



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

*Somatización: relación con los Roles de género,  
Satisfacción en los Roles e Índices de Salud*

Para obtener el título de

*Licenciado en Psicología*

Presenta

Jazmín Paola Millán Bellido

Directora: Dra. Tania Esmeralda Rocha Sánchez

Revisor: Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Sinodales: Dr. Adrian Medina Liberty

Dra. Patricia Andrade Palos

Dr. Rolando Díaz- Loving



México, D.F. Marzo, 2011

PAPIIT N° IN309708



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ÍNDICE:

Agradecimientos	-----	3
Resumen	-----	5
Introducción	-----	6
Capítulo 1: Somatización	-----	10
1.1 Evaluación histórica de la somatización: Definición.		
1.2 Manifestaciones de la somatización y análisis diferenciado de la enfermedad.		
1.3 Explicación teórica de la somatización.		
1.4 Relación de la somatización con otras variables psicológicas.		
Capítulo 2: Salud y Género	-----	33
2.1 Salud y enfermedad.		
2.2 El hombre y la Salud		
2.3 La mujer y la Salud		
2.4 Roles de género, Salud y Somatización.		
Capítulo 3: Método	-----	49
Capítulo 4: Resultados	-----	55
Capítulo 5: Discusión	-----	61
Sugerencias	-----	67
Referencias	-----	70
Anexo 1	-----	86

**Por sus frutos los conoceréis (Mt 7:16).**  
**Y la paz de Dios, que sobrepasa todo entendimiento, guardará vuestros  
corazones y vuestros pensamientos en Cristo Jesús (Fil. 4:7).**

### **Agradecimientos**

Un especial agradecimiento a la UNAM y a la Facultad de Psicología por haberme ofrecido su espacio y su tiempo, y todo el breviario cultural que ofrece, el orgullo de pertenecer a esta máxima casa de estudios siempre prevalecerá en mi corazón, además el reconocimiento a las becas que me fueron ofrecidas por el proyecto PAPIIT No . IN309708.

Gracias a la Dra. Tania E. Rocha por haberme aceptado como su aprendiz, mostrándome una gran pasión por la profesión y los chistes en la sobremesa, el compromiso hacia sus alumnos como hacia el campo de la investigación son cualidades que admiraré siempre.

Gracias a los maestros y alumnos que me ayudaron a la obtención de los datos o a la revisión y crítica constructiva para la elaboración de esta investigación, siempre recordaré la amabilidad, la disposición de su tiempo y el entusiasmo que mostraron hacia el tema.

Gracias mamá por siempre ser donde me puedo recargar, por ser la que está dispuesta a escucharme, regañarme, solventar mis gastos, aguantar mis estropicios, por ser mi ejemplo a seguir, firme y sabio.

Gracias Papá por siempre haberme dicho que la gran diferencia en las personas es "la actitud", por haber sido tan fiel a tus ideales, por haber sido papá a tu manera, te extraño mucho y créeme que hay mucha cuchara tuya en este trabajo.

Abue, hermana y hermanos, cuñadas y familia los quiero muchísimo gracias por sus porras y por estar en mis proyectos, por creer en mi, por toda la historia que compartimos, son un eje en mi persona y toda una motivación.

Irene y Juanjo gracias por esa incondicionalidad que los ha caracterizado, por esa presencia en mis malos ratos, por su paciencia para mi impuntualidad (jeje), los quiero mucho, gracias por las pláticas, las idas a las bibliotecas, los cafés y el ir a lugares jamás conocidos, por fin terminé!!!

Guías espirituales, amigas de toda la vida, amigos de la carrera y nuevos amigos gracias por darse el tiempo de escucharme y de tener la curiosidad de conocerme, por estar al pendiente de mis proyectos, el interés siempre ha sido genuino y mutuo.

A los viejos amigos, gracias, por ser parte de mi vida, por la ayuda, por las risas y los momentos difíciles, por la aceptación y los regaños, por el apoyo, porque de algún modo siempre están presentes.

## Resumen

El objetivo general de esta investigación es analizar la relación entre la somatización con los trastornos de depresión, estrés y ansiedad, junto con la relación entre la somatización con el rol de género y la satisfacción de éste tanto en hombres como en mujeres, así como el comportamiento de todas las variables y la búsqueda de un modelo predictivo para la somatización. Teóricamente la somatización es considerada como la tendencia a experimentar y comunicar dolor psicológico en forma de síntomas somáticos y la búsqueda de ayuda médica para ellos (Lipowski, 1987), mostrando una alta comorbilidad con los trastornos de la depresión, ansiedad y estrés (Kooiman, Bolk, Brand, Trijtsburg y Rooijmans, 2000; Campo y Fritsch, 1994), aunado a su relación con los roles de género y la satisfacción, lo cual ha sido estudiado por medio del modelo propuesto por González y Landero (2006) que habla sobre la manifestación de respuestas conductuales y emocionales ante ciertos estresores, las cuales pueden llegar a derivarse en síntomas psicosomáticos. Para esto se aplicó la subescala de somatización de la Lista de 90 Síntomas (SCL-90 de Lara, Espinosa, Cárdenas, Focil y Cavazos, 2005), la escala DAS-21 (Gurrola, Balcázar, Bonilla y Viseda, 2006), el Instrumento de roles de género de Rocha (2004) y los indicadores de satisfacción en los roles basados en Macías (2004). Los resultados obtenidos mostraron que a nivel general las variables de salud no fueron significativas, sin embargo en cuanto a roles de género y satisfacción en los roles tanto hombres como mujeres siguieron el patrón tradicional, aunque los hombres muestran cierta modificación en sus patrones de conducta y los factores de satisfacción, además se generó un modelo donde sugiere que la ansiedad es predictora de la somatización.

Palabras Clave: somatización, roles de género, ansiedad, estrés y depresión.

## Introducción

El término salud ha presentado problemas al tratar de ser definido, ya que con el paso del tiempo se ha demostrado que es un concepto multifactorial, el cual está condicionado no solo por la presencia de alguna enfermedad a nivel orgánico sino también va a depender de factores sociales, económicos, históricos y culturales; los cuales se caracterizan por ser dinámicos, esto genera que el estudio de la salud sea más complejo. Además se observa que dentro del factor cultural se encuentra una serie de creencias en torno a cómo se percibe y se vive la relación entre la salud y la enfermedad, es decir determina una subjetividad psicológica, provocando que en cada sociedad se manifieste de manera diferenciada (Martínez, 2003).

La percepción subjetiva de la enfermedad es el resultado de factores psicológicos, psicosociales, sociológicos y culturales independientemente de la base genética, fisiológica o biológica de la enfermedad y va a determinar cómo la persona se autopercebe en su estado de salud y a su vez cómo esta evaluación va a ser calificada dentro de su sociedad (Osterweis, Kleinman y Mechanic 1987). La percepción subjetiva va a ser parte de los sistemas de significados y normas sociales, el “sentirse enfermo” va a estar fuertemente influido por la cultura, dentro de la cual el ser hombre o mujer jugará un papel definitivo en la formación de la psicología en torno a la salud y la enfermedad (Kleinman, Eisenberg y Good, 1978).

Esto nos dice que la persona va a estar condicionada en todas las formas por dicha subjetividad cultural, que se refiere al sistema de valores y normas por el cual el sujeto ha sido socializado, es decir, las creencias en las cuales se afianzó su crianza y van a regir los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales (Crawford, 1995; Martínez, y Bonilla, 2000; Mingote, 2001; Russo y Green, 1993; Unger y Crawford, 1996).

La Organización Mundial para la Salud (OMS) en 2001 señaló que aproximadamente 450 millones de personas padecían un trastorno mental o de comportamiento, estimando que se encuentran dentro de las diez primeras causas de discapacidad y que representan el 12% de la carga de morbilidad a nivel mundial.

En un estudio organizado por esta misma institución donde participaron 5438 personas de 14 países, con el objetivo de examinar la prevalencia tanto de síntomas psicossomáticos como de trastornos de somatización, se encontraron valores desde 7.6% hasta 36.8%, con una media de 19.7% (Gureje, Simon, Ustun y Goldberg, 1997).

Cuando una persona siente dolor o algún otro síntoma somático tiende a atribuirlo a alguna enfermedad, sin embargo, de las molestias que padecemos solo el 5% se debe a enfermedades, mientras 70% está relacionada con causas naturales o ambientales y el 25% restante obedece a causas psicológicas (García, 1999). Se ha confirmado que hasta 80% de las personas sanas pueden haber experimentado en su vida molestias de hasta una semana sin una causa clínica (Farré y Fullana, 2005).

En México, la salud mental comenzó a estudiarse por la década de los 70's con un interés inicial sobre el cuidado de los enfermos y la enseñanza psiquiátrica, más adelante se procedió a la investigación acerca de la prevalencia de los trastornos y a la validación de instrumentos, utilizando métodos transversales en su mayoría. A la fecha existe una gran necesidad de la implementación y búsqueda de medidas de prevención para los trastornos mentales y la ampliación de estudios a zonas rurales y semirurales (Tapia, A., 2005).

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora, Borges, G., Lara, C., Benjet, C. y Blanco, J., 2003) se corroboró que la prevalencia de trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida en la población mexicana es de 28.6% y la prevalencia anual es de 14%, marcando como ejes de estudio los trastornos de ansiedad, depresión y el abuso y dependencia de sustancias. Denotando la importancia de los problemas de Salud Mental en la población, la somatización muestra una importante relevancia gracias a su difícil diagnóstico, una utilización importante de recursos primarios y una continua revisión del paciente.

La somatización se ha definido (Lipowski, 1987) como la tendencia a experimentar y comunicar dolor psicológico en forma de síntomas somáticos y la



búsqueda de ayuda médica para ellos. Lo que sugiere una posible relación causal entre la experiencia de tener dolor o angustia psicológica y la presentación de síntomas somáticos (De Gucht y Fischler, 2002).

La magnitud del problema ha sido estimada a través de la medición sobre las consultas hechas a médicos en Atención Primaria. Estos estudios muestran una fuerte asociación entre somatización y el uso recurrente de los servicios de salud. La proporción de pacientes con quejas somáticas en los cuales no se ha encontrado causa orgánica alguna se ubican en un rango entre un 10% a un 30% del total de las consultas (Bridges y Golberg, 1991; Castro, 1992; Kessel, 1960; Kirmayer y Robbins, 1991).

Es importante dentro de cualquier estudio sobre todo referente a salud, considerar las diferencias entre hombres y mujeres, ya que por sus propias características biológicas y por el proceso de socialización de género, femenino y masculino, las enfermedades se desarrollan y se viven de manera diferenciada y por lo mismo los tratamientos y la prevención que se debe de implementar deben ser especializados.

La base fundamental de todo análisis referente a la salud desde la perspectiva de género, debe hacerse considerando el acceso y el control de los recursos necesarios para proteger y mantener no sólo la salud, sino la calidad de vida. Se sabe que a las funciones que los hombres y las mujeres desempeñan en la sociedad se les ha asignado valores diferentes, y es en base a esta diferenciación que los recursos son distribuidos, por lo que desde el comienzo podemos encontrar indicadores como el sexo y la raza para determinar el grado en el que las personas pueden recurrir a los servicios de salud (Hartigan, 1998)

Dada la gran dificultad de diagnóstico para la somatización y la relevancia que tiene dentro de las demandas de salud, así como el papel sobresaliente que juega el género para la promoción diferencial de enfermedades, en el presente trabajo se buscará la posibilidad de estudiar el problema de la somatización tratando de encontrar una medida que se acerque al fenómeno, utilizando una lista de síntomas presentes en dicha enfermedad, relacionándola con índices que han mostrado tener una alta comorbilidad,

siendo estos la ansiedad, depresión y estrés. Además se buscará una relación entre los diferentes roles de género y la somatización, complementando esta medida con indicadores de satisfacción en los roles de género. Todo esto con el fin de buscar ciertas relaciones entre determinados patrones de conducta y la enfermedad expuesta anteriormente, para complementar este estudio, se buscará llegar a un modelo que ayude a predecir la somatización.

## CAPITULO 1: SOMATIZACIÓN

### 1.1 Evaluación Histórica de la Somatización : Definición.

La somatización en un inicio fue conocida como Síndrome de Briquet, autor quien en 1859 la consideró como una forma de histeria ante situaciones de sobre estimulación nerviosa, eran individuos susceptibles, que presentaban diversas quejas físicas. Esta idea fue enriquecida por el enfoque psicoanalista que consideró el origen de los síntomas por una vinculación con la expresión de angustia o sentimientos depresivos (Liskow, 1988).

Freud (1916-1917) distinguió entre dos diferentes fenómenos caracterizados por la presencia de síntomas somáticos, llamados histeria de conversión y neurastenia. Ambos conceptos eran teóricamente distintos, la histeria de conversión la catalogó como una psiconeurosis de origen psíquico, siendo los síntomas una expresión simbólica de conflictos sexuales infantiles y la neurastenia la consideró como una neurosis de origen somático, los síntomas son una consecuencia directa de una tensión sexual sin resolver en el presente.

El concepto de histeria de Briquet fue desarrollado por Purzell, Robiens y Cohen, (1951), y operacionalizado por Perley y Guze, (1962). La histeria definida por estos autores, fue caracterizada no solo por la presencia de múltiples quejas somáticas, sino que también por ansiedad y síntomas de depresión. Este concepto de histeria fue el precursor del desorden de somatización como esta definido en el DSM-III (APA, 1980).

El concepto de somatización primero fue utilizado por Stekel (1943), quien la definió como un desorden corporal surgiendo como la expresión de una profunda y establecida neurosis. Algunas tempranas definiciones siguen estas raíces psicodinámicas, por ejemplo: la definición de Lipowski (1987), que describe el fenómeno como la tendencia a experimentar y comunicar dolor psicológico en forma de síntomas somáticos y la búsqueda de ayuda medica para ellos. Incluye dentro de la definición tres aspectos básicos:

- El aspecto emocional: cómo el paciente percibe y subjetivamente reconoce el dolor.
- El aspecto cognitivo: cómo el individuo define e interpreta los síntomas como graves o no graves.
- El aspecto conductual: cómo el paciente reacciona al dolor, las acciones que realiza para manejar el dolor y cómo lo comunica.

Kirmayer y Robbins (1991) mencionan que la somatización únicamente es cuando el paciente presenta clínicamente los síntomas somáticos a pesar de existir a la vez problemas psicológicos o estrés emocional demostrable. Al respecto se ha indicado que la somatización implica formas de patología que tienen implicaciones psicológicas y psiquiátricas (Fabrega, 1990)

Vásquez-Caicedo (2002) define que es “un trastorno polisintomático que empieza antes de los 30 años, de curso crónico y fluctuante. Está caracterizado por una combinación de síntomas de dolor, gastrointestinales, sexuales y pseudoneurológicos” .

Otra definición desde el punto de vista psicológico sobre la somatización es que se entiende como un mecanismo de defensa inconsciente mediante el cual una persona sin proponérselo, convierte el malestar emocional en un síntoma físico, desviando así la atención del conflicto psicológico que le genera ansiedad (Gabbard, 2004). El que sea inconsciente indica que la persona no produce voluntariamente el síntoma, no se percata de su origen psicológico, verdaderamente lo experimenta y no busca beneficios externos, en otras palabras, no finge su malestar genuinamente lo siente. En el contexto clínico la somatización hace referencia a un complejo proceso cognitivo, afectivo y conductual, en el que los pacientes, en respuesta a situaciones vitales estresantes, experimentan y comunican diversos síntomas físicos, los atribuyen a una enfermedad médica y buscan ayuda para aliviarlos (Abbey, 2002). Esto sugiere la existencia de una relación causal entre la experiencia de tener dolor o angustia psicológica y la presentación de síntomas somáticos (De Gucht y Fischler, 2002).

La somatización puede estar presente en diversas dimensiones, en sujetos quienes no tienen alguna enfermedad ni psiquiátrica ni orgánica, pero necesitan somatizar su estrés emocional como un medio para manifestarlo y demandar apoyo; en este caso, la somatización es considerada un mecanismo para manejarse con los hechos estresantes de la vida. También puede estar presente en el caso de una evidente enfermedad orgánica pero el paciente amplifica los síntomas somáticos. Otro caso puede ser la presencia de un desorden psiquiátrico disfrazado, siendo la enfermedad real depresión o ansiedad, la somatización se observa como parte prominente de un desorden afectivo y el síntoma podría ser generalizado o localizado (Kirmayer, 1985)

Las causas de la somatización son desconocidas. A menudo se presenta como una característica familiar, haciendo alusión a que también se pueden heredar las formas de enfermar. La gente con este trastorno tiende también a tener trastornos de la personalidad caracterizados por egocentrismo (personalidad narcisista) y una exagerada dependencia de los demás (personalidad dependiente). Se piensa que los síntomas aparecen por primera vez en la adolescencia o temprano en la edad adulta y se cree que ocurren predominantemente en las mujeres. Los familiares varones de las mujeres con este trastorno tienden a tener una alta incidencia de comportamiento socialmente inapropiado y de alcoholismo (Kellner, 1990).

Se ha demostrado que la familia juega un rol significativo dentro de la somatización, investigaciones indican que muchas de las personas que reportan los síntomas provienen de hogares disfuncionales, que los síntomas son recurrentes y asociados a específicos elementos de una mala adaptación (Last, 1991; Osborne, Hatcher y Richtsmeier, 1989; Routh, Ernst y Harper, 1988; Wasserman, Whittington y Rivara, 1988). Minuchin, Rosman y Baker (1978) en su teoría clásica conceptualizaron la somatización en niños como un mecanismo homeostático para evadir los conflictos, la sobreprotección y la rigidez en las familias.

Escobar (1987) indicó que la somatización y la hipocondría contenían dimensiones comunes. También Kellner (1990) mencionó que la literatura sobre el fenómeno no es clara la distinción entre el desorden de conversión y la enfermedad

psicosomática. La revisión muestra que la somatización es percibida como algo que ocurre frecuentemente en la atención primaria. Además ha existido una preocupación permanente entre los psiquiatras en su intento de llegar a una demarcación teórica y empírica del fenómeno con el fin de manejarlo adecuadamente.

Aunado a esto Bridges y Goldberg (1985) y Lipowski (1987) y otros autores (Ford, 1986; Katon, Ries y Kleinman, 1984; Smith, 1985; Swartz, Landerman y Blazer, 1989), han utilizado definiciones que comparten una característica central, siendo que la somatización es considerada la manifestación somática de distrés psicológico o un desorden del Eje I que corresponde a la clasificación de trastornos psiquiátricos.

Un componente adicional que afecta e incrementa los síntomas es el emocional, Craig y Boardman (en Bass y Benjamin, 1993) plantean que los desordenes del ánimo estimulan la percepción de los síntomas somáticos y empujan al individuo a buscar ayuda médica. Parece que los factores emocionales tienen una influencia importante sobre la regularidad e intensidad de los síntomas somáticos.

Dentro de este componente existe una serie de procesos intrínsecos y extrínsecos responsables del monitoreo, evaluación y modificación de las reacciones emocionales para alcanzar una meta personal (Thompson, 1994). Gross (1998) enfatiza que la regulación emocional incluye las estrategias dirigidas a suprimir, mantener o aumentar un estado emocional en curso. Se ha demostrado que la regulación juega un papel importante en el desarrollo y permanencia de trastornos psicopatológicos en adultos e infantes (Bradley, 2000; Koop y Neufeld, 2003).

Esta regulación muestra una alta relación con trastornos como la depresión (Davidson, et al., 2002) y con la salud mental en general (Gross y Muñoz, 1995). Se propone que las personas que tienen un reconocimiento pobre de sus estados emocionales se involucrarán menos en el proceso de regulación emocional y por ello experimentarán más síntomas psicopatológicos (Silva y Gempp, 2002). Lo cual nos hace pensar en la importancia del reconocimiento de las emociones y del conjunto de significados asociados a las mismas, ya que forman la autoconciencia de la persona en el

componente afectivo (Zagmutt y Silva, 1999), lo que va a determinar parte de la percepción del individuo en el contexto en el que se encuentra y esto a su vez determinará la evaluación global de su situación, contribuyendo a que la persona haga la evaluación de sus recursos personales, y a su vez contribuyendo a la producción de los síntomas somáticos; a esto se le ha denominado “hipótesis de la acentuación somática” (Schwarz y Clore, 1983; 2003). Es decir, que los componentes somáticos y expresivos de un estado emocional, cuando no son atribuidos a una experiencia emocional, o se atribuyen vagamente, la persona los vive cómo síntomas físicos (Silva y Gempp, 2002).

Kleinman (1977) describió a los síntomas somáticos como una alternativa, un “idioma del dolor” que prevalece en culturas donde los desordenes psiquiátricos cargan con un gran estigma, los síntomas somáticos no son poco comunes en la población, pero la característica distintiva de la somatización reside en la frecuencia, severidad y persistencia. Los síntomas somáticos pueden ser resaltados por pacientes que quieren asegurarse de tener la atención apropiada y también que las razones de su consulta sean legítimas (Kirmayer y Young, 1998).

Kirmayer y Robbins (1991) estudiaron el concepto como dos fenómenos clínicos por separado, somatización presente y somatización funcional. La primera es definida como la predominancia o exclusividad de la presencia de los desordenes psiquiátricos, comúnmente conocidos como depresión y ansiedad; en cambio, la somatización funcional se refiere a altos niveles de síntomas médicos inexplicables reportados en múltiples sistemas psicológicos.

Por otro lado, uno de los indicadores que parece mostrar diferencias significativas en presencia de la somatización es la variable sociodemográfica del sexo, en donde las mujeres muestran una mayor tendencia a presentar el desorden, sin embargo para poder hacer una afirmación de este tipo se debe de analizar el papel que juegan las mujeres y los hombres dentro de la sociedad en la cual están inmersos, lo que implica el reconocimiento de las exigencias sociales en los roles tradicionales (Comas, 1995; González de Chávez, 2001; Martínez y Bonilla, 2000).

El pensamiento más común es que la baja prevalencia del desorden de somatización en los hombres puede explicarse, en parte por el trato estereotipado de los hombres; como la poca inclinación de admitir malestar y la poca voluntad de buscar ayuda médica (Wool y Barsky, 1994).

Además los médicos pueden considerar menos probable la somatización como una posible explicación para los síntomas de los hombres que para los síntomas de las mujeres (Golding, Smith y Kashner, 1991). La predisposición del género puede causar en los médicos una comunicación diferenciada entre los pacientes que son hombres con los pacientes que son mujeres. Hasta este momento solo se tienen explicaciones hipotéticas de las diferencias en la tasa de somatización en hombres y mujeres (Woolfolk y Allen, 2007).

Otras variables sociodemográficas son la etnia, la raza y la educación que también se han asociado con el desorden de somatización y el origen de la misma. Estudios epidemiológicos han mostrado que los pacientes con somatización tienden a tener características como ser mujer, no ser de raza blanca y con baja educación (Gujere, Simon, Utsun y Goldberg, 1997; Robins y Reiger, 1991)

## **1.2 Manifestaciones de la Somatización y Análisis Diferenciado de la enfermedad.**

Las sensaciones corporales, entre ellas los síntomas físicos poseen dos componentes: la sensación periférica propiamente dicha y la interpretación que de ésta realiza el cerebro. A lo largo del día y producto de los procesos fisiológicos normales del organismo, se experimentan diversas sensaciones somáticas (peristalsis intestinal, fasciculaciones, tinnitus, cambios en la frecuencia cardíaca, disnea durante el esfuerzo físico, sequedad de la piel) que por lo general pasan desapercibidas pues no se les da un significado en particular. Los pacientes que somatizan focalizan la atención en estas sensaciones, se mantienen vigilantes a ellas, las magnifican, las interpretan como anormales y amenazantes, viviéndose obligados a buscar ayuda médica para poder explicarlas. A esta conducta se le denomina fijación somática, la cual varía de un



paciente a otro y puede oscilar entre la negación absoluta de las sensaciones, a la convicción delirante de las mismas (Vázquez y Corlay, 2002; Wright, Basco y Thase, 2005).

Los síntomas se expresan más frecuentemente como dolores de cabeza, sentirse nervioso o ansioso, náuseas, vómitos, dolor abdominal, menstruaciones dolorosas, cansancio, pérdidas de conciencia, relaciones sexuales dolorosas y pérdida del deseo sexual. Aunque los síntomas suelen ser primariamente físicos, también pueden referir ansiedad y depresión (Kellner, 1990; Vázquez-Caicedo, 2002)

Si la somatización se presenta de forma transitoria y como respuesta aguda ante la muerte, a pérdidas de relaciones importantes, o a situaciones de trauma, no se debe considerar patológica. El miedo, la tristeza, o la ansiedad, pueden traducirse involuntariamente en síntomas como cefalea, dolor epigástrico o contracturas musculares, así como de trastornos depresivos, de ansiedad, algunas psicosis, entre otros (Kroenke, Jackson y Chamberlein, 1997; Reeves, y Torres, 2003; Simon, VonKorff, Piccinelli, Fullerton y Ormel, 1999; Tone, Mykletun, y Dahl, 2004;). Si por el contrario son persistentes, asociados a alteración social u ocupacional y hacen que se utilicen en exceso los sistemas de salud, adquiere entonces significancia clínica (American Psychiatric Association, 2000; Kaplan y Sadock, 2000).

Estas personas muestran una extremada dependencia en sus relaciones sociales. Piden cada vez más ayuda y apoyo emocional y pueden enfurecerse cuando sienten que no se satisfacen sus necesidades médicas. A menudo se les describe como exhibicionistas y seductores. En un intento de manipular a los demás, pueden amenazar con suicidarse o incluso intentarlo. A menudo están descontentos con la atención médica que reciben y van de un médico a otro a raíz de no obtener el diagnóstico deseado. La intensidad y persistencia de los síntomas reflejan el gran deseo de la persona de ser atendida en cada uno de los aspectos de su vida. También parecen servir a otros propósitos, como permitir que la persona eluda las responsabilidades de la vida adulta; tienden a ser incómodos e impiden a la persona implicarse en proyectos, lo que

sugiere que también padece sentimientos de incapacidad y de culpabilidad. Los síntomas impiden el disfrute y a la vez actúan como castigo (Kellner, 1990).

Se estima que en atención primaria, el 50% o más de los pacientes que son diagnosticados con depresión mayor, consultan por molestias somáticas y no por los clásicos síntomas afectivos y/o cognitivos de la depresión: es la denominada depresión enmascarada, en la que los síntomas somáticos se consideran como equivalentes depresivos (Simon, VonKorff, Piccinelli, Fullerton y Ormel, 1999). Entre el 63 y el 94% de pacientes deprimidos somatizan en algún momento de la enfermedad (Smith, 1992).

En los trastornos de ansiedad y especialmente en el de pánico, la somatización suele estar presente ya que los pacientes continuamente monitorean su cuerpo en búsqueda de sensaciones que les indique que la crisis va a repetirse, amplificándolas y connotándolas como amenazantes y catastróficas (Craske y Tsao, 1999). En algunas psicosis, y más frecuentemente en los pródromos (señales que indican el comienzo de un episodio) de la descompensación, los pacientes pueden somatizar manifestando quejas físicas, generalmente descritas de forma bizarra y asociadas a fenómenos de despersonalización (Abbey, 2002).

Vásquez-Caicedo (2002) dice que el diagnóstico diferencial se hace en condiciones médicas generales y se sostiene en tres rasgos: compromiso de múltiples órganos y sistemas; inicio a temprana edad y curso crónico sin desarrollo de signos físicos o anomalías estructurales; y, ausencia de anomalías de laboratorio características de las condiciones médicas sugeridas. Debe descartarse enfermedades caracterizadas por sintomatología vaga, múltiple y síntomas somáticos confusos, como: hiperparatiroidismo, porfiria intermitente aguda, esclerosis múltiple o lupus erimatoso sistémico.

Cuando la somatización es el síntoma principal, es decir, que lo que predomina en el cuadro clínico del paciente es la presencia de síntomas físicos no intencionales que sugieren una condición médica general, pero que no se pueden explicar fisiopatológicamente, el diagnóstico debe ser el de trastorno somatomorfo, que de

acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV-TR) se clasifican en: trastorno de somatización, trastorno por conversión, hipocondriasis, trastorno por dolor, trastorno dismórfico corporal, trastorno somatomorfo no especificado y trastorno somatomorfo indiferenciado (American Psychiatric Association, 2000).

El trastorno de somatización se presenta con una prevalencia cercana al 2% en la población general, siendo más frecuentemente en mujeres en edad media. Inicia en la adolescencia, aunque otros autores presenten edades diferentes, se cree que puede comenzar a más temprana edad, presenta un curso crónico (varios años) y fluctuante y la extensa historia médica de consultas a diferentes especialistas por síntomas médicos inexplicables es la regla (DeSouza, y Othmer, 1984; Escobar et al., 1998; Grabe et al., 2003; Smith et al., 2005). Usualmente la descripción de los síntomas por parte de los pacientes es vaga, dramática, el relato puede estar cargado de ansiedad y en ocasiones de queja y demanda, al considerar que los médicos son incapaces de precisar un diagnóstico y encontrar la causa orgánica de sus dolencias

Los criterios para el diagnóstico de acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (2000) son:

A. Historia de múltiples quejas somáticas que inicia antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

B. Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:

1. Cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (cabeza, abdomen, espalda, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual o la micción).

2. Dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas distintos al dolor (náuseas, distensión abdominal, vómitos sin embarazo), diarrea o intolerancia a los alimentos.

3. Un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (desinterés en el sexo, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, sangrado excesivo, vómitos durante el embarazo).

4. Un síntoma pseudoneurológico: historia de al menos un síntoma que sugiera un trastorno neurológico no limitado al dolor (conversión, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones, síntomas disociativos como amnesia; pérdida de la conciencia diferente al desmayo).

C. Cualquiera de las dos características siguientes:

1. Tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del criterio B pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (ejemplo, drogas o fármacos).

2. En presencia de una enfermedad médica, los síntomas rebasan lo esperado para la historia clínica, examen físico o hallazgos de laboratorio.

D. Los síntomas no se producen intencionalmente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).

La comorbilidad con el trastorno depresivo mayor y distimia es hasta del 87%, con el trastorno de pánico 45% y con fobias simples 39%, los trastornos de personalidad asociados con mayor frecuencia son el evitativo, el paranoide, el histriónico y el antisocial (Abbey, 2002; Hudzial et al., 1996; Lieb, Meinschmidt, y Araya, 2007). Los pacientes suelen tener historia de relaciones interpersonales pobres y deficientes,

conductas disruptivas, escasa adaptación social y laboral y antecedente de abuso sexual en la infancia (Barsky, 1992; Brown, Schrag y Trimble, 2005).

Los principales diagnósticos diferenciales son (Abbey, 2002; Mai, 2004; Servan-Schreiber, Kolb, y Tabas, 2000):

- Enfermedades sistémicas que cursan con síntomas originados en diferentes órganos: lupus eritematoso sistémico (dolor abdominal, dolor articular, íleo, convulsiones, síntomas psicóticos, neuropatía, mielitis transversa); esclerosis múltiple (debilidad, parestesias, vértigo, deterioro visual, disartria, incontinencia); hiperparatiroidismo (dolores abdominales secundarios a pancreatitis o cálculos renales, náuseas, vómitos, úlcera péptica, estreñimiento, cefalea, convulsiones, letargia, pérdida de la memoria, depresión, debilidad muscular, parestesias, poliuria, polidipsia); porfiria intermitente aguda (dolor abdominal intermitente, náuseas, vómito, neuropatía autonómica y periférica (parálisis), debilidad proximal, convulsiones, síntomas psicóticos).
- Trastornos de ansiedad: especialmente el trastorno de pánico, pues se puede presentar con gran número de quejas somáticas; los síntomas físicos generalmente están limitados al momento de la crisis.
- Trastornos depresivos leves y moderados con síntomas somáticos, que al igual que en trastorno de pánico, la sintomatología física está presente durante el episodio.
- Esquizofrenia con ideación delirante somática.
- Trastornos facticios con predominio de síntomas somáticos.
- Simulación

Aunado a lo anterior, la somatización también debe diferenciarse de los siguientes trastornos somatoformos:

#### I. Trastorno conversivo o de conversión

La conversión es el proceso mediante el cual una persona transforma involuntariