< 0.001*
Ansiedad	18311	12162	6149	< 0.001*
Estrés	1945	1296	649	0.059
Trastorno conversivo	35	28	7	0.057
Trastorno somatomorfo	463	286	177	0.193
Trastorno mental no psicótico	14	4	10	0.005*
Trastorno de la conducta alimentaria	220	187	33	< 0.001*
Trastorno del sueño	10896	6880	4016	< 0.001*
Signos y síntomas que afectan al estado emocional	751	458	293	0.034*
Signos y síntomas relacionados con la apariencia y el comportamiento	22	11	11	0.151
Malestar y fatiga	1848	1344	204	< 0.001*
Abuso, negligencia y otros malos tratos, <u>confirmado</u>	37	35	2	< 0.001*
Abuso, negligencia y otros malos tratos, <u>sospecha</u>	4	4	0	0.139
PR con la ocupación y el desempleo	18	11	7	0.754
PR con la vivienda y las circunstancias económicas	736	506	230	0.018*
PR con el entorno social	191	116	75	0.256
PR con la crianza	7	5	2	0.707
PR con el grupo de apoyo primario, incluido circunstancias familiares	368	275	93	< 0.001*
Otras circunstancias psicosociales	25	17	8	0.725
Asesoramiento con relación a actitud, comportamiento y orientación sexual	46	36	10	0.053
Contacto con los servicios de salud por otro tipo de asesoramiento y consejos médicos	365	222	143	0.125
PR con el estilo de vida	59	27	32	0.002*
PR con la dificultad en el control de la vida	271	189	82	0.078
PR con los cuidados a la persona dependiente	836	602	234	< 0.001*

Tabla 6. Asociación entre las categorías diagnósticas y el sexo de la población de estudio.
PR: problemas relacionados. *Significativo con $p < 0.05$.

Las categorías diagnósticas con p valor < 0.001 al comparar hombres y mujeres fueron: depresión; trastorno persistente del estado de ánimo; ansiedad; trastorno de la conducta alimentaria; trastorno del sueño; malestar y fatiga; abuso, negligencia y otros tipos de maltrato confirmados; problemas de apoyo con el grupo de apoyo primario y problemas con los cuidados por dependencia. Otras agrupaciones con significación fueron: trastorno mental no psicótico ($p = 0.005$); signos y síntomas que afectan al estado emocional ($p = 0.002$); problema relacionado con la vivienda y las circunstancias económicas ($p = 0.018$) y problema relacionado con el estilo de vida ($p = 0.002$).

Se realizó una regresión logística con el sexo como variable dependiente que mostró asociación significativa entre ser mujer y los problemas de salud estudiados (OR: 1.28; 95% CI: 1.22-1.28; $p < 0.001$) (Tabla 7). Otras categorías estadísticamente significativas fueron abuso, negligencia y otros malos tratos confirmados (OR= 10.85; 95% CI: 2.61-45.14; $p < 0,001$) y trastorno de la conducta alimentaria (OR= 3,58; 95% CI: 2.47-5.20; $p < 0,001$). También se observó una asociación inversa entre el diagnóstico y el sexo femenino en el trastorno mental no psicótico (OR= 0,22;95% CI: 0.07-0.70; $p < 0,001$), el trastorno del sueño (OR= 0,82; 95% CI: 0.78-0.86; $p < 0,001$), signos y síntomas que afectan al estado emocional (OR= 0,79;95% CI: 0.68-0.92; $p = 0,002$) y PR con el estilo de vida (OR= 0,47;95% CI: 0.28-0.79; $p = 0.004$).

Respecto a los grupos de edad analizados según sexo y diagnóstico, se observaron resultados heterogéneos. En las categorías de trastorno persistente del ánimo y ansiedad se suscribe el incremento del riesgo de desarrollar dichos problemas de salud por ser mujer con OR significativas en todos los grupos de edad. En los casos de depresión y malestar y fatiga se da el mismo supuesto a excepción del primer rango de edad (18-24) en los cuales se obtiene p valor por encima de 0.05.

Los trastornos de la conducta alimentaria es la categoría que obtiene valores de OR más elevados en todos los rangos de edad a excepción de los mayores de 65 años, cuyo p valor no es significativa. En los otros rangos sí se observa

significación, a destacar el rango de edad de 18-24 años, que obtiene la fortaleza de correlación más elevada (OR = 6.11; 95%CI: 2.83-13.18; $p < 0.001$).

En el caso de la categoría de abuso, negligencia y otros malos tratos, se observa que no hay casos registrados hasta los 24 años, pero es desde esta edad hasta los 44, en la que el hecho de ser mujer condiciona en mayor medida el hecho de padecer este problema de salud (OR = 14.82; 95% CI: 1.99-110.37; $p = 0.009$). Entre los 45-64 años también se obtiene una puntuación estadística elevada (OR = 5.54; 95% CI: 0.71-43.34; $p = 0.103$), aunque sin significación estadística. Tampoco hay casos registrados en la base de datos de personas mayores de 65 años dentro de esta categoría diagnóstica.

En los PR con el grupo de apoyo primario y los PR con los cuidados de la persona de dependiente, se observa una tendencia positiva de la probabilidad en función del aumento de edad, pero no en etapas más juveniles.

Con relación a las categorías que expresan asociación inversa al sexo mujer, se detectan valores de significación válidos puntuales (mayores de 65 años con PR con el estilo de vida OR = 0.26, 95% CI: 0.10-0.72; $p = 0.010$) y una fuerte correlación entre el sexo masculino y la categoría de signos y síntomas que afectan al estado emocional en las primeras etapas vitales (18-24 años: OR = 0.34, 95% CI: 0.14-0.80; $p = 0.013$; 25-44 años: OR = 0.53, 95% CI: 0.36-0.81; $p = 0.003$). En análisis por edades y sexo en la categoría de trastorno mental no psicótico no dio significativo en ninguno de sus rangos. En el caso de los trastornos del sueño, aunque el análisis por sexo indica que existe una asociación de la categoría diagnóstica con el sexo masculino, al incorporar la variable edad, se observa que el único rango que resulta significativo es el que comprende las edades entre 45 y 64 años, (OR = 1.10 95% CI: 1.01-1.21; $p = 0.038$), asociado al sexo femenino.

		OR	IC95%		p
Depresión					
Sexo	Hombres	1			
	Mujeres	1.28	1.22	1.35	< 0.001*
Edad	18-24	1.31	0.93	1.84	0.123
	25-44	1.33	1.17	1.51	< 0.001*
	45-64	1.43	1.30	1.58	< 0.001*
	Más de 65	1.61	1.47	1.77	< 0.001*
Trastorno persistente del estado de ánimo					
Sexo	Hombres	1			
	Mujeres	1.54	1.36	1.76	< 0.001*
Edad	18-24	2.08	1.14	3.80	0.018*
	25-44	1.55	1.15	2.09	0.004*
	45-64	1.66	1.33	2.06	< 0.001*
	Más de 65	2.09	1.68	2.60	< 0.001*
Ansiedad					
Sexo	Hombres	1			
	Mujeres	1.30	1.24	1.36	< 0.001*
Edad	18-24	1.63	1.26	2.10	< 0.001*
	25-44	1.38	1.23	1.56	< 0.001*
	45-64	1.44	1.32	1.58	< 0.001*
	Más de 65	1.59	1.46	1.75	< 0.001*
Trastorno mental no psicótico					
Sexo	Hombres	1			
	Mujeres	0.22	0.07	0.70	0.001*
Edad	18-24				
	25-44	0.34	0.03	3.78	0.378
	45-64	0.34	0.06	2.07	0.242
	Más de 65	0.15	0.02	1.37	0.093
Trastorno de la conducta alimentaria					
Sexo	Hombres	1			
	Mujeres	3.58	2.47	5.20	< 0.001*
Edad	18-24	6.11	2.83	13.18	< 0.001*
	25-44	5.31	2.72	10.38	<0.001*
	45-64	3.51	1.72	7.17	0.001*
	Más de 65	1.63	0.59	4.50	0.343

Trastorno del sueño					
Sexo	Hombres	1			
	Mujeres	0.82	0.78	0.86	< 0.001*
Edad	18-24	0.97	0.66	1.43	0.884
	25-44	0.94	0.82	1.08	0.380
	45-64	1.10	1.01	1.21	0.038*
	Más de 65	1.02	0.93	1.11	0.727

Signos y síntomas que afectan al estado emocional					
Sexo	Hombres	1			
	Mujeres	0.79	0.68	0.92	0.002*
Edad	18-24	0.34	0.14	0.80	0.013*
	25-44	0.53	0.36	0.81	0.003*
	45-64	0.72	0.50	1.03	0.070
	Más de 65	0.92	0.76	1.11	0.396

Malestar y fatiga					
Sexo	Hombres	1			
	Mujeres	1.49	1.35	1.66	< 0.001*
Edad	18-24	1.14	0.73	1.78	0.565
	25-44	2.09	1.67	2.61	< 0.001*
	45-64	1.53	1.27	1.84	< 0.001*
	Más de 65	1.20	1.02	1.43	0.033*

Abuso, negligencia y otros malos tratos confirmados					
Sexo	Hombres	1			
	Mujeres	10.85	2.61	45.14	0.001*
Edad	18-24				
	25-44	14.82	1.99	110.37	0.009*
	45-64	5.54	0.71	43.34	0.103
	Más de 65				

PR con la vivienda y circunstancias económicas					
Sexo	Hombres	1			
	Mujeres	1.06	0.91	1.25	0.443
Edad	18-24				
	25-44	0.29	0.13	0.67	0.004*
	45-64	0.57	0.36	0.91	0.018*
	Más de 65	1.25	1.04	1.49	0.015*

PR con el grupo de apoyo primario. incluido circunstancias familiares					
Sexo	Hombres	1			
	Mujeres	1.61	1.27	2.04	< 0.001*
Edad	18-24	1.69	0.43	6.64	0.450
	25-44	1.52	0.96	2.41	0.077
	45-64	1.83	1.18	2.85	0.008*
	Más de 65	1.48	1.02	2.15	0.039*
PR con el estilo de vida					
Sexo	Hombres	1			
	Mujeres	0.47	0.28	0.79	0.004*
Edad	18-24	0.69	0.13	3.69	0.664
	25-44	0.42	0.14	1.25	0.119
	45-64	0.76	0.32	1.76	0.516
	Más de 65	0.26	0.10	0.72	0.010*
PR con los cuidados a la persona dependiente					
Sexo	Hombres	1			
	Mujeres	1.23	1.05	1.44	0.009*
Edad	18-24				
	25-44	0.98	0.16	5.99	0.979
	45-64	0.68	0.32	1.44	0.315
	Más de 65	1.34	1.14	1.58	< 0.001*

Tabla 7. Modelos de regresión logística de la agrupación de las categorías diagnósticas.

* Significativo con $p < 0.05$.

4.3 Fase II: Clínica

Los resultados de la Fase II se presentan a continuación subdivididos según el instrumento de recogida de datos empleado y los objetivos de alcance.

4.3.1. Características sociodemográficas de la muestra

La muestra final estuvo formada por un total de 180 sujetos con edades comprendidas entre los 22 y 88 años. El 68.33% fueron mujeres y el 31.67% restante, hombres. No hubo ninguna respuesta para el género “no binario”. Los casos originales en el programa e-CAP se registraban según la variable sexo y todos ellos se correspondieron con la variable género, por lo que todos los y las participantes fueron hombres y mujeres cisgénero.

En la Tabla 8 se puede observar cómo al comparar las variables en función del género de los sujetos de estudio, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en los grupos de edad de 25-44 y 45-64 años (ambos $p < 0.001$). Con relación al estado civil, se observó un mayor porcentaje en mujeres casadas (51.22% vs 45.61%, $p < 0.001$), divorciadas (18.70% vs 17.54%, $p = 0.001$) y viudas (4.88% vs 0.0%, $p = 0.001$) y mayor en hombres entre los participantes solteros (13.82% vs 14.04%, $p = 0.011$). En todos los niveles de estudios se observaron diferencias, distribuyéndose el mayor porcentaje de mujeres entre los niveles primarios (26.02% vs 22.81%, $p < 0.001$), universitarios (32.52% vs 21.05%, $p < 0.001$) y sin estudios (1.63% vs 0.0%, $p = 0.046$), y los hombres de forma más concentrada en estudios medios (39.84% vs 56.14%, $p = 0.008$).

		Total	Mujeres		Hombres		
		n	n	%	n	%	<i>p</i>
Total		180	123	68.33	57	31.67	<0.001*
Edad	18-24	6	4	3.25	2	3.51	0.248
	25-44	63	44	35.78	19	33.33	<0.001*
	45-64	91	62	50.41	29	50.88	<0.001*
	> 65	20	13	10.57	7	12.28	0.058
Estado civil	Casado/a	89	63	51.22	26	45.61	<0.001*
	En pareja	25	13	10.57	12	21.05	0.777
	Separado/a	2	1	0.81	1	1.75	1.000
	Divorciado/a	33	23	18.70	10	17.54	0.001*
	Soltero/a	25	17	13.82	8	14.04	0.011*
	Viudo/a	6	6	4.88	0	0.00	0.001*
Nivel de estudios alcanzado	Primarios	45	32	26.02	13	22.81	<0.001*
	Medios	81	49	39.84	32	56.14	0.008*
	Universitarios	52	40	32.52	12	21.05	<0.001*
	Ninguno	2	2	1.63	0	0.00	0.046*
Personas de las que se haga cargo	Hijos/as < 18 años	65	50	39.83	16	28.07	<0.001*
	Hijos/as > 18 años	5	3	2.43	2	3.51	0.527
	Hijos/as < 18 años + hijos/as > 18 años	1	1	0.81	0	0.00	0.157
	Hijos/as < 18 años + personas dependientes que residen en el domicilio	5	3	2.44	2	3.51	1.000
	Personas dependientes que residen en el domicilio	15	13	10.57	2	3.51	<0.001*
	Persona dependiente que reside fuera del domicilio	1	0	0.00	1	1.75	0.157
	Principal cuidador/a de nieto/a	3	3	1.69	0	0.00	0.014*
	Sin personas a cargo	85	51	41.46	34	59.65	0.009*
Situación laboral	Trabajador/a por cuenta ajena	103	70	56.91	33	57.89	<0.001*
	Trabajador/a por cuenta propia	12	8	6.50	4	7.02	0.102
	Desempleado/a	26	21	17.07	5	8.77	<0.001*
	Estudiante	4	2	1.63	2	3.51	1.000
	Jubilado/a	35	22	17.89	13	22.81	0.031*

Jornada laboral	Jornada completa	86	53	43.09	33	57.89	0.002*
	Jornada parcial	24	22	17.89	2	3.51	<0.001*
	Pluriempleo	5	3	2.44	2	3.51	0.527
	Eventual o fines de semana	2	1	0.81	1	1.75	1.000
	No trabajo	63	44	35.77	19	33.33	<0.001*
Salario mensual	< 950 €	54	44	35.77	10	17.54	<0.001*
	951 – 1500 €	72	44	35.77	28	49.12	0.008*
	1501 – 2200 €	29	19	15.45	10	17.54	0.018*
	> 2200 €.	9	4	3.25	5	8.77	0.637
Tiempo diario dedicado a las labores del hogar	< 15 minutos	9	2	1.63	7	12.28	0.018*
	15 minutos – 1 hora	59	30	24.39	29	50.88	0.854
	1 – 2 horas	60	42	34.15	18	31.58	<0.001*
	> 2 horas	52	49	39.84	3	5.26	<0.001*
Tiempo diario dedicado a actividades de ocio	< 15 minutos	43	32	26.02	11	19.30	<0.001*
	15 minutos – 1 hora	75	60	48.78	15	26.32	<0.001*
	1 – 2 horas	38	19	15.45	19	33.33	1.000
	> 2 horas	24	12	9.76	12	21.05	1.000
Tiempo diario dedicado al cuidado personal	< 15 minutos	91	58	47.15	33	57.89	<0.001*
	15 minutos – 1 hora	79	56	45.53	23	40.35	<0.001*
	1 – 2 horas	7	6	4.88	1	1.75	0.008*
	> 2 horas	3	3	2.44	0	0.00	0.014
Tiempo diario dedicado al cuidado de personas dependientes	Sin personas a cargo	91	58	47.15	33	57.89	<0.001*
	< 15 minutos	26	13	10.57	13	22.81	1.000
	15 minutos – 1 hora	22	16	13.01	6	10.53	0.003*
	1 – 2 horas	16	14	11.38	2	3.51	<0.001*
	> 2 horas	20	17	13.82	3	5.26	<0.001*
	A cargo de una persona dependiente a tiempo completo	5	5	4.07	0	0.00	0.002*
Actividad física semanal	No realiza actividad física	20	17	13.82	3	5.26	<0.001*
	Baja	65	44	35.77	21	36.84	<0.001*
	Moderada	71	47	38.21	24	42.11	<0.001*
	Alta	24	15	12.20	9	15.79	0.083

Tabla 8. Características sociodemográficas de los y las participantes.
Test Chi-cuadrado. * Significativo con $p < 0.05$.

También hubo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en aquellas personas que indicaron que tenían hijos/as menores de 18 años a su cargo (39.83% vs 28.07%, $p < 0.001$) y personas dependientes que

residían en domicilio (10.57% vs 3.51%, $p < 0.001$). Las únicas participantes que declararon ser principales cuidadoras de sus nietos fueron mujeres (1.63% vs 0.0%, $p = 0.014$) y el porcentaje mayoritario entre los hombres fue no tener personas a su cargo (59.65%). Por otro lado, la mujer es significativamente mayor en las categorías de trabajador/a por cuenta ajena y desempleado/a (ambos $p < 0.01$) y el hombre en la de condición de jubilado ($p = 0.031$). En la jornada laboral, se encuentran diferencias en tres de las cinco opciones: jornada completa ($p = 0.002$), parcial ($p < 0.001$) y, de nuevo, desempleo ($p < 0.001$). Con respecto al salario, en la categoría que designa un sueldo <950 euros mensuales, se observa una clara prevalencia femenina (35.77% vs 17.54%, $p < 0.001$). También en las dos siguientes categorías se obtuvieron diferencias significativas: un mayor porcentaje de hombres declaró ganar entre 951-1500 euros mensuales (35.77% vs 49.12%, $p = 0.008$) y entre 1501-2200 euros (15.45% vs 17.54%, $p = 0.018$). En la categoría de mayor sueldo, aunque los porcentajes fueron desiguales, no hubo diferencia estadísticamente significativa (3.25% vs 8.77%, $p = 0.637$).

En los ítems que evalúan los usos del tiempo, las mujeres respondieron en mayor medida y de forma estadísticamente significativa, dedicar a las labores del hogar entre 1 y 2h (34.15% vs 31.58%, $p < 0.001$) o más de 2horas (39.84% vs 5.26%, $p < 0.001$) diarias y los hombres <15 minutos (1.63% vs 12.28%, $p = 0.018$). La mayoría de las respuestas del género femenino en cuanto al tiempo dedicado a actividades de ocio se concentraron en los ítems que registraban fue <15 minutos diarios (26.02% vs 19.30%, $p < 0.001$) y entre 15 minutos y 1h (48.7% vs 26.32%, $p < 0.001$) mientras los hombres destinaban entre 1 y 2h a las actividades de ocio diarias (33.33%).

El tiempo diario dedicado al cuidado personal también fue significativa en las respuestas que referían emplear más de 15 minutos diarios (47.15% vs 57.89%, $p < 0.001$) y entre 15 minutos y 1h (45.53% vs 40.35%, $p < 0.01$), y en menor medida, entre 1-2h (4.88% vs 1.75%, $p = 0.008$). Por otro lado, la mayoría de las y los participantes declaró no tener personas a su cargo (47.15% vs 57.89%, $p < 0.001$). Aquellos que reportaron tener alguna persona de la que ocuparse fueron en su

mayoría mujeres, con una dedicación diaria entre 15 minutos y 1h (13.01% vs 10.53%, $p = 0.003$), 1 y 2h (11.38% vs 3.51%, $p < 0.001$), > 2h diarias (13.82% vs 5.26%, $p < 0.001$), y a tiempo completo (4.07% vs 0.00%, $p = 0.002$).

Así mismo, el género femenino negó realizar actividad física con mayor frecuencia que el masculino (13.82% vs 5.26%, $p < 0.001$) y en caso de realizar, indicaron hacerlo a un nivel bajo (35.77% vs 36.84%, $p < 0.001$) o moderado (38.21% vs 42.11%, $p < 0.001$)

4.3.2. Sintomatología psicopatológica y adecuación de la muestra

Tras realizar el contraste de proporciones en las tablas categorizadas, en la Tabla 2 se pueden observar los resultados diferenciados por género. Las puntuaciones obtenidas oscilaron entre 0 y 100, y el promedio de sintomatología típica de los pacientes psicopatológicos fue (17-83). Las puntuaciones ≥ 84 o ≤ 16 , indicaron desviaciones importantes del promedio.

En la interpretación de los índices generales (GLOBAL, NUM e INT), se observa que, del total de la muestra, el 52.22% (56.10% de las mujeres (n=69) y 43.86% de los hombres (n=25)) indicaron un promedio de malestar de los síntomas (GLOBAL) inferior al promedio de la población psicopatológica de referencia. La extensión de la sintomatología (NUM) así como la intensidad de esta (INT) también concentraron el mayor número de casos con puntuaciones promedio o inferior al promedio.

Los casos globales que superaron el promedio de malestar de los síntomas fueron 10 (6.5% mujeres (n=8) vs 3.51% hombres (n=2)), la extensión de estos síntomas (NUM) fue superior a la media en el 12.2% mujeres y el 7% hombres (n=4) y la intensidad del malestar (INT) fue mayor en el 3.25% de mujeres (n=4) y 3.51% de los hombres (n=2).

El índice de riesgo psicopatológico (IRPSI), que en población psicopatológica suscribe la adecuación de la muestra, acumuló mayor número de puntuaciones

promedio e inferiores al promedio, obteniendo diferencias significativas entre géneros en ambos, $p < 0.001$). El 8.94% fueron mujeres ($n=11$) y el 3.51% de los hombres ($n=2$) puntuaron por encima del promedio. Las mujeres obtuvieron puntuaciones similares en las otras dos agrupaciones, mientras que los hombres concentraron mayor número de puntuaciones en el grupo promedio (73.68% de los hombres, $n=42$).

En cuanto a las escalas clínicas, entre el 4.44% y el 12.78% de los sujetos obtuvieron puntuaciones superiores al promedio. Disgregados por género, entre el 3.25% y 12.20% de mujeres y el 1.75% y 14.04% de los hombres. En ninguna de las escalas se obtuvo significación de las puntuaciones superiores al promedio.

Un 58.89% de la muestra puntuó con normalidad en la escala de psicorreactividad (53.66% mujeres ($n=66$) vs 70.18% hombres ($n=40$), $p = 0.036$). La hipersensibilidad (Hp) y la somatización (Sm) obtuvieron diferencias significativas en los grupos promedio (Hp= $p < 0.001$, Sm= $p < 0.001$) e inferior al promedio (Hp= $p = 0.003$, Sm= $p = 0.001$).

En la escala de obsesión-compulsión se obtuvo un 65.56% del total en el grupo promedio. Ocurrió lo mismo en hostilidad (58.89%), alteraciones del sueño (59.44%) y alteraciones del sueño ampliada (50.56%). En cambio, en la escala de ansiedad las puntuaciones más prevalentes fueron las inferiores al promedio (51.11% del total) y en la de depresión, los casos se dispersaron entre inferiores al promedio (49.44%) y promedio (43.33%), resultando esta última significativa entre hombres y mujeres ($p = 0.018$).

		Total		Mujeres		Hombres		<i>p</i>
		n	%	n	%	n	%	
Total	Puntuación	180		123		57		
Psicorreactividad	<=16	63	35.00	47	38.21	16	28.07	0.185
	17 - 83	106	58.89	66	53.66	40	70.18	0.036*
	>=84	11	6.11	10	8.13	1	1.75	0.097
Hipersensibilidad	<=16	92	51.11	72	58.54	20	35.09	0.003*
	17 - 83	76	42.22	41	33.33	35	61.40	<0.001*
	>=84	12	6.67	10	8.13	2	3.51	0.248
Obsesión-compulsión	<=16	49	27.22	37	30.08	12	21.05	0.206
	17 - 83	118	65.56	75	60.98	43	75.44	0.057
	>=84	13	7.22	11	8.94	2	3.51	0.190
Ansiedad	<=16	95	52.78	71	57.72	24	42.11	0.051
	17 - 83	74	41.11	43	34.96	31	54.39	0.014*
	>=84	11	6.11	9	7.32	2	3.51	0.321
Hostilidad	<=16	66	36.67	47	38.21	19	33.33	0.528
	17 - 83	106	58.89	72	58.54	34	59.65	0.888
	>=84	8	4.44	4	3.25	4	7.02	0.254
Somatización	<=16	60	33.33	51	41.46	9	15.79	0.001*
	17 - 83	106	58.89	61	49.59	45	78.95	<0.001*
	>=84	14	7.78	11	8.94	3	5.26	0.391
Depresión	<=16	89	49.44	66	53.66	23	40.35	0.097
	17 - 83	78	43.33	46	37.40	32	56.14	0.018*
	>=84	13	7.22	11	8.94	2	3.51	0.190
Alteraciones del sueño	<=16	50	27.78	37	30.08	13	22.81	0.311
	17 - 83	107	59.44	71	57.72	36	63.16	0.490
	>=84	23	12.78	15	12.20	8	14.04	0.731
Alteraciones del sueño - ampliada	<=16	78	43.33	58	47.15	20	35.09	0.129
	17 - 83	91	50.56	58	47.15	33	57.89	0.180
	>=84	11	6.11	7	5.69	4	7.02	0.730
IRPSI	<=16	84	46.67	71	57.72	13	22.81	<0.001*
	17 - 83	83	46.11	41	33.33	42	73.68	<0.001*
	>=84	13	7.22	11	8.94	2	3.51	0.190
GLOBAL	<=16	94	52.22	69	56.10	25	43.86	0.126
	17 - 83	76	42.22	46	37.40	30	52.63	0.054
	>=84	10	5.56	8	6.50	2	3.51	0.414
NUM	<=16	78	43.33	59	47.97	19	33.33	0.065
	17 - 83	83	46.11	49	39.84	34	59.65	0.013*
	>=84	19	10.56	15	12.20	4	7.02	0.293
INT	<=16	95	52.78	67	54.47	28	49.12	0.504
	17 - 83	79	43.89	52	42.28	27	47.37	0.522
	>=84	6	3.33	4	3.25	2	3.51	0.929

Tabla 9. Diferencias entre hombres y mujeres en las escalas e índices del LSB-50 en pacientes psicopatológicos.

U de Mann-Whitney. IRPSI = Índice de riesgo psicopatológico, GLOBAL = índice global de severidad, NUM = número de síntomas presentes, INT = intensidad media de los síntomas presentes. *Significativo con $p < 0.05$.

4.3.3 Puntuaciones en la calidad de vida en función de género

Relacionado con la calidad de vida se observó que la mayoría de los sujetos declaraba no tener problemas en las dimensiones de Movilidad ($n=137$), Autocuidado ($n=163$) y Actividades cotidianas ($n=131$), mientras que en las últimas dos dimensiones (Dolor/Malestar and Ansiedad/Depresión) la distribución fue más homogénea (Tabla 10). Al comparar los resultados por género en estos mismos ítems, en todos ellos se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, con clara prevalencia masculina. Así, 88 mujeres (48.89%) vs 49 hombres (85.96%) declararon no tener problemas para caminar ($p = 0.035$); 107 mujeres (59.44%) vs 56 hombres (98.25%) declararon no tener problemas en la dimensión de autocuidado ($p = 0.016$); y 82 mujeres (45.56%) vs 49 hombres (85.96%) declararon no tener problemas para llevar a cabo sus actividades cotidianas diarias ($p = 0.007$).

Otras respuestas en las que se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres fueron en problemas graves para realizar actividades cotidianas (5 mujeres vs 0 hombres, $p = 0.036$) y dolor o malestar grave (23 mujeres vs 1 hombre, $p = 0.002$).

En cuanto a la salud autopercebida por parte de los participantes mediante la escala EVA, la media de las respuestas de las mujeres fue de 61 (DS = 28) y de los hombres 75 (DS = 16), lo cual resulta estadísticamente significativo ($p = 0.002$).

		Total	Mujeres		Hombres		<i>p</i>
Dimensión	Ítems		n	%	n	%	
		180	123		57		
Movilidad	Ningún problema	137	88	48.89	49	85.96	0.035*
	Problemas leves	26	21	11.67	5	8.77	0.141
	Problemas moderados	13	10	5.56	3	5.26	0.489
	Problemas graves	4	4	2.22	0	0.00	0.169
	Imposibilidad para caminar	0	0	0	0	0	
Autocuidado	Ningún problema	163	107	59.44	56	98.25	0.016*
	Problemas leves	10	9	5.00	1	1.75	0.130
	Problemas moderados	6	6	3.33	0	0.00	0.090
	Problemas graves	1	1	0.56	0	0.00	0.495
	Imposibilidad para lavarse o vestirse	0	0	0	0	0	
Actividades cotidianas	Ningún problema	131	82	45.56	49	85.96	0.007*
	Problemas leves	24	19	10.56	5	8.77	0.220
	Problemas moderados	14	12	6.67	2	3.51	0.145
	Problemas graves	9	9	5.00	0	0.00	0.036*
	Imposibilidad de realización	2	1	0.56	1	1.75	0.575
Dolor o malestar	No dolor/malestar	55	34	18.89	21	36.84	0.213
	Dolor/malestar leve	61	36	20.00	25	43.86	0.054
	Dolor/malestar moderado	39	29	16.11	10	17.54	0.361
	Dolor/malestar fuerte	24	23	12.78	1	1.75	0.002*
	Dolor/malestar extremo	1	1	0.56	0	0.00	0.495
Ansiedad o depresión	No ansiedad/depresión	50	32	17.78	18	31.58	0.438
	Ansiedad/depresión leve	68	44	24.44	24	42.11	0.415
	Ansiedad/depresión moderada	50	39	21.67	11	19.30	0.084
	Ansiedad/depresión severa	10	7	3.89	3	5.26	0.907
	Ansiedad/depresión extrema	2	1	0.56	1	1.75	0.575
Escala EVA [0-100]^a		180	Mediana 65 [50, 80]		Mediana 75 [65, 90]		0.002*

Tabla 10. Diferencias en las dimensiones del EQ-5D-5L entre participantes.
Test Chi-cuadrado. ^aU de Mann-Whitney. *Significativo con $p < 0.05$.

De acuerdo con el manual de análisis del cuestionario EQ-5D-5L de la EuroQol (2019), se aplicó un modelo de regresión logística para observar la asociación entre tener algún problema o no, y el género. La variable dependiente se creó dicotomizando las dimensiones en 'ningún problema' (nivel 1) y 'algún problema' (niveles 2, 3, 4 y 5), y se aplicó OR ajustada por edad (Tabla 11). El modelo mostró que ser mujer ejercía como factor de riesgo en las dimensiones Movilidad (aOR = 2.76; 95% CI: 1.14-6.65; $p = 0.024$), Autocuidado (aOR = 9.30; 95% CI: 1.18-73.21; $p = 0.034$) y Actividades cotidianas (aOR = 3.15; 95% CI: 1.36-7.33; $p = 0.008$).

		aOR	IC 95%		p
Any Mobility problems	Men	1			
	Woman	2.76	1.14	6.65	0.024*
Any self-care problems	Men	1			
	Woman	9.30	1.18	73.21	0.034*
Any usual activities problems	Men	1			
	Woman	3.15	1.36	7.33	0.008*
Any pain or discomfort	Men	1			
	Woman	1.58	0.80	3.12	0.191
Any anxiety or depression	Men	1			
	Woman	1.33	0.66	2.65	0.425

Tabla 11. Modelo de regresión logística de las dimensiones agrupadas.
aOR: Odds Ratio. Ajustada. *Significativo con $p < 0.05$.

4.3.4. Comparación de las estrategias de afrontamiento en función de género

Las estrategias de afrontamiento extraídas del COPE-28 resultaron diferentes en función del género. Según la mediana obtenida en las diferentes subescalas, las mujeres declararon utilizar con mayor frecuencia el afrontamiento activo (Med = 4, $p = 0.005$) y la aceptación (Med = 4, $p = 0.309$); mientras que los hombres no reportaron una mediana igual o superior a 4 en ninguna de las estrategias de afrontamiento, sino que se obtuvieron resultados más homogéneos (Tabla 12).

Por último, se observaron diferencias entre mujeres y hombres en el afrontamiento activo (4 vs 3, $p = 0.005$), búsqueda de apoyo social (3 vs 2, $p = 0.039$), desconexión (0 vs 1, $p = 0.020$) y desahogo (2 vs 1, $p = 0.041$).

	Mujeres	Hombres	
	Mediana ^b		<i>p</i>
Afrontamiento activo	4 (3,5)	3 (2,4)	0.005*
Planificación	3 (2,4)	3 (2,4)	0.763
Apoyo emocional	2 (2,4)	2 (2,3)	0.234
Apoyo social	3 (2,4)	2 (1,4)	0.039*
Religión	1 (0,2)	0 (0,2)	0.065
Reinterpretación positiva	3 (2,4)	2 (2,4)	0.131
Aceptación	4 (2,5)	3 (2,4)	0.309
Negación	1 (0,2)	1 (0,2)	0.284
Humor	2 (0,3)	2 (0,3)	0.616
Autodistracción	3 (2,4)	2 (2,4)	0.131
Autoinculpación	2 (1,3)	2 (1,3)	0.382
Desconexión	0 (0,2)	1 (0,2)	0.020*
Desahogo	2 (1,3)	1 (1,3)	0.041*
Uso de sustancias^c	0 (0,0)	0 (0,0)	0.199

Tabla 12. Diferencias en las estrategias de afrontamiento en función de género.
U de Mann-Whitney. ^b Mediana (Med) (P25, P75). ^c Alcohol o drogas. *Significativo con $p < 0.05$.

Capítulo 5

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En este apartado se discuten los resultados obtenidos siguiendo los objetivos planteados en el presente estudio. Si bien los hallazgos de este trabajo se han presentado separados en las tres fases que lo componen en apartados anteriores, en este capítulo se discuten de forma conjunta para triangular los resultados obtenidos y ofrecer una discusión global de la investigación.

Así, tras analizar los determinantes psicosociales y culturales que puedan constituir un riesgo para el desarrollo de PSM con diferencia de género, se observa que existen múltiples condicionantes que pueden ejercer tanto como factores de riesgo como de protectores (Gajos et al., 2022; Janson et al., 2022; Malinauskiene & Malinauskas, 2021). En este aspecto, la literatura consultada evidencia esta influencia del medio sobre el proceso salud-enfermedad, haciendo especial énfasis en la vulnerabilidad de las mujeres por sus componentes de inferioridad sociocultural atribuidos (Lasheras Lozano et al., 2012; Martínez Verdú, 2007). Las emociones y malestares que emergen a partir de ciertos condicionantes se constituyen como factores predisponentes al desarrollo y evolución de los TPS, con el coste, además, personal y público que ello conlleva (Astelarra, 2005; Gismero González, 2008; Ruiz Cantero et al., 2006).

Partiendo de la concepción integradora de la corriente psicosomática, en la atención sanitaria no basta un enfoque holístico, es necesaria la perspectiva de género para que la asistencia sea del todo integral y no se vea sesgada (Álvarez-Díaz, 2020). Las desarmonizadas prevalencias entre los casos registrados por género en Terres de l'Ebre (64.6% mujeres vs. 35.4% hombres) ratifican la importancia de las diferencias en salud. No obstante, es primordial hacer mención del importante sesgo de género con respecto al infradiagnóstico en hombres de ciertos problemas en el campo de la salud mental, también imprescindible para la correcta aplicación de la perspectiva de género.

Cuando se define en el DSM los problemas de salud mental, se hace desde la mirada femenina, ya que la prevalencia es mayor. Por tanto, no se tiene en cuenta la divergencia en la manifestación del malestar por parte del género masculino. La tendencia, por su parte, a la expresión de la rabia e irascibilidad, por ejemplo, no se contemplan como parte de la sintomatología típica de múltiples diagnósticos de salud mental, como puede ocurrir de forma similar a las mujeres en diagnósticos con una base más fisiológica (véase la manifestación del infarto agudo de miocardio como claro ejemplo) (Gervás & Pérez-Fernández, 2016; Valls Llobet, 2022)

Desde una visión global, a partir de los datos analizados se puede observar que la prevalencia de TPS en la Región Sanitaria de Terres de l'Ebre es del 18,75%. Ello supone una proporción de diagnósticos similar en el mismo territorio al de hipercolesterolemia (19,7%), concebido como un grave problema de salud pública. Incluso más allá, la prevalencia de TPS supera a la de migraña crónica (13,5%) o incluso, la diabetes (8,5%) (Departament de Salut, 2021).

Dado que el grupo de TPS tal y como fueron seleccionados en este trabajo no se habían estudiado con anterioridad, la comparación de los resultados obtenidos con estudios previos equivalentes no fue posible. Sin embargo, tomando como referentes algunos informes estadísticos sobre problemas de salud mental (que engloban la mayoría de los diagnósticos que se han categorizado como TPS), se observan distribuciones similares. Al desagregar por género el 18.75% de personas diagnosticadas con un TPS en el territorio estudiado, el 24.4% de la muestra pertenecía a mujeres, frente al 13.1% de hombres. Se pueden observar proporciones similares en estadísticas de morbilidad de problemas de salud mental realizadas en Cataluña en el año 2006 (21.5% mujeres vs. 14% hombres) y 2011 (24.3% vs. 14.7%). También se asemejan con las obtenidas a nivel estatal en 2006 (26.7% vs. 15.3%), en 2011 (26.1% vs 17.5%) y en el año 2017 (22,8% vs. 14,6%), aunque se observa un ligero aumento porcentual, a destacar que el número de diagnósticos incorporados en estos estudios era superior (Bacigalupe et al., 2020; Henares Montiel et al., 2020).

Con tal de comprobar la asociación entre la variable sexo contemplada en la Fase I y las agrupaciones diagnósticas seleccionadas, mediante la aplicación de Chi-Cuadrado se encontraron diferencias estadísticamente significativas en 13 de 25 agrupaciones diagnósticas definidas. La asociación del género con la prevalencia de estas categorías diagnósticas coincide sustancialmente con la literatura relacionada, en la que se describe la notoria influencia de los determinantes de género en problemas de salud como la depresión (Bobo et al., 2022; Piccinelli & Wilkinson, 2018), ansiedad (Bobo et al., 2022; M. Pilar Matud et al., 2020; Tortosa Salazar et al., 2015), TCA (Rodríguez G et al., 2007; Terán Ledesma, 2021), trastornos del sueño (Valls Llobet, 2022), malestar y fatiga (Velasco Arias, 2015) o abuso, negligencia u otros malos tratos (Martínez Ortega, 2019; Sanz Ramón, 2004).

Al realizar la regresión logística de los TPS con significación, ésta última relacionada con la VG fue la categoría que obtuvo valores de OR más elevados, la de abuso, negligencia y otros malos tratos confirmados (OR= 10.85; 95% CI: 2.61-45.14; $p < 0,001$), en consonancia con estudios previos que sostienen la proporción entre mujeres y hombres en 20:1 (Gil Canalda et al., 2003). Las categorías trastorno persistente del ánimo y ansiedad mostraron un incremento del riesgo de desarrollar TPS por ser mujer con OR significativas en todos los grupos de edad y también se observó en los casos de depresión, malestar, y de nuevo, en abuso, negligencia y otros malos tratos. Además, se obtuvo una fuerte correlación entre el sexo masculino y la categoría de signos y síntomas que afectan al estado emocional, trastorno mental no psicótico y trastornos del sueño.

Por otro lado, cabe incorporar la mirada interseccional en el análisis de los hallazgos, por ello, la edad supuso una variable clave en la ejecución de la Fase I. En cuestión de salud, la prevalencia e incidencia depende en gran medida del grupo de edad al que se pertenezca por la susceptibilidad, las características fisiológicas o los determinantes a los que se veía expuesta la persona (Dziechciaż & Filip, 2014). Se ha podido comprobar tras el análisis de los datos, que la prevalencia y las correlaciones entre el género y los diferentes

diagnósticos psicosomáticos podían variar acentuadamente según el grupo de edad de la muestra. El ejemplo más llamativo pudiera ser el de trastornos del sueño, que tras la aplicación de Odds Ratio ajustado por edad, se obtuvo que ser mujer suponía un factor protector ante su desarrollo (OR = 0,82; 95% CI: 0.78-0.86; $p < 0,001$). No obstante, al analizar la variable edad por rangos en la regresión logística, se observó que ser mujer ejercía como factor de riesgo entre los 45 y 64 años (OR = 1.10 95% CI: 1.01-1.21; $p = 0.038$), mientras que en el resto de rangos de edad no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

El uso de la variable edad también aporta información importante que suscribe estudios similares. En el caso de los resultados obtenidos en los TCA o los signos y síntomas que afectan al estado emocional, se observa una clara tendencia diagnóstica en edades emergentes. Esto coincide con la literatura por lo que respecta al predominio en mujeres de trastornos como la bulimia, anorexia nerviosa y otros (Keel & Forney, 2013) y la impulsividad y falta de habilidades o recursos de gestión emocional durante la adolescencia en varones como consecuencia de la socialización primaria (Salgado Roa & Leria Dulcic, 2018; Valls Llobet, 2022).

Los análisis efectuados en la Fase II de este trabajo complementan a los de la Fase I y suscriben la necesidad de la mirada interseccional al contribuir a la definición del perfil de vulnerabilidad ante los TPS. Según las respuestas más prevalentes obtenidas a partir de los datos recabados, el perfil sería el de una mujer adulta de entre 45-64 años, casada, con estudios medios y sin personas a cargo, o hijos menores. A nivel laboral se encontraría activa, trabajando por cuenta ajena y a jornada completa, con un salario medio aproximado de entre 951 y 1500 euros mensuales. Por lo que respecta a los usos del tiempo, destinaría entre 1 y 2 horas diarias a las labores del hogar, entre 15 minutos y 1 hora actividades de ocio, menos de 15 minutos diarios al cuidado personal y entre 20 y 30 minutos a ejercicios de actividad física moderada. A la luz de los resultados, resulta sorprendente que el perfil descrito coincida con las características devenidas por las desigualdades de género que actúan como

determinantes en salud (Arias-de la Torre et al., 2019; Eurostat, 2019; M. Silva et al., 2016).

La dilución de estas desigualdades en los datos de prevalencia son difícilmente asumibles sin la obtención de una equidad en salud efectiva (Subdirección General de Promoción Prevención y Calidad, 2021). Las múltiples normas de género ejercen una presión notoria tanto hombres como mujeres, a destacar el malestar psicológico generado a especialmente en las últimas, precisamente por las asociaciones negativas a raíz de los mandatos sociales (Campbell et al., 2021). La calidad de vida se convierte en un indicador fundamental en el conocimiento del estado de salud global de hombres y mujeres, y en particular y a propósito de este estudio, en la salud mental (Chiang et al., 2021).

Aunque en los resultados de la Fase II se obtuvo una baja prevalencia de problemas en las dimensiones de movilidad, autocuidado y actividades cotidianas por parte de los y las participantes, por lo que refiere a los hombres, el recuento de participantes con alguna problemática fue prácticamente ausente. Esto coincide parcialmente con estudios previos a nivel nacional en que los porcentajes de los valores obtenidos en hombres se asemejan (Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, 2017; Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2014), pero no es así en el caso de las mujeres, mucho más inferiores en este estudio. En estas tres dimensiones tan solo entre el 45.56 y el 59.44% de las mujeres declararon no tener ningún problema relacionado con éstas. Esto supone que al menos un 40% de las mujeres puede tener problemas de movilidad, autocuidado o en actividades de la vida diaria que afecten a su calidad de vida. Además de ello, al analizar las dimensiones de dolor/malestar y ansiedad/depresión vemos que las cifras de ambos sexos con relación a la presencia de problemas son considerablemente más elevadas en ambos géneros, de forma más acusada en mujeres. Esto sí se halla respaldado por la literatura y los últimos informes estadísticos tanto a nivel nacional como de la zona de estudio (Departament de Salut, 2017, 2021; Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, 2017), ya que se ha documentado que cerca de un

27.9-32% mujeres y 17-17.3% hombres adultos padece malestar emocional (Departament de Salut, 2022).

Por lo que se refiere a la autopercepción del estado de salud evaluado mediante la escala EVA, se puede observar que las mujeres tienen percepciones más heterogéneas, pero con una mediana sustancialmente más baja que la de los hombres (65 vs 75). Con ello se interpreta que la autopercepción de los hombres de este estudio es más positiva y que las mujeres perciben un peor estado de salud, del mismo modo que ocurre en otros estudios (Boerma et al., 2016; Del Piccolo et al., 2012). En concordancia, los resultados de la última *Enquesta de Salut de Catalunya* (2021) mantienen la misma puntuación en hombres (75.3) y ligeramente superior en mujeres (70.8). En éste, las puntuaciones bajas se mantienen en personas con niveles de educación primarios, clase social baja y edades más avanzadas, y siempre el género femenino se halla por debajo de las puntuaciones del masculino.

Por lo que compete a la sintomatología psicopatológica de la muestra con la que se trabajó en la Fase II, algunos resultados llamaron especialmente la atención por su discrepancia con la literatura. El parámetro de hipersensibilidad se vio disminuido en mujeres, siendo que en el imaginario social generalmente se les atribuye una mayor focalización o facilidad para llorar (Bacigalupe et al., 2020). En la misma línea, los resultados obtenidos en el parámetro de somatización corporal contrariaron los obtenidos en estudios previamente consultados (Gismero González, 2008; Hagström et al., 2018; Velasco Arias et al., 2007). Esta misma tendencia se observó en otros parámetros en los que los hombres obtuvieron puntuaciones de sintomatología más notable que las mujeres. Sin embargo, la explicación podría ser resultado de los sesgos de género en el diagnóstico psicopatológico en hombres, sugiriendo que el desconocimiento en la expresión del malestar de los hombres, implique la falta de reconocimiento del mismo (Gervás & Pérez-Fernández, 2016; Piccinelli & Wilkinson, 2018). Por ello, se puede intuir que la atribución del diagnóstico de TPS solo tendría lugar si la sintomatología es muy pronunciada y evidente, caso que no ocurriría del mismo modo en mujeres.

De ahí estriba también la importancia en la exploración de las estrategias de afrontamiento según el género. En este sentido, se ha podido observar que las mujeres de la muestra adoptaban estrategias más adaptativas que sus pares varones. Mientras ellas tendían en mayor medida al uso del afrontamiento activo, desahogo y búsqueda de apoyo social, los hombres recurrían a la desconexión conductual. Estos resultados se corresponden sustancialmente con estudios previos, en los que se sugería la propensión del género femenino a la comunicación y apoyo en las redes próximas (Del Piccolo et al., 2012; Martorell-Poveda et al., 2015) y de los varones a adoptar una actitud más evitativa (Martorell-Poveda et al., 2015; Salgado Roa & Leria Dulcic, 2018).

Cabe señalar el avance que supone el conocimiento de las diferentes formas de expresión y afrontamiento del estrés. Las diferencias observadas en la expresión del malestar entre hombres y mujeres implican que debería haber cambios en la formación básica y continuada de las ciencias de la salud, lo que podría suponer un avance potencial en la detección y tratamiento de los trastornos.

La literatura disponible y los hallazgos aquí presentados evidencian aspectos especialmente relevantes en el proceso psicosomático. En primer lugar, los elementos desencadenantes, los factores psicosociales y culturales, que en mayor o menor medida perpetúan las posibles condiciones adversas. Frente a éstas, los sujetos en cuestión requieren de una serie de recursos y estrategias de afrontamiento, que pueden resultar efectivas (factor protector) o no (factor de riesgo). Estas pueden condicionar importantes indicadores de malestar, como lo son la autopercepción del estado de salud y la calidad de vida. Del mismo modo, la expresión del malestar puede manifestarse mediante distintas posibilidades, en ocasiones problemas somáticos, y en mayor medida, problemas de salud mental.

Así, se observa cómo finalmente todos los aspectos estudiados confluyen en el proceso psicosomático conformando una red de casuísticas que podrían abordarse de forma interdisciplinar y, más allá, político-social.

La Dra. Carme Valls, ya dijo en una de sus primeras publicaciones “El estudio de la causa de la morbilidad diferencial entre hombres y mujeres puede abrir nuevos campos en el camino de la prevención” (Valls Llobet, 1994: 95). Y es que, como queda plasmado en este estudio, el conocimiento de las diferentes formas de expresión de los trastornos psicosomáticos, así como su epidemiología y posibles determinantes, resulta imprescindible. Su entendimiento implica un avance no solo para las enfermeras, sino también para todas las disciplinas sanitarias, lo que conlleva nuevos desafíos en la atención sanitaria a los TPS.

Capítulo 6

LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

6. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

En este capítulo se presentan de forma conjunta las limitaciones del estudio y las líneas de investigación que se pretenden llevar a cabo a raíz del trabajo realizado en esta tesis doctoral.

Durante la ejecución de esta investigación se han detectado varias limitaciones. El primer obstáculo fue la ausencia de estudios previos que trataran la prevalencia de trastornos psicosomáticos, lo que impedía realizar una comparación de resultados y su generalización. Por ello se optó por seleccionar estudios epidemiológicos de salud mental que contemplaran los diagnósticos seleccionados como variables y realizar una aproximación y comparativa lo más semejante posible.

La difusa definición y falta previa de registro de los diagnósticos psicosomáticos es otra limitación estrechamente ligada a la anterior. La categorización de TPS fue basada en la bibliografía consultada. Aunque la base de la corriente psicosomática estriba en la pluralidad y concomitancia de la sintomatología, la selección diagnóstica se basó en aquellos problemas de salud que se detectaron descritos en la literatura con mayor consistencia. Estos resultaron ser en su mayoría los problemas de salud mental, y los diagnósticos ya categorizados por el CIE-10-ES como relacionados con las circunstancias psicosociales. Así, la aplicación del LSB-50 en la Fase II, permitió establecer el rango de psicopatología de la muestra, conocer la adecuación y reforzar el cumplimiento de los criterios de inclusión clínicos.

Por otro lado, los problemas de salud mental es un grupo de patologías con notorio infradiagnóstico y más cuando el problema de salud que acude a consulta es un proceso de marcado carácter psicosomático, por falta de formación y la ineludible ambigüedad conceptual y clínica (Rajna, 2021; Sánchez-García, 2013). Ello implica que muchas veces, el diagnóstico de este tipo de problemas de salud recae en instituciones ajenas al Sistema Nacional de Salud

o el ICS. Por ello, cabe suponer que, en esta tesis el número de registros que se han podido recoger, pudiera ser, en realidad, superior al obtenido.

En el caso de los hombres posiblemente el infradiagnóstico sea más acusado, dadas las imposiciones que el sistema patriarcal establece a la hora de reportar malestares emocionales por parte de éstos. Ello puede generar diferencias de diagnóstico en hombres y mujeres en problemas tales como depresión o malestar por las dificultades de expresión emocional aprehendidas a lo largo de la vida. No obstante, no existe evidencia científica que respalde que este sesgo pueda suponer una diferencia significativa en los resultados (Gervás & Pérez-Fernández, 2016; Kiely et al., 2019; Piccinelli & Wilkinson, 2018).

Una última limitación de la Fase I fue que la información sobre las características sociodemográficas de la muestra fue muy limitada, por este motivo y por alcanzar los objetivos propuestos, en la segunda fase, el estudio de las características individuales y contextuales de los sujetos de estudio se amplió considerablemente.

Por otro lado, señalar que los diseños aplicados en los estudios realizados en la Fase I y II muestran una asociación entre variables, pero no relaciones de causa y efecto.

La muestra de la Fase II podría haber sido más extensa de no ser por las dificultades que se encontraron en el contacto vía mail con algunos/as usuarios/as. El uso de cuestionarios autoadministrados como instrumentos de recogida de datos limita la justificación de las respuestas y el conocimiento de las casuísticas particulares de los participantes. Para solventar esta y la limitación anterior, para una futura línea de investigación se plantea una intervención de carácter cualitativo que permita conocer a fondo el contexto de las personas que tengan sintomatología psicosomática. Con vistas a ello, durante el reclutamiento de la Fase II, ya se solicitó permiso y número de contacto a aquellas personas que aceptaron participar, en caso de tener interés en que se les realizará una entrevista en el futuro.

La escucha activa y abierta es fundamental para poder detectar hechos y eventos estresantes significativos que puedan actuar como desencadenantes o perpetuadores del malestar de la mujer. Se hace necesario señalar la importancia de la atención sanitaria holística; el modelo de atención ha de basarse en la comprensión de la realidad individual y contextual de cada paciente.

La incidencia y prevalencia de comorbilidades que presentan, en diferentes estudios, como punto de unión, el condicionante de un contexto desfavorable o la perennidad de ciertos patrones ligados a los roles de género sugieren que la educación sanitaria en este aspecto es imprescindible para propiciar un cambio a nivel estructural. Por este motivo, a partir de este trabajo también se plantea otra línea futura como actividad de transferencia, mediante la elaboración y edición de una obra literaria narrativa para población general que trate transversalmente la temática abordada en esta tesis.

A nivel clínico, la intervención sanitaria con un enfoque no solo biopsicosocial, sino también de género, estriba de gran importancia. En primer lugar, se hace necesario desmontar la idea de la división mente-cuerpo-emoción. En las manos, no solo de las enfermeras, sino de todo el personal sanitario, radica la responsabilidad de realizar una intervención biopsicosocial competente para con el malestar de las mujeres, teniendo en cuenta que el origen de este malestar puede residir también en las esferas psicosocial o cultural, no solo en el aspecto biológico.

Así, los hallazgos aquí presentados aportan información de interés que podrían compararse con poblaciones geográficamente similares. Dados los hallazgos de gran utilidad para el conocimiento del estado de salud de la población, este estudio podría ser replicable en otras zonas para poder comparar y generar políticas sanitarias más adaptadas a la realidad de las personas.

Capítulo 7

CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

7. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

A partir de los hallazgos obtenidos en las tres fases que componen este estudio y la discusión teórica y analítica, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- Los TPS tienen una alta prevalencia comparado con otros problemas considerados de salud pública. Por ello, merecen reconocimiento interdisciplinar y un esfuerzo en la adecuación del abordaje de los diagnósticos asociados.
- El género es una variable indispensable en el análisis estadístico de los problemas de salud, y en concreto, de los TPS. No obstante, es imprescindible incorporar otras variables para aportar el análisis interseccional y atender a la multiplicidad de variables que intervienen en los procesos de salud-enfermedad-cuidado.
- Existen diferencias importantes en la morbilidad de los diagnósticos relacionados con los TPS, según el género, como la depresión; trastorno persistente del estado de ánimo; ansiedad; trastorno de la conducta alimentaria; trastorno del sueño; malestar y fatiga; abuso, negligencia y otros tipos de maltrato confirmados; problemas de apoyo con el grupo de apoyo primario y problemas con los cuidados por dependencia, trastorno mental no psicótico; signos y síntomas que afectan al estado emocional; problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas; y problemas relacionados con el estilo de vida.
- Ser mujer está asociado al posible desarrollo de TPS en la mayoría de las agrupaciones diagnósticas (trastorno persistente del ánimo, ansiedad, depresión, malestar, abuso, negligencia y otros malos tratos), aunque también se observan categorías puntuales en las que ser mujer de cierta edad podía ser factor protector. Por ejemplo, ser mujer mayor de 65 años ejerce como factor protector en los problemas del estilo de vida (consumo de sustancias, falta de ejercicio físico, dieta y hábitos alimentarios inapropiados o conductas sexuales de alto riesgo). También en edades

tempranas, el hecho de ser hombre puede constituir un factor de riesgo en el padecimiento de signos y síntomas que afectan al estado emocional.

- El perfil sociodemográfico de una persona vulnerable es de género femenino, de edad adulta, casada, con educación media y sin dependientes, o bien, con hijos menores a su cargo. A nivel laboral, estaría empleada a tiempo completo por cuenta ajena y ganaría un salario medio de entre 951 y 1500 euros mensuales. Por lo que confiere a distribución de su tiempo fuera del horario laboral, destinaría entre 1 y 2 horas diarias a las tareas del hogar, entre 15 y 60 minutos a actividades de ocio, menos de 15 minutos al cuidado personal y entre 20 y 30 minutos a realizar ejercicio físico moderado, en caso de realizarlo.
- Aunque la prevalencia de los TPS es significativamente femenina, la sintomatología de los varones es más notoria. Esto puede estar relacionado con el sesgo de género en la detección de problemas relacionados con la salud mental en hombres.
- La calidad de vida y la autopercepción de la salud de las mujeres es menor entre las personas con TPS. Las mujeres tienen más del doble de probabilidades de padecer algún problema de movilidad, el triple de padecer un problema en las actividades de la vida diaria y hasta nueve veces más probabilidad de tener problemas de autocuidado.
- Las estrategias de afrontamiento más empleadas difieren según el género. Las mujeres recurren con mayor frecuencia al afrontamiento activo, desahogo y búsqueda de apoyo social, mientras que los hombres tienden a hacer uso de la desconexión conductual. Esto sugiere que las mujeres se centran más en el problema y los hombres adoptan conductas más evitativas, lo que puede ser más desadaptativo.
- Los hallazgos obtenidos subrayan la importancia de la atención individualizada y la focalización en el contexto de las personas que requieren de atención sanitaria. Se hace necesario resaltar el abordaje interdisciplinar con perspectiva de género e interseccional para explorar los diferentes determinantes de la salud y alcanzar la excelencia en la praxis sanitaria en general y enfermera en particular.

Capítulo 8

APORTACIONES Y ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

8. APORTACIONES Y ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

En este capítulo se pretende plasmar aquellas publicaciones, premios y reconocimientos, difusión y colaboraciones, así como actividades y aportaciones realizadas exclusivamente durante el periodo de realización de la tesis. También otras actividades y producciones, estancias y docencia, vinculadas directa o indirectamente con el proyecto de tesis, o bien como formación predoctoral.

8.1 Producción científica relacionada con la tesis doctoral

Publicaciones

Artículo publicado: Torrubia-Pérez, E.; Reverté-Villarroya, S. & Martorell-Poveda, M.-A. (2021). Influencia del género en el desarrollo del trastorno psicósomático: revisión narrativa. *Rev. Enferm. UERJ*, 29, e58082. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.58082>.



Artículo publicado: Torrubia-Pérez, E.; Reverté-Villarroya, S.; Fernández-Sáez, J. & Martorell-Poveda, M.-A. (2022). Analysis of Psychosomatic Disorders According to Age and Sex in a Rural Area: A Population-Based Study. *J. Pers. Med.*, 12 (10), 1730. <https://doi.org/10.3390/jpm12101730>.



Artículo en revisión: Torrubia-Pérez, E.; Martorell-Poveda, M.-A.; Fernández-Sáez, J.; Mulet Barberà, M. & Reverté-Villarroya, S. (2023). Gender Differential Morbidity in Quality of Life and Coping among People Diagnosed with Psychosomatic Disorders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.

Premios y reconocimientos

1er Premio *Vols Saber què investigo*, otorgado por la *Unitat de Comunicació* (UCC+i) de la Universitat Rovira i Virgili i *l'Escola de Postgrau i Doctorat* de la URV. 21 de mayo de 2021. URV Campus Catalunya, Tarragona.

Participación como finalista en *Presenta la teva tesi en 4 minuts*, organizado por la *Fundació Catalana per a la Recerca i la Innovació (FCRI)* y la *Generalitat de Catalunya*. 22 de junio de 2021. FCRI, Barcelona.

Premio a mejor proyecto de Investigación en Ciencias Médicas y de la Salud en el ámbito de Terres de l'Ebre, otorgado por la *Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears*. Filial Terres de l'Ebre. 25 de febrero 2022. URV Campus Terres de l'Ebre, Tortosa.

Premio Talent Jove en la categoría **Activista**, concedido por la Societat Catalanobalear d'Infermeria. 4 de mayo de 2023. Auditorio de la *Acadèmia de Ciències Mèdiques*, Barcelona.

Difusión y colaboraciones

Ponencia "*Determinants psicosocials i culturals que es desenvolupen en una societat patriarcal influeixen de forma desigual en el desenvolupament de patologies de caràcter psicosomàtic en funció de gènere*" en las **I Jornades sobre la Perspectiva de Gènere en Recerca**, organizadas por la *Escola de Postgrau i Doctorat (EPD)* y *l'Observatori de la Igualtat de la URV*. 17 de noviembre de 2020. Formato telemático.

Ponencia "*Factors psicosocials i culturals determinants en el desenvolupament de malalties psicosomàtiques a Terres de l'Ebre*" en las **XXXVI Jornades Mèdiques i de la Salut de Terres de l'Ebre**, organizadas por l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears. Filial Terres de l'Ebre. 24 de febrero de 2021. Formato telemático.

Póster *"Influència de gènere en el desenvolupament del trastorn psicossomàtic"* en las **38 Jornades Mèdiques i de la Salut de les Terres de l'Ebre: Salut Mental i pandèmia**, organizadas por l' *Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears. Filial Terres de l'Ebre*. 24 de febrero de 2022. URV Campus Terres de l'Ebre, Tortosa.

Divulgación científica en el Pint of Science Festival 2022 con la presentación *"Em dol a l'ànima" i altres formes de dir psicossomatització*, organizadas por el equipo Pint of Science. 9 y 10 de mayo de 2022. Amposta y Tortosa resp.

Entrevista en el programa radiofónico *Onades de Ciència*, sección de entrevistas a investigadoras del territorio. Ràdio Cambrils. 7 de noviembre de 2022. Cambrils.

Comunicación oral *"Perspectiva de género en el estudio de los trastornos psicossomáticos"* en el **V Congreso Internacional de Ciencia, Feminismo y Masculinidades (CICFEM)**. 3 de marzo de 2023. Facultad de Ciencias de la Educación y Psicología de la Universitat de València, Valencia.

Entrevista en el programa radiofónico *l'espai de la Ciència* de La Ciutat Tarragona. Onda Cero Tarragona. 10 de mayo de 2023.

8.2 Otras actividades y producciones

Publicaciones

Artículo de revista: Palet-Rodríguez, M. & Torrubia-Pérez, E. (2023). Utilidad de las terapias complementarias en el manejo de dolor durante el parto: una revisión integradora. *Enfermería Global*, 22(2), 465-496.
<https://doi.org/10.6018/eglobal.529861>

Coordinación de publicación de obra colectiva: Torrubia-Pérez, E & Valls-Fonayet, F. (2023). *La violencia contra las mujeres desde las Ciencias de la Salud*. Tirant lo Blanch.

Capítulo de libro: Valls-Fonayet, F. & Torrubia-Pérez, E. (2023). Violencia contra los y las profesionales de la salud: un enfoque desde el género. En E. Torrubia-Pérez & F Valls-Fonayet (Coord.), *La violencia contra las mujeres desde las ciencias de la salud*. Tirant lo Blanch.

Difusión y colaboraciones

Miembro del jurado de los *Premis URV Fòrum Trics*, organizado por la *Oficina de l'Estudiantat* de la Universitat Rovira i Virgili. 15 de abril de 2020. Formato telemático.

Divulgación y conducción del evento en las Jornadas “*Salut Mental, recerca local amb impacte global*” de sensibilización de la *Marató de TV3*, organizadas por el *Grup de Recerca Genètica i Ambient en Psiquiatria* (GAP), *Fundació Institut Pere Mata* (IPM) y el *Institut d'Investigació Sanitària Pere i Virgili* (IISPV). 17 y 18 de diciembre de 2021. Tarragona y Reus resp.

Sesiones divulgativas para la campaña de sensibilización social de la Marató de TV3. Temática Salud Mental. Octubre, noviembre y diciembre de 2021. Formato telemático.

Coorganización y coordinación de la *Jornada 9N Abordatge de la violència de gènere des de l'Atenció Primària en Salut*. 09 de noviembre de 2021. Unitat de Igualtat Universitat Rovira i Virgili. Formato telemático.

Miembro del Comité Científico de la I Jornada Interuniversitaria de Enfermería, Género y Diversidad. Docencia con perspectiva de género en los estudios de enfermería, organizada por el Equipo Interuniversitario de Enfermería, Género y Diversidad (EquInEGyD). 20 de octubre de 2022. Universitat de Girona, Girona.

Moderadora de la Mesa de Comunicaciones 4 de la I Jornada Interuniversitaria de Enfermería, Género y Diversidad. Docencia con perspectiva de género en los estudios de enfermería, organizada por el Equipo Interuniversitario de Enfermería, Género y Diversidad (EquInEGyD). 20 de octubre de 2022. Universitat de Girona, Girona.

Coautora de comunicación oral “Ser enfermera en tiempos de coronavirus: un estudio cualitativo” en la XI Jornades d’Infermeria Terres de l’Ebre (JITE). 10 de noviembre de 2022. URV Campus Terres de l’Ebre, Tortosa.

Miembro del jurado del XVI Premi Federico Mayor Zaragoza, organizado por la *Associació Amigues i Amics de Tortosa per a la UNESCO*, URV y CTE. Abril de 2023. Tortosa.

Estancias de movilidad internacional

Estancia formativa en la *Escola superior de Enfermagem de Coimbra* (ESEnfC) con el Programa Erasmus+ International STT KA103 del curso académico 2021-2022 para profesorado de la URV. Formación en el *Projeto PARENT* liderado por la ESEnfC. Del 19 de abril de 2021 al 01 de mayo de 2021. Coímbra, Portugal.

Estancia extracurricular de voluntariado en Fort Portal Regional Referral Hospital. Julio – septiembre de 2022. Fort Portal, Uganda.

Docencia en Ciencias de la Salud

Grado de Enfermería, como docente en las asignaturas de *Bioestadística, Salut Pública i Educació per a la Salut, Programes de Salut, Cures Pal·liatives, Pràctiques clíniques, Fonaments de Psicologia Aplicada*, tutorizaciones de trabajos finales de grado y docente y coordinadora de las asignaturas *Salut Gènere i Desigualtats Socials* e *International Nursing*. Vinculación desde el curso 2018-2019 a la actualidad.

Sesión magistral en la *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra* (ESEnfC), introductoria al género, salud y desigualdades sociales en la asignatura *CLE em EC na Comunidade*, del 2º curso del grado en enfermería. 20 de abril de 2021. Coímbra, Portugal.

Sesión magistral en la *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra* (ESEnfC), en el 2º curso de la Especialidad en Enfermería Obstétrica y Ginecológica. 30 de abril de 2021. Coímbra, Portugal.

Sesión magistral de colaboración en el *Màster d'Estudis de Dones, Gènere i Cuitadania* (Universitat de Barcelona). 2h de docencia de metodología de la investigación con perspectiva de género en la asignatura *Promoció de la Salut i Morbiditat Diferencial*. 25 de noviembre de 2021. Formato Telemático.

Capítulo 9

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abuín, M. R., & Rivera, L. de. (2014). La medición de síntomas psicológicos y psicosomáticos: el Listado de Síntomas Breve (LSB-50). *Clínica y Salud*, 25(2), 131–141. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2014.06.001>
- Aguilar García, T. (2008). El sistema sexo-género en los movimientos feministas. *Amnis*, 8. <https://doi.org/10.4000/amnis.537>
- Alcañiz, M., Riera-Prunera, M.-C., & Solé-Auró, A. (2020). "When I Retire, I'll Move Out of the City": Mental Well-being of the Elderly in Rural vs. Urban Settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2442. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072442>
- Alomaliza Capuz, C. E., & Flores Hernández, V. F. (2023). Autoestima y resiliencia en mujeres. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(1), 392–405. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.252>
- Álvarez-Díaz, J. A. (2020). La necesaria perspectiva de género para el análisis de problemas de salud. *Cirugía y Cirujanos*, 88(3). <https://doi.org/10.24875/CIRU.19000865>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5a ed). American Psychiatric Publishing.
- Amigo Vázquez, I. (2020). *Manual de psicología de la salud* (4ª ed). Pirámide.
- Amorós, C. (2001). *Feminismo: igualdad y diferencia*. Programa Universitario de Estudios de Género.
- Arias-de la Torre, J., Molina, A. J., Fernández-Villa, T., Artazcoz, L., & Martín, V. (2019). Mental health, family roles and employment status inside and outside the household in Spain. *Gaceta Sanitaria*, 33(3), 235–241. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.005>
- Astelarra, J. (2005). *Veinte años de políticas de igualdad*. Cátedra.
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., & Martín, U. (2020). Gender as a determinant of mental health and its medicalization. SESPAS Report 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Barker, M. J. (2019). *Good Practice across the Counselling Professions 001: Gender, sexual, and relationship diversity (GSRD)*. British Association for Counselling and Psychotherapy. <https://www.bacp.co.uk/media/5877/bacp-gender-sexual-relationship-diversity-gpacp001-april19.pdf>
- Bech, P. (1987). Quality of Life in Psychosomatic Research. *Psychopathology*, 20(3–4), 169–179. <https://doi.org/10.1159/000284496>

- Berger, P., & Luckmann, T. (1986). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu.
- Berrocal Montiel, C., Fava, G. A., & Sonino, N. (2016). Contribuciones de la Medicina Psicosomática a la Medicina Clínica y Preventiva. *Anales de Psicología*, 32(3), 828. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.3.219801>
- Bobo, W. V., Grossardt, B. R., Virani, S., St Sauver, J. L., Boyd, C. M., & Rocca, W. A. (2022). Association of Depression and Anxiety With the Accumulation of Chronic Conditions. *JAMA Network Open*, 5(5), e229817. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.9817>
- Boerma, T., Hosseinpoor, A. R., Verdes, E., & Chatterji, S. (2016). A global assessment of the gender gap in self-reported health with survey data from 59 countries. *BMC Public Health*, 16(1), 675. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3352-y>
- Boleira, M., Lupi, O., Pires, G. V., Dias, G., Seba, A. J., & Guimarães, D. B. S. (2014). Translation and validation of Portuguese of a questionnaire for evaluation of psychosomatic symptoms in adults with atopic dermatitis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 89(5), 763-769. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20142707>
- Bornhauser N., N., & Csef, H. (2005). Nuevas enfermedades ¿del alma?: Reflexiones psicosomáticas a propósito de algunas analogías estructurales entre síndrome de fatiga crónica, fibromialgia y sensibilidad química múltiple. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 43(1). <https://doi.org/10.4067/S0717-92272005000100006>
- Bransfield, & Friedman. (2019). Differentiating Psychosomatic, Somatopsychic, Multisystem Illnesses, and Medical Uncertainty. *Healthcare*, 7(4), 114. <https://doi.org/10.3390/healthcare7040114>
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Reports*, 129(suppl2), 19-31. <https://doi.org/10.1177/00333549141291S206>
- Brigidi, S. (2010). <<Mujeres al borde de un ataque de nervios>> Corazón blando, feminización del dolor y autocuidado familiar. In M. L. Esteban, J. M. Comelles, & C. Díez Mintegui (Eds.), *Antropología, género, salud y atención* (pp. 107-127). Bellaterra.
- Brooks, S. J., Feldman, I., Schiöth, H. B., & Titova, O. E. (2021). Important gender differences in psychosomatic and school-related complaints in relation to adolescent weight status. *Scientific Reports*, 11(1), 14147. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-93761-0>
- Cabasés, J. M. (2015). El EQ-5D como medida de resultados en salud. *Gaceta Sanitaria*, 29(6), 401-403. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.08.007>

- Cabezas-Rodríguez, A., Utzet, M., & Bacigalupe, A. (2021). Which are the intermediate determinants of gender inequalities in mental health?: A scoping review. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(8), 1005–1025. <https://doi.org/10.1177/00207640211015708>
- Campbell, O. L. K., Bann, D., & Patalay, P. (2021). The gender gap in adolescent mental health: A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries. *SSM - Population Health*, 13, 100742. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100742>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Casado Mejía, R., & García-Carpintero Muñoz, M. (2018). *Género y Salud: Apuntes para comprender las desigualdades y la violencia basadas en el género y sus repercusiones en la salud*. Ediciones Díaz de Santos. <https://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788490521281.pdf>
- Chen, M. A., LeRoy, A. S., Majd, M., Chen, J. Y., Brown, R. L., Christian, L. M., & Fagundes, C. P. (2021). Immune and Epigenetic Pathways Linking Childhood Adversity and Health Across the Lifespan. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.788351>
- Chiang, Y., Chang, Y., Liu, Y., & Tzeng, W. (2021). Quality of life in patients with comorbid serious mental illness and chronic diseases: A structural equation model. *Journal of Advanced Nursing*, 77(3), 1271–1283. <https://doi.org/10.1111/jan.14663>
- Choung, R. S., Richard Locke, G., Schleck, C. D., Zinsmeister, A. R., & Talley, N. J. (2017). Multiple functional gastrointestinal disorders linked to gastroesophageal reflux and somatization: A population-based study. *Neurogastroenterology & Motility*, 29(7), e13041. <https://doi.org/10.1111/nmo.13041>
- Ciccia, L. (2019). La construcción biosocial de la identidad cis. In J. A. Ferreyra & J. A. Castorina (Eds.), *Neurocientismo o Salud mental: discusiones clínico-críticas desde un enfoque de derechos* (pp. 129–143). Miño y Dávila.
- Ciccia, L. (2021a). Dimorfismo sexual, ¿natural? Una reinterpretación crítica de las diferencias biológicas. *Revista Bioética*, 29(1), 66–75. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021291447>
- Ciccia, L. (2021b). Sucesos comportamentales: estados mentales, cuerpo y género. *Debate Feminista*, 63. <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2022.63.2311>
- Cifre, E., & Pastor, M. (2016). *Salud, emociones y género: materiales para el máster universitario en Estudios Feministas, de género y Ciudadanía*. Publicacions de la Universitat Jaume I.

- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 182-189. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.024>
- Cortés Pascual, A. (2004). La herencia de la teoría ecológica de Bonfrenbrenner. *Innovación Educativa*, 14, 51-65. https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/67390/pg_053-068_inneduc14.pdf?sequence=1
- Crenshaw, K. (2017). *On Intersectionality: Essential Writings*. The New Press.
- da Silva, J. D., & Müller, M. C. (2007). Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(2), 247-256. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000200011>
- Daponte Codina, A., Cabrera-León, A., Mateo Rodríguez, I., Espinosa de los Monteros, E., Arroyo-Borrell, E., Saez, M., Renart, G., Saurina, C., Serra, L., Bartoll, X., Bravo, M., Domínguez-Berjón, M., López, M., Álvarez-Dardet, C., Marí-Dell'Olmo, M., Bolívar Muñoz, J., Escribà-Agüir, V., Palència, L., Puig, V., ... Rueda, M. (2019). *Atlas de los determinantes sociales de la salud en España 2019: evolución y variabilidad entre las Comunidades Autónomas* (Escuela Andaluza de Salud Pública (ed.)). Publicaciones EASP. https://www.osman.es/wp-content/uploads/2020/03/EASP_Atlas_Determinantes_Salud_Espana.pdf
- De Beauvoir, S. (2017). *El segundo sexo*. Cátedra.
- De Rivera, L., & Abuín, M. (2018). *Manual del Listado de Síntomas Breve LSB-50* (2ª ed). TEA ed.
- Del Piccolo, L., Mazzi, M. A., Goss, C., Rimondini, M., & Zimmermann, C. (2012). How emotions emerge and are dealt with in first diagnostic consultations in psychiatry. *Patient Education and Counseling*, 88(1), 29-35. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.01.010>
- Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. (2019). *Macroencuesta de violencia contra la mujer*. Ministerio de Igualdad. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf
- Departament de Salut. (2009). *Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña. Documento marco*. Generalitat de Catalunya. https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Serveis-sanitaris/Altres-models-anteriors-datencio-sanitaria/Abordatge-de-la-violencia-masclista/arxiu/cast_femchist.pdf
- Departament de Salut. (2016). *Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) 2015*:

Comportaments relacionats amb la salut, l'estat de salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya. Generalitat de Catalunya.
<https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/2734>

Departament de Salut. (2017). *Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) 2017: L'estat de salut, els comportaments relacionats amb la salut, i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya: resultats principals de l'ESCA 2017.* Generalitat de Catalunya.
https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/Enquesta-de-salut-de-Catalunya/Resultats-de-lenquesta-de-salut-de-Catalunya/documents/resum-executiu_esca_2017.pdf

Departament de Salut. (2021). *Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) 2020: L'estat de salut, els comportaments relacionats amb la salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya, 2020.* Generalitat de Catalunya.
https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/Enquesta-de-salut-de-Catalunya/Resultats-de-lenquesta-de-salut-de-Catalunya/documents/2020/resum-executiu-ESCA-2020.pdf

Departament de Salut. (2022). *Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) 2021: L'estat de salut, els comportaments relacionats amb la salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya 2021.* Generalitat de Catalunya.
https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/Enquesta-de-salut-de-Catalunya/Resultats-de-lenquesta-de-salut-de-Catalunya/documents/2021/resumen-ejecutivo-ESCA-2021.pdf

Dillon, W. S. (2001). Margaret Mead (1901-1978). *Perspectives: Revista Trimestral de Educación Comparada.* UNESCO, 31(3), 501-517.
<http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/meads.pdf>

Dziechciaż, M., & Filip, R. (2014). Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 21(4), 835-838.
<https://doi.org/10.5604/12321966.1129943>

Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
<https://doi.org/10.1126/science.847460>

Esteban, M. L. (2001). El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. In C. Miqueo, C. Tomás, C. Tejero, M. J. Barral, T. Fernández, & T. Yago (Eds.), *Perspectivas de género en salud. fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas* (pp. 25-51). Minerva Ediciones.

- EuroQol Research Foundation. (2019). *EQ-5D-5L User Guide*.
<https://euroqol.org/publications/user-guides>
- Eurostat. (2019). *The life of women and men in Europe*.
https://ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/womenmen_2019/
- Fava, G. A., Cosci, F., & Sonino, N. (2017). Current Psychosomatic Practice. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86, 13–30.
<https://doi.org/10.1159/000448856>
- Frank, J., Abel, T., Campostrini, S., Cook, S., Lin, V. K., & McQueen, D. V. (2020). The Social Determinants of Health: Time to Re-Think? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5856.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17165856>
- Fraser, N., Bhattacharya, T., & Arruzza, C. (2019). *Feminism for the 99%: A manifesto*. Verso Books.
- Gajos, J. M., Miller, C. R., Leban, L., & Cropsey, K. L. (2022). Adverse childhood experiences and adolescent mental health: Understanding the roles of gender and teenage risk and protective factors. *Journal of Affective Disorders*, 314, 303–308. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.07.047>
- García Calvente, M., Del Río Lozano, M., Maroto Navarro, G., Sánchez-Cantalejo Garrido, C., & Fernández Ruiz, E. (2018). *Informe Salud y Género en Andalucía 2018*. https://www.easp.es/wp-content/uploads/publicaciones/EASP_Informe_Salud_y_Genero_Andalucia_2018.pdf
- Gervás, J., & Pérez-Fernández, M. (2016). *El encarnizamiento médico con las mujeres*. Los libros del lince.
- Gil Canalda, M. I., Candela Villanueva, J. P., & Cecilia Rodríguez, M. (2003). Atención primaria y trastornos de la alimentación: nuestra actitud frente a ellos (I). *Atención Primaria*, 31(3), 178–180. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)70679-9](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)70679-9)
- Gil Roales-Nieto, J. (2004). Comportamiento y salud y comportamiento como riesgo. In J. Gil Roales-Nieto (Ed.), *Psicología de la Salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones* (pp. 119–149). Pirámide.
- Gismero González, E. (2008). Una mirada desde el espejo: Consecuencias del abordaje biomédico de las mujeres. *Revista de Psicoterapia*, 19, 69–97.
- Glozah, F. N., & Pevalin, D. J. (2017). Association between psychosomatic health symptoms and common mental illness in Ghanaian adolescents: Age and gender as potential moderators. *Journal of Health Psychology*, 22(11), 1376–1386. <https://doi.org/10.1177/1359105316628736>

- González, K. E., & Silva, C. (2014). Ajuste al rol de genero en mujeres con y sin trastornos de la conducta alimentaria. *Psicología y Salud*, 24(2), 175–185. <https://doi.org/https://doi.org/10.25009/pys.v24i2.923>
- González Ramírez, M. T., & Landero Hernández, R. (2006). Síntomas psicosomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 12(1), 45–61.
- González Ramírez, M. T., & Landero Hernández, R. (2008). Síntomas psicosomáticos y estrés: comparación de un modelo estructural entre hombres y mujeres. *CIENCIA UANL*, 11(4), 403–410.
- Gutiérrez Sevilla, J. A. (2008). Hábitos de vida y salud mental. In J. Fornés Vives & J. Gómez Salgado (Eds.), *Factores mediadores en la Salud Mental. Enfermería Psicosocial I* (pp. 143–166). FUDEN.
- Hagström, E., Norlund, F., Stebbins, A., Armstrong, P. W., Chiswell, K., Granger, C. B., López-Sendón, J., Pella, D., Soffer, J., Sy, R., Wallentin, L., White, H. D., Stewart, R. A. H., & Held, C. (2018). Psychosocial stress and major cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease. *Journal of Internal Medicine*, 283(1), 83–92. <https://doi.org/10.1111/joim.12692>
- Hellou, R., Häuser, W., Brenner, I., Buskila, D., Jacob, G., Elkayam, O., Aloush, V., & Ablin, J. N. (2017). Self-Reported Childhood Maltreatment and Traumatic Events among Israeli Patients Suffering from Fibromyalgia and Rheumatoid Arthritis. *Pain Research and Management*, 2017, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2017/3865249>
- Henares Montiel, J., Ruiz-Pérez, I., & Sordo, L. (2020). Mental health in Spain and differences by sex, and by autonomous communities. *Gaceta Sanitaria*, 34(2), 114–119. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.03.002>
- Herrera Salinas, D. (2005). Aspectos psicosomáticos de la mujer. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba*, 27, 20–31.
- Honrubia, M., & De Miguel, D. (2007). Etiología de la enfermedad mental. In A. Rigol Cuadra & U. A. M (Eds.), *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica* (2º ed). Elsevier MASSON.
- Hurtado Arriaga, G., Jarillo Soto, E. C., Rodrí-guez Contreras, V., & Santamarí-a Suárez, S. (2019). Malestar Emocional Y Trastorno Psicosomático En Parejas E Hijas De Migrantes. El Caso De Una Comunidad Del Valle Del Mezquital, Hidalgo, México. *Huella de La Palabra*, 13. <https://doi.org/10.37646/huella.vi13.380>
- Institut Català de les Dones. (2007). *La salut des de la sensibilitat de gènere* (2nd ed.). Generalitat de Catalunya.

- Institut Municipal d'Investigació Mèdica. (2012). *Calculadora de Grandària Mostral GRANMO; Versió 7.12*.
<https://www.imim.cat/ofertadeserveis/software-public/granmo/>
- Instituto de Estadística de Cataluña (IDESCAT). (2020). *Densidad de población. Comarcas y Aran, ámbitos y provincias*. Generalitat de Catalunya.
<https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=249&lang=es&t=2020>
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Determinantes de salud*.
<https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p419/a2017/p06/&file=pcaxis>
- Janson, P., Willeke, K., Zaibert, L., Budnick, A., Berghöfer, A., Kittel-Schneider, S., Heuschmann, P. U., Zapf, A., Wildner, M., Stupp, C., & Keil, T. (2022). Mortality, Morbidity and Health-Related Outcomes in Informal Caregivers Compared to Non-Caregivers: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 5864.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19105864>
- Keel, P. K., & Forney, K. J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 433–439.
<https://doi.org/10.1002/eat.22094>
- Kiecolt-Glaser, J. K. (2018). Marriage, Divorce, and the Immune System HHS Public Access. *Am Psychol*, 73(9), 1098–1108.
<https://doi.org/10.1037/amp0000388>
- Kiely, K. M., Brady, B., & Byles, J. (2019). Gender, mental health and ageing. *Maturitas*, 129, 76–84. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.09.004>
- Kimmel, M. S. (2018). The Contemporary “Crisis” of Masculinity in Historical Perspective. In *The Making of Masculinities* (pp. 121–153). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315738505-8>
- Lafaurie Villamil, M. M. (2010). Las mujeres y la depresión: una reflexión crítica. *Cuestiones de Género: De La Igualdad y La Diferencia*, 5, 315.
<https://doi.org/10.18002/cg.v0i5.3791>
- Lasheras Lozano, M. L., Pires Alcáida, M., & Rodríguez Gimena, M. M. (2012). *Género y Salud - Unidad de Igualdad de Género*. Instituto Andaluz de la Mujer.
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y Emoción Manejo e Implicaciones en Nuestra Salud*. Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (2008). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Martínez Roca.
- López Ibor, J. J. (1950). *Angustia Vital*. Paz Montalvo.

- López Ibor, J. J. (1996). *La obra de Juan José López Ibor*. Actas Luso-Españolas de Psiquiatría y Neurología. https://www.actaspsiquiatria.es/PDFS/SUPLEMENTOS/especial/La_obra_de_Juan_Jose_Lopez-Ibor.pdf
- Macedo, A., & Amaral, A. (2012). *Dicionário da crítica feminista*. Edições Afrontamento.
- Malinauskiene, V., & Malinauskas, R. (2021). Predictors of Adolescent Depressive Symptoms. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4508. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094508>
- Martinez-Lavin, M. (2020). Is there a gender difference in maltreatment-associated fibromyalgia? *EClinicalMedicine*, 25, 100468. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100468>
- Martínez Benlloch, I. (2007). Patologizar el cuerpo de las mujeres: la contención del malestar. In Instituto de la Mujer Ministerio de Trabajo e Inmigración (Ed.), *Género y Salud. VIII Jornadas de la Red de Mujeres Profesionales de la Salud* (pp. 20–31). Debate.
- Martínez Ortega, R. M. (2019). *Atención y cuidados profesionales a mujeres víctimas de Violencia de Género*. FUDEN.
- Martínez Verdú, R. (2007). Psicoanálisis, cultura y sociedad. *Cuestiones de Género: De La Igualdad y La Diferencia*, 2, 211. <https://doi.org/10.18002/cg.v0i2.3881>
- Martorell-Poveda, M.-A., Martinez-Hernández, A., Carceller-Maicas, N., & Correa-Urquiza, M. (2015). Self-care strategies for emotional distress among young adults in Catalonia: a qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems*, 9(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s13033-015-0001-2>
- Marty, P. (2013). *La psicósomática del adulto*. Amorrortu.
- Matud, M. P. (2015). Usos del tiempo, salud y bienestar de mujeres y hombres. In E. Cifre & M. C. Pastor (Eds.), *Salud, emociones y género* (pp. 91–105). Universitat Jaume I.
- Matud, M. Pilar, Díaz, A., Bethencourt, J. M., & Ibáñez, I. (2020). Stress and Psychological Distress in Emerging Adulthood: A Gender Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 9(9), 2859. <https://doi.org/10.3390/jcm9092859>
- Mazaheri, M., Afshar, H., Nikneshan, S., & Adibi, P. (2016). Cognitive emotion regulation strategies in patients with functional dyspepsia and healthy controls - A comparative study. *Advanced Biomedical Research*, 5(1), 196. <https://doi.org/10.4103/2277-9175.190937>
- McEwen, B. S. (2007). Physiology and Neurobiology of Stress and Adaptation: Central Role of the Brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873–904.

<https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>

- Mead, M. (1935). *Sex and Temperament in Three Primitive Societies*. William Morrow.
- Mingote Adán, C. (2000). La medicina psicosomática desde una perspectiva de género. In C. Mingote Adán & B. López-Dóriga Alonso (Eds.), *II Jornadas de Salud Mental y Género* (pp. 15–30). Instituto de la Mujer, Ministerio de Igualdad.
- Ministerio de Igualdad. (2023). *Principales indicadores estadísticos igualdad. Febrero 2023*.
https://www.inmujeres.gob.es/MujerCifras/Informes/Docs/principales_indicadores_2023.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Manual de Codificación CIE-10-ES Diagnósticos: 4ª ed.*
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/Manual_Cod_CIE_10_ES_Diagn_4_Ed.pdf
- Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. (2017). *Encuesta Nacional de Salud de España ENSE 2017: Serie informes monográficos*.
<https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- 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*.
https://www.sanidad.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/CVRS_adultos_EQ_5D_5L.pdf
- Morán, C., Landero, R., & González, M. T. M. T. (2010). COPE-28: Un análisis psicométrico de la versión en Español del brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543–552.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v9n2/v9n2a20.pdf>
- Moreno Preciado, M. (2021). *Transculturalidad, género y salud*. Elsevier.
- Nemiah, J. C., & Sifneos, P. E. (1970). Psychosomatic Illness: A Problem in Communication. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 18(1–6), 154–160.
<https://doi.org/10.1159/000286074>
- Oblitas, H. (2008). El componente psicológico en la enfermedad física. Papel de las emociones, pensamientos y motivaciones. In J. Fornés Vives & J. Gómez Salgado (Eds.), *Factores mediadores en la Salud Mental. Enfermería Psicosocial I* (pp. 37–60). FUDEN.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Género y salud: Guía práctica para incorporar la perspectiva de género en la salud*. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

- Parga, J. (2013). Aportes antropológicos a los estudios de género: una perspectiva relacional y dinámica al análisis de las identidades. *Anclajes: Revista Tram[p]as de La Comunicación y La Cultura*, 74, 91–96. <https://core.ac.uk/download/pdf/19939488.pdf>
- Pavlova, M. A. (2017). Sex and gender affect the social brain: Beyond simplicity. *Journal of Neuroscience Research*, 95(1–2), 235–250. <https://doi.org/10.1002/jnr.23871>
- Pérez, A. (2010). *Trastornos psicosomáticos en la infancia y la adolescencia. Protocolo*. Asociación Española de de Psiquiatría Infanto-Juvenil. <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/psicosomatica.pdf>
- Pert, C. (2002). The wisdom of the receptors: neuropeptides, the emotions, and bodymind. 1986. *Advances in Mind-Body Medicine*, 18(1), 30–35.
- Pert, C. (2010). *Molecules of emotion*. Scribner.
- Pert, C., Dreher, H. E., & Ruff, M. R. (1998). The psychosomatic network: foundations of mind-body medicine. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 4(4), 30–41. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9656499/>
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2018). Gender differences in depression. *British Journal of Psychiatry*, 177(6), 486–492. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.486>
- Pont Martínez, P., Santamaría Navarro, C., Vicente Herrero, M. T., Piñaga Solé, M., Ramírez Iniguez de la Torre, M. V., & López González, Á. A. (2010). Valoración del impacto de género en la salud de mujeres y hombres. *Cuestiones de Género: De La Igualdad y La Diferencia*, 5, 51. <https://doi.org/10.18002/cg.v0i5.3780>
- Rajna, P. (2021). Psychosomatic disorders and illnesses: a blind spot of medicine. *Orvosi Hetilap*, 162(7), 252–261. <https://doi.org/10.1556/650.2021.32004>
- Remes, O., Brayne, C., van der Linde, R., & Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and Behavior*, 6(7), e00497. <https://doi.org/10.1002/brb3.497>
- Rodríguez G, M., Gempeler R, J., Pérez R, V., Solano S, S., Meluk, A., Guerrero, E., & Liemann, E. (2007). Entre el sufrimiento interno y las palabras silenciadas: Análisis de narrativas de pacientes con trastornos del comportamiento alimentario, trauma y automutilaciones. = Between internal suffering and silenced words: Analysis of narratives of women with ea. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(2), 237–254. <http://proxy.lib.sfu.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2007-11248-005&site=ehost-live%5Cnmaritzar@cable.net.co>

- Ruiz Cantero, M. T., Papí Gálvez, N., Carbrera Ruiz, V., Ruiz Martínez, A., & Álvarez-Dardet Díaz, C. (2006). Los sistemas de género y/en la Encuesta Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 20(6), 427-434. <https://doi.org/10.1157/13096512>
- Sáenz-Herrero, M., Fuertes-Soriano, S., & López-Atanes, M. (2019). Eating Disorders. In *Psychopathology in Women* (pp. 337-376). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15179-9_14
- Salgado Roa, J. A., & Leria Dulcic, F. J. (2018). Estrategias de afrontamiento al estrés y síntomas patológicos en universitarios ante un desastre socionatural de aluvión de barro. *Acta Colombiana de Psicología*, 170-195. <https://doi.org/10.14718/ACP.2018.21.1.8>
- Sánchez-García, M. (2013). Procesos psicológicos en la somatización: la emoción como proceso. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(2), 255-270.
- Sánchez Boris, I. M. (2020). Los trastornos psicosomáticos en el niño y el adolescente. *MEDISAN*, 24(5), 943-961. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368464850014>
- Sánchez Medina, A. (2006). Los trastornos del pensamiento y las enfermedades psicosomáticas. *Rev Medicina*, 28(4), 1346-1364.
- Sanz Ramón, F. (2004). Del mal trato al buen trato. In C. Ruiz-Jarabo Quemada & P. Blanco Prieto (Eds.), *La violencia contra las mujeres: prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas*. Ediciones Díaz de Santos.
- Schuler, M. S., Prince, D. M., & Collins, R. L. (2021). Disparities in Social and Economic Determinants of Health by Sexual Identity, Gender, and Age: Results from the 2015-2018 National Survey on Drug Use and Health. *LGBT Health*, 8(5), 330-339. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0390>
- Servicio Andaluz de Salud. (2010). *Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF. Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento Marco*. http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/Anexo_3-1_WHOQOL-BREF.pdf
- Sezgin, A. U., & Punamäki, R.-L. (2020). Impacts of early marriage and adolescent pregnancy on mental and somatic health: the role of partner violence. *Archives of Women's Mental Health*, 23(2), 155-166. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00960-w>
- Silva, M., Loureiro, A., & Cardoso, G. (2016). Social determinants of mental health: a review of the evidence. *European Journal of Psychiatry*, 30(4), 259-292. <https://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-85010458329&partnerID=10&rel=R3.0.0>

- Simó-Noguera, C., Hernández-Monleón, A., Muñoz-Rodríguez, D., & González-Sanjuan, M. E. (2015). The Effect on Health of Marital and Cohabitation Status. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 151. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.151.141>
- Steinberg, H., Herrmann-Lingen, C., & Himmerich, H. (2013). Johann Christian August Heinroth: psychosomatic medicine eighty years before Freud. *Psychiatria Danubina*, 25(1), 11–16.
- Stewart, A. L., Kathawalla, U.-K., Wolfe, A. G., & Everson-Rose, S. A. (2018). Women's heart health at mid-life: what is the role of psychosocial stress? *Women's Midlife Health*, 4(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s40695-018-0041-2>
- Subdirección General de Promoción Prevención y Calidad. (2021). *Documento técnico del Grupo de Trabajo de Vigilancia de Equidad y Determinantes Sociales en Salud* (Dirección General de Salud Pública (ed.)). Ministerio de Sanidad.
- Teixeira, R. J., Brandão, T., & Dores, A. R. (2021). Academic stress, coping, emotion regulation, affect and psychosomatic symptoms in higher education. *Current Psychology*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01304-z>
- Terán Ledesma, C. G. (2021). Relación entre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y los ideales de belleza femenina. *Revista Científica*, 6(22), 38–55. <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2021.6.22.2.38-55>
- Toribio Caballero, S., Cardenal Hernáez, V., Ávila Espada, A., & Ovejero Bruna, M. M. (2022). Gender roles and women's mental health: their influence on the demand for psychological care. *Anales de Psicología*, 38(1), 7–16. <https://doi.org/10.6018/analesps.450331>
- Torrubia-Pérez, E., Reverté-Villarroya, S., & Martorell-Poveda, M.-A. (2021). Influence of gender on the development of psychosomatic disorder: a narrative review. *Revista Enfermagem UERJ*, 29. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.58082>
- Tortosa Salazar, V., Rodríguez Porcel, M. D., & Rodríguez Martínez, M. M. (2015). Trastornos psicosomáticos y ansiedad entre la población: abordaje desde Enfermería. *Rev Paraninfo Digital*, 22.
- Uribe-Prado, J. F. (2020). Riesgos psicosociales, burnout y psicosomáticos en trabajadores del sector público. *Investigación Administrativa*, 49(125), 1–18. <https://www.redalyc.org/journal/4560/456061607013/html/>
- Valls Llobet, C. (1994). *Mujeres y hombres: salud y diferencias*. Ediciones Folio.
- Valls Llobet, C. (2022). *Mujeres Invisibles para la Medicina* (3rd ed.). Capitán Swing.

- Vázquez Valverde, C., Crespo López, M., & Ring, J. M. (2000). Estrategias de afrontamiento. In A. Bulbena, G. E. Berrios, & P. Fernández de Larrinoa (Eds.), *Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología* (pp. 425–435). Masson. https://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com_docman&view=download&alias=94-estrategias-de-afrontamiento&category_slug=trauma-duelo-y-culpa&Itemid=100225
- Velasco Arias, S. (2009). *Sexos, género y salud: Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Minerva.
- Velasco Arias, S. (2015). *Evaluación del Programa de Atención Biopsicosocial a los Síndromes del Malestar en Atención Primaria: Transtornos mentales comunes, fibromialgia y dolor*. <http://www.revistafml.es/wp-content/uploads/2018/06/sindromes-malestar-completo-envio-MAQUETA.pdf>
- Velasco Arias, S., López Doriga, B., Tourné García, M., Calderó Bea, M. D., Barceló Barceló, I., & Luna Rodríguez, C. (2007). Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria. *Feminismo/S*, 10, 111–131. <https://doi.org/10.14198/fem.2007.10.08>
- Velasco, 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*, 80(4), 317–333. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272006000400003>
- Vicente-Herrero, M. T., Ramírez Iñiguez de la Torre, M. V., & Capdevila García, L. (2018). *Salud laboral y género: riesgos laborales. Especial referencia a fertilidad*. AEEMT.
- Vílchez Barboza, V., Paravic Klijn, T., & Valenzuela Suazo, S. (2013). Contribución de Enfermería al Abordaje de los Trastornos Psicosomáticos de la Mujer Trabajadora. *Enfermería Global*, 12(3), 254–266. <https://doi.org/10.6018/eglobal.12.3.157191>
- Wacker, E., Fischer, A., & Schorlemmer, J. (2021). Arbeitsbezogener Stress und Geschlechtsidentität [Work-related stress and gender identity: A study protocol]. *Zentralblatt Für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz Und Ergonomie*, 71(5), 234–238. <https://doi.org/10.1007/s40664-021-00429-7>
- Weng, C. Y., Lin, I. M., & Jiang, D. Y. (2016). The moderating effects of gender on the associations between multidimensional hostility and psychosomatic symptoms: A Chinese case. *International Journal of Psychology*, 45(4), 286–293. <https://doi.org/10.1080/00207591003587697>
- World Health Assembly, 62. (2009). *Reducing health inequities through action on the social determinants of health*. World Health Organization. Reducing health inequities through action on the social determinants of health

- World Health Organization. (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health: Commission on Social Determinants of Health Final Report*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/97892?sequence=1>
- Xu, J.-R., Shang, L., Si, W.-L., Song, Y., Wang, Y., Ma, J.-L., & Liu, J. (2013). A population-based study of associations between functional gastrointestinal disorders and psychosocial characteristics in Xi'an, China. *Neurogastroenterology & Motility*, 25(7), 617-e467.
<https://doi.org/10.1111/nmo.12124>

Capítulo 10

ANEXOS

Anexo 1: Categorías diagnósticas según el CIE-10-ES y agrupaciones

Variable agrupación	CIE-10-ES	Descripción etiqueta diagnóstica
Depresión	C01F32.0	Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve
	C01F32.1	Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado
	C01F32.2	Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos
	C01F32.3	Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave con síntomas psicóticos
	C01F32.9	Trastorno depresivo mayor, episodio único, no especificado
	C01F32.89	Otros episodios: depresión atípica, postesquizofrénica, episodio único depresión "enmascarada"
	C01F33.0	Trastorno depresivo mayor, recurrente, leve
	C01F33.1	Trastorno depresivo mayor, recurrente, moderado
	C01F33.2	Trastorno depresivo mayor, recurrente grave sin rasgos psicóticos
	C01F33.3	Trastorno depresivo mayor, recurrente grave con síntomas psicóticos
	C01F33.9	Trastorno depresivo mayor, recurrente, no especificado
	C01F33.4	Trastorno depresivo mayor, recurrente, en remisión, no especificado
Trastorno persistente del estado de ánimo	C01F39	Trastorno del estado de ánimo [afectivo], no especificado
	C01F34.0	Trastorno ciclotímico
	C01F34.1	Trastorno distímico
	C01F34.9	Trastorno persistente del estado de ánimo [afectivo], no especificado
	C01F34.89	Otros Trastornos persistentes especificados del estado de ánimo
Ansiedad	C01F41.0	Trastorno de pánico (ansiedad episódica paroxística)
	C01F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada
	C01F41.3	Otros trastornos de ansiedad mixtos
	C01F41.8	Otros trastornos de ansiedad: ansiedad-histeria, Trastorno mixto ansioso-depresivo
	C01F41.9	Trastorno de ansiedad, no especificado
Estrés	C01F43.0	Reacción aguda de estrés
	C01F43.9	Reacción a estrés grave, no especificada
	C01F43.10	Trastorno por estrés postraumático, no especificado
	C01F43.11	Trastorno por estrés postraumático, agudo
	C01F43.20	Trastorno adaptativo, no especificado
	C01F43.21	Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo
	C01F43.22	Trastorno adaptativo con ansiedad
	C01F43.23	Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y depresión
	C01F43.25	Trastorno adaptativo con alteración mixta de emociones y conducta
	C01F43.29	Trastorno adaptativo con otros síntomas
Trastorno conversivo	C01F44.4	Trastorno de conversión con síntoma o déficit motor
	C01F44.5	Trastorno de conversión con crisis o convulsiones
	C01F44.9	Trastorno disociativo i de conversión, no especificado
Trastorno somatomorfo	C01F45.0	Trastorno de somatización
	C01F45.1	Trastorno somatomorfo indiferenciado
	C01F45.8	Otros trastornos somatomorfos
	C01F45.9	Trastorno somatomorfo, no especificado
	C01F45.20	Trastorno hipocondríaco, no especificado
	C01F45.22	Trastorno dismórfico corporal
	C01F45.41	Trastorno doloroso exclusivamente relacionado con factores psicológicos
	C01F45.42	Trastorno doloroso relacionado con factores psicológicos
	C01F54	Factores psicológicos y de comportamiento asociados a funciones somáticas

Trastorno mental no psicótico	C01F48.1	Síndrome de despersonalización-desrealización
	C01F48.8	Otros trastornos mentales no psicóticos: neurosis, síncope psicógeno, neurastenia
	C01F48.9	Trastorno mental no psicótico, no especificado
Trastorno de la conducta alimentaria	C01F50.00	Anorexia nerviosa, no especificada
	C01F50.2	Bulimia nerviosa
	C01F50.9	Trastorno de la conducta alimentaria, no especificado: anorexia/bulimia atípica, otro TCA
	C01F50.81	Trastorno de ingestión compulsiva
	C01F50.89	Otros trastornos especificados de la CA: pérdida psicógena apetito, pica en adultos
Trastorno del sueño	C01F51.01	Insomnio primario
	C01F51.02	Insomnio de ajuste
	C01F51.3	Sonambulismo
	C01F51.4	Terrores nocturnos [terrores del sueño]
	C01F51.04	Insomnio psicofisiológico
	C01F51.5	Pesadillas: trastorno de ansiedad por su
	C01F51.05	Insomnio debido a otro trastorno mental
	C01F51.8	Otros trastornos del sueño no debidos a sustancia ni afección fisiológica conocida
	C01F51.9	Trastorno del sueño no específico, no debido a sustancia ni afección fisiológica conocida
	C01F51.09	Otros tipos de insomnio no debidos a sustancia ni afección fisiológica conocida
Signos y síntomas que afectan al estado emocional	C01R45.0	Nerviosismo: tensión nerviosa
	C01R45.1	Inquietud y agitación
	C01R45.2	Infelicidad
	C01R45.3	Desmoralización y apatía
	C01R45.4	Irritabilidad e ira
	C01R45.6	Comportamiento violento
	C01R45.7	Sido conmoción y estrés emocional
	C01R45.81	Baja autoestima
	C01R45.82	Preocupaciones
	C01R45.83	Llanto excesivo
	C01R45.84	Anhedonia
	C01R45.86	Labilidad emocional
	C01R45.87	Impulsividad
	C01R45.89	Otras signos y síntomas que afectan en el estado emocional
	C01R45.851	Ideaciones suicidas
S/S relacionados con la apariencia y el comportamiento	C01R46.0	Muy bajo nivel de higiene personal
	C01R46.2	Conducta extraña e inexplicable
	C01R46.3	Exceso de actividad
	C01R46.7	Verborrea y prolijidad que enmascaran el motivo del contacto
	C01R46.89	Otros síntomas y signos que afectan a la apariencia y al comportamiento
Malestar i fatiga	C01R53.1	Astenia
	C01R53.81	Otros tipos de malestar: debilidad, deterioro físico general, malestar
	C01R53.82	Fatiga crónica, no especificada (síndrome fatiga crónica)
	C01R53.83	Otros tipos de fatiga: cansancio, falta de energía, letargo

Abuso, negligencia y otros malos tratos, confirmado	C01T74.11	Abuso físico de adultos, confirmado
	C01T74.31	Abuso psicológico de adultos, confirmado
	C01T74.11XA	Abuso físico de adultos, confirmado, contacto inicial
	C01T74.12XA	Abuso físico infantil, confirmado, contacto inicial
	C01T74.21XA	Abuso sexual de adultos, confirmado, contacto inicial
	C01T74.21XD	Abuso sexual de adultos, confirmado, contacto sucesivo
	C01T74.22XA	Abuso sexual infantil, confirmado, contacto inicial
	C01T74.22XS	Abuso sexual infantil, confirmado, secuela
	C01T74.31XA	Abuso psicológico de adultos, confirmado, contacto inicial
	C01T74.32XA	Maltrato psicológico infantil, confirmado, contacto inicial
	C01T74.91XA	Maltrato de adultos no especificado, confirmados, contacto inicial
	C01T74.92XA	Maltrato infantil no especificado, confirmado, contacto inicial
Abuso, negligencia y otros malos tratos, sospecha	C01T76.22	Abuso sexual infantil, sospecha
	C01T76.31	Abuso psicológico de adultos, sospecha
	C01T76.11XA	Abuso físico de adultos, sospecha, contacto inicial
	C01T76.21XA	Abuso sexual de adultos, sospecha, contacto inicial
	C01T76.22XA	Abuso sexual infantil, sospecha, contacto inicial
	C01T76.31XA	Abuso psicológico de adultos, sospecha, contacto inicial
Problema relacionado con la ocupación y desempleo	C01Z56.0	Desempleo, no especificado
	C01Z56.4	Desavenencias con el jefe y los compañeros de trabajo
	C01Z56.5	Ambiente de trabajo desagradable
	C01Z56.6	Otra tensión física y mental relacionada con el trabajo
	C01Z56.9	Problemas relacionados con el trabajo no especificado: problemas ocupacionales
	C01Z56.89	Otros problemas relacionados con el trabajo
Problema relacionado con la vivienda y las circunstancias económicas	C01Z59.0	Falta de vivienda
	C01Z59.1	Vivienda inadecuada: entorno insatisfactorio, faltas y restricciones espaciales
	C01Z59.2	Desavenencias con los vecinos, inquilinos y el propietario
	C01Z59.3	Problemas relacionados con la vida en una institución residencial (internamiento)
	C01Z59.4	Falta de alimentación y agua potable adecuadas
	C01Z59.5	Pobreza extrema
	C01Z59.6	Ingresos económicos bajos
	C01Z59.7	Seguridad social y asistencia social insuficientes
	C01Z59.8	Otros problemas relacionados con la vivienda y circunstancias económicas
	C01Z59.9	Problema relacionado con la vivienda y circunstancias económicas, no especificado
Problema relacionado con el entorno social	C01Z60.0	Problemas de adaptación a las transiciones de los ciclos de vida (jubilación, síndrome del nido vacío...)
	C01Z60.2	Problemas relacionados con vivir sol/a
	C01Z60.3	Dificultades por aculturación
	C01Z60.4	Exclusión y rechazo social
	C01Z60.8	Otros problemas relacionados con el entorno social
	C01Z60.9	Problema relacionado con el ambiente social, no especificado

Problema relacionado con la crianza	C01Z62.0	Supervisión y control parental inadecuados
	C01Z62.6	Presión inadecuada (excesiva) de los padres
	C01Z62.9	Problema relacionado con la crianza, no especificado
	C01Z62.21	Niño custodia por razones económicas
	C01Z62.22	Educación institucional
	C01Z62.810	Historia personal de abuso físico y sexual durante la infancia
	C01Z62.811	Historia personal de maltrato psicológico durante la infancia
	C01Z62.812	Historia personal de desatención durante la infancia
	C01Z62.890	Distanciación entre padres e hijos NCOC
	C01Z62.891	Rivalidad entre hermanos
	C01Z62.898	Otros problemas especificados relacionados con la crianza
Problema relacionado con el grupo de apoyo primario, incluidas circunstancias familiares	C01Z63.0	Problemas en la relación con el cónyuge o pareja
	C01Z63.1	Problemas en la relación con los suegros
	C01Z63.3	Ausencia de un miembro de la familia
	C01Z63.4	Desaparición y muerte de miembro de familia
	C01Z63.5	Ruptura familiar por separación y divorcio
	C01Z63.6	Familiar dependiente que requiere curas al hogar
	C01Z63.8	Otros problemas relacionados con el grupo de espaldarazo primario (espaldarazo/comunicación insuficiente, distanciación...)
	C01Z63.9	Problema relacionado con el grupo de espaldarazo primario: trastorno de relación
Otras circunstancias psicosociales	C01Z63.32	Otro tipo de ausencia de miembro de familia
	C01Z63.72	Alcoholismo y drogadicción en la familia
	C01Z63.79	Otros acontecimientos de la vida que generan estrés en la familia y el hogar (enfermedades de miembros, trastornos, antes...)
	C01Z64.0	Problemas relacionados con embarazo no deseado
	C01Z65.0	Condena en procesos civiles y criminales, sin prisión
	C01Z65.3	Problemas relacionados con otras circunstancias legales
Asesoramiento en relación a la actitud, comportamiento y orientación sexual	C01Z65.8	Otros problemas específicos relacionados con circunstancias psicosociales (problema religioso o espiritual)
	C01Z65.9	Problema relacionado con circunstancias psicosociales no especificado
	C01Z69.81	Contacto con los servicios de salud mental de la víctima otros tipos de maltratos
	C01Z70.0	Asesoramiento en relación a la actitud sexual
Contacto con el servicio de salud por otro tipo de asesoramiento y consejos médicos	C01Z70.1	Asesoramiento en relación al comportamiento y orientación sexual del paciente: promiscuidad, impotencia...
	C01Z70.2	Asesoramiento en relación al comportamiento y orientación sexual de terceros: pareja, hijo/a, cónyuge
	C01Z70.3	Asesoramiento relacionado con preocupaciones combinadas sobre la actitud, comportamiento y orientación sexual
	C01Z70.8	Otro asesoramiento sexual: contacto por educación sexual
	C01Z70.9	Asesoramiento sexual, no especificado
	C01Z71.3	Asesoramiento y vigilancia dietética
	C01Z71.4	Asesoramiento y vigilancia miedo abuso de alcohol
	C01Z71.5	Asesoramiento y vigilancia miedo abuso de drogas
	C01Z71.6	Terapia por tabaquismo
	C01Z71.9	Asesoramiento, no específico: contacto miedo consejo médico
	C01Z71.41	Asesoramiento miedo abuso de alcohol y vigilancia de persona alcohólica
	C01Z71.42	Asesoramiento para familiar de persona alcohólica
	C01Z71.51	Asesoramiento y vigilancia del adicto a drogas, por abuso de drogas
	C01Z71.89	Otro asesoramiento específico

Problema relacionado con el estilo de vida	C01Z72.0	Consumo de tabaco
	C01Z72.3	Falta de ejercicio físico
	C01Z72.4	Dieta y hábitos alimentarios inapropiados
	C01Z72.9	Problema relacionado con el estilo de vida, no especificado
	C01Z72.51	Conducta heterosexual de alto riesgo
	C01Z72.53	Conducta bisexual de alto riesgo
	C01Z72.89	Otros problemas relacionados con el estilo de vida: comportamiento autolesivo
	C01Z72.810	Conducta antisocial del niño y adolescente
	C01Z72.811	Conducta antisocial en adultos
	C01Z72.821	Higiene del sueño inadecuado
Problema relacionado con la dificultad en el control de la vida	C01Z73.1	Patrón de conducta tipo A
	C01Z73.2	Falta de descanso y ocio
	C01Z73.3	Estrés, no clasificado bajo otro concepto: tensión física y mental
	C01Z73.4	Habilidades sociales inadecuadas, no clasificadas bajo otro concepto
	C01Z73.5	Conflicto de rol social, no clasificado bajo otro concepto
	C01Z73.6	Limitación de las actividades debido a discapacitado
	C01Z73.9	Problema relacionado con la dificultad de gestión de vida, no especificado
Problemas con los cuidados a la persona dependiente	C01Z74	Problemas relacionados con el proveedor de curas a la persona dependiente
	C01Z74.1	Necesidad de asistencia con cuidado personal
	C01Z74.01	Situación de confinamiento a la cama: postrado en cama
	C01Z74.2	Necesidad de asistencia en el hogar sin otro miembro de la familia que pueda prestar cuidados
	C01Z74.3	Necesidad de supervisión continúa
	C01Z74.8	Otros problemas relacionados con el proveedor de cuidados a persona dependiente
	C01Z74.9	Problema relacionado con el proveedor de cuidados a persona dependiente, no especificado
	C01Z74.09	Otro tipo de movilidad reducida: postrado en sillón

Anexo 2: Informe Comité Ético de Investigación Clínica



INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Rosa Morros Pedrós, Presidenta del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'IDIAP Jordi Gol.

CERTIFICA:

Que aquest Comitè en la reunió del dia 25/11/2020, ha avaluat el projecte *Factores psicosociales y culturales determinantes en el desarrollo de enfermedades psicosomáticas en Terres de l'Ebre: estudio mixto desde la perspectiva de género* amb el codi **20/157-P** (Investigadora Principal, Elisabet Torrubia Pérez), presentat per l'investigador/a Alessandra Queiroga Gonçalves.

Considera que respecta els requisits ètics de confidencialitat i de bona pràctica clínica vigents.

Barcelona, a 01/12/2020

Anexo 3: Correo tipo de bienvenida e invitación a la participación del Estudio ERICA (Fase II).

Correu en català / Correo en castellano más abajo



Benvolgut/da participant,

Moltes gràcies per accedir a formar part de l'Estudi ERICA!

Com sap, en els últims dies ha rebut una trucada des de la **consulta de la seva infermera del CAP Baix Ebre**, en la qual va acceptar la seva participació en aquest estudi.

A continuació, té el link per a accedir al formulari i més endavant informació respecte al projecte.

Accedir al formulari: <https://forms.gle/xE3nekf7cXwKxbnr9>

*El formulari està redactat en castellà per procés metodològic de validació de l'instrument (requisit de l'estudi).

L'Estudi ERICA (*Joc de paraules de EbRe i psicosomàtica*), neix amb l'objectiu de **conèixer la realitat d'homes i dones de Terres de l'Ebre**: el context en què ens movem, com ens influeix, com responem a l'estrès, com ens sentim... Tot això amb la finalitat de conèixer **com afecten aquests factors a la nostra salut, i així poder treballar en la seva millora**.

Som un grup d'investigadores format per membres de la Universitat Rovira i Virgili (URV), l'Institut d'Investigació Sanitària Pere i Virgili (IISPV) i del CAP Baix Ebre de Tortosa, Institut Català de la Salut (ICS). El projecte compta amb l'ajuda del Programa Martí i Franquès de la URV i el dictamen favorable del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'IDIAP Jordi Gol amb el codi 20/157-P.

La informació facilitada per vostè després d'emplenar els qüestionaris s'utilitzarà únicament per al desenvolupament de l'Estudi ERICA i no es revelarà cap dada que pugui donar a conèixer la seva identitat o dades personals, de conformitat amb el Reglament 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell del 27 d'abril de 2016 de Protecció de dades i la Llei orgànica 3/2018, del 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals.

Com ja el van informar quan van contactar amb vostè, és possible que més endavant desitgem posar-nos en contacte per a la realització d'una entrevista, que **vostè pot acceptar o rebutjar lliurement**, sense cap perjudici per a la seva persona.

Si té qualsevol pregunta **no dubte a contactar amb nosaltres mitjançant aquesta mateixa direcció de correu electrònic**.

És molt important per nosaltres dur a terme aquest projecte i volem agrair-li la seva participació.

Cordialment,

L'equip de l'Estudi ERICA Terres de l'Ebre.





Estimado/a participante,

¡Muchas gracias por acceder a formar parte del Estudio ERICA!

Como sabe, en los últimos días ha recibido una llamada desde la **consulta de su enfermera del CAP Baix Ebre**, en la que aceptó su participación en este estudio.

A continuación, tiene el link para acceder al formulario y más adelante información con respecto al proyecto.

Acceder al formulario: <https://forms.gle/xE3nekf7cXwKxbnr9>

El Estudio ERICA (*Juego de palabras de EbRe y psicosomátICA*), nace con el objetivo de **conocer la realidad de hombres y mujeres de Terres de l'Ebre**: el contexto en que nos movemos, cómo nos influye, cómo respondemos al estrés, cómo nos sentimos... Todo ello con el fin de conocer **cómo afectan estos factores a nuestra salud, y así poder trabajar en su mejora**.

Somos un grupo de investigador@s formado por miembros de la Universitat Rovira i Virgili (URV), l'Institut d'Investigació Sanitària Pere i Virgili (IISPV) y del CAP Baix Ebre de Tortosa, Institut Català de la Salut (ICS). El proyecto cuenta con la ayuda del Programa Martí i Franquès de la URV y el dictamen favorable del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'IDIAP Jordi Gol con el código 20/157-P.

La información facilitada por usted tras cumplimentar los cuestionarios se utilizará únicamente para el desarrollo del Estudio ERICA y no se revelará ningún dato que pueda dar a conocer su identidad o datos personales, de conformidad con el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo del 27 de abril de 2016 de Protección de datos y la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

Como ya le informaron cuando contactaron con usted, es posible que más adelante deseemos ponernos en contacto para la realización de una entrevista, que **usted puede aceptar o rechazar libremente**, sin perjuicio alguno para su persona.

Si tiene cualquier pregunta **no dude en contactar con nosotros mediante esta misma dirección de correo electrónico**.

Es muy importante para nosotr@s llevar a cabo este proyecto y queremos agradecerle su participación.

Cordialmente,

El equipo del Estudio ERICA Terres de l'Ebre.



¿Con qué género se identifica? *

☐ Mujer

☐ Hombre

☐ No binario

¿Dónde reside habitualmente? *

☐ Baix Ebre

☐ Montsià

☐ Ribera d'Ebre

☐ Terra Alta

¿Cuál su estado civil? *

☐ Soltero/a

☐ Casado/a

☐ Viudo/a

☐ Separado/a

☐ Divorciado/a

☐ En pareja

¿Cuál es su nivel de estudios alcanzado? *

☐ Ninguno

☐ Primarios

☐ Medios

☐ Universitarios



Estudio ERICA - Terres de l'Ebre

Estimado/a participante,

¡Muchas gracias por acceder a nuestro cuestionario!

Con su ayuda podremos conocer algunas características de la población de Terres de l'Ebre y conseguir adaptar y mejorar la Atención Sanitaria para nuestros ciudadanos/as.

La cumplimentación de este cuestionario supone que usted da su consentimiento informado para el trato de los datos que se obtengan a partir de él. Cabe recordar que se trata de una encuesta anónima y de la misma forma serán tratados los datos.

El tiempo estimado de respuesta es de 20 minutos.

Es importante que en el campo de correo electrónico escriba el mismo que facilitó a la persona que contacto con usted cuando le ofreció participar en el estudio.

¡Empezamos!


elisabethsgsplus@gmail.com
[Cambiar de cuenta](#)

* Indica que la pregunta es obligatoria

Correo *

Tu dirección de correo electrónico

¿Cuál es su fecha de nacimiento? *

Fecha

dd/mm/aaaa

Usos del tiempo

¿Cuánto tiempo aproximado dedica a las LABORES DEL HOGAR? *

☐ Menos de 15 minutos.

☐ Entre 15 minutos y 1 hora diaria.

☐ Entre 1 y 2 horas diarias.

☐ Más de 2 horas diarias.

¿Cuánto tiempo aproximado dedica a ACTIVIDADES DE OCIO? (Ej: Quedar con familiares o amigos, hobbies...) *

☐ Menos de 15 minutos.

☐ Entre 15 minutos y 1 hora diaria.

☐ Entre 1 y 2 hora diaria.

☐ Más de 2 horas diarias.

¿Cuánto tiempo aproximado dedica al CUIDADO PERSONAL (Ej: Autotratamientos de belleza, cuidado de la piel o el cabello, maquillaje... SE EXCLUYE ir la peluquería, spa, tratamientos faciales, etc...) *

☐ Menos de 15 minutos.

☐ Entre 15 minutos y 1 hora diaria.

☐ Entre 1 y 2 hora diaria.

☐ Más de 2 horas diarias.

¿Cuánto tiempo aproximado dedica al CUIDADO DE PERSONAS DEPENDIENTES? * (Ej: Ayudar en vestir/desvestir, dar de comer, ayudar en el aseo, transferencias...)

☐ Menos de 15 minutos.

☐ Entre 15 minutos y 1 hora diaria.

☐ Entre 1 y 2 hora diaria.

☐ Más de 2 horas diarias.

☐ A cargo de una persona dependiente a tiempo completo.

☐ No tengo personas a mi cargo

¿Tiene usted personas a su cargo? *

☐ Hijos/as menores de 18 años

☐ Personas dependientes que residen en el domicilio.

☐ No tengo personas a mi cargo.

☐ Otro: _____

Indique su situación laboral *

☐ Trabajador por cuenta propia

☐ Trabajador por cuenta ajena

☐ Desempleado/a

☐ Jubilado/a

☐ Estudiante

Especifique su profesión (También en caso de dedicarse a las labores del hogar o, en caso de estar jubilado, a qué se dedicaba antes de estarlo, etc...)

Tu respuesta _____

¿Cuál es su jornada laboral? *

☐ Jornada parcial (menor o igual a 20 horas semanales).

☐ Jornada completa (37.5 - 40 horas semanales).

☐ Pluriempleo (más de 40 horas semanales).

☐ Eventual o fines de semana.

☐ No trabajo.

Salario mensual aproximado (en euros al mes)

☐ Menos de 950 € mensuales.

☐ 951 - 1500 € mensuales.

☐ 1501 - 2200 € mensuales.

☐ Más de 2200 €.

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.

SU SALUD HOY

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

100 Representa la mejor salud que usted pueda imaginar.

0 Representa la peor salud que usted pueda imaginar.

Escriba (entre 0 y 100) el número que describe su estado de salud HOY *

Tu respuesta

¿Cómo describiría su actividad física semanal? *

☐ ALTA (actividades de intensidad vigorosa al menos 3 días / todos los días de media intensidad)

☐ MODERADA (Andar a diario / realizar actividad moderada 3 o más días durante 20-30 minutos/día).

☐ BAJA (Esporádicamente).

☐ No realizo actividad física.

Questionario de Calidad de vida EQ-5D-5L

A continuación, responda marcando 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.

Afrontamiento: COPE-28

Hemos llegado al final. ¡Muchas gracias por llegar hasta aquí!

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles en la vida causan tensiones o estrés.

Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras.

Seleccione 0, 1, 2 ó 3 en función del número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema.

0= Nunca hago esto.
1= Un poco, a veces lo hago.
2= Es frecuente que lo haga.
3= Siempre hago esto.

Ante un problema o situación difícil: *

	0	1	2	3
1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.	☐	☐	☐	☐
2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.	☐	☐	☐	☐
3. Acepto la realidad de lo sucedido.	☐	☐	☐	☐
4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.	☐	☐	☐	☐
5. Me digo a mi mismo/a "esto no es real".	☐	☐	☐	☐
6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.	☐	☐	☐	☐
7. Hago bromas sobre ello.	☐	☐	☐	☐

Listado de síntomas breve LSB-50

A continuación encontrará una serie de afirmaciones sobre MOLESTIAS o PROBLEMAS que pueden afectar en mayor o menor medida a todas las personas. Conteste a cada una de ellas teniendo en cuenta aquello que haya sentido o experimentado durante las últimas semanas, incluido el día de hoy. Para ello, seleccione de cada afirmación una de las siguientes opciones:

0- Si no ha tenido esta molestia en absoluto.
1- Si ha tenido esta molestia un poco presente.
2- Si ha tenido esta molestia moderadamente.
3- Si ha tenido esta molestia bastante.
4- Si ha tenido esta molestia mucho o extremadamente.

Valore el grado en que ha tenido cada uno de los siguientes síntomas en las últimas semanas.

(Ítems omitidos por respeto a la política de Derechos de Autor del LSB-50 y protección de CopyRight).

8. Me critico a mi mismo.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Consigo apoyo emocional de otros.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Renuncio a intentar ocuparme de ello.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Me niego a creer que haya sucedido.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Me río de la situación.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Rezo o medito.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Aprendo a vivir con ello.	☐	☐	☐	☐	☐

22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Expreso mis sentimientos negativos.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Utilizo el alcohol u otras drogas para hacer frente al problema.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Renuncio al intento de hacer frente al problema.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.	☐	☐	☐	☐	☐
27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.	☐	☐	☐	☐	☐

¡Hemos acabado! ¿Algún comentario?

Tu respuesta



UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI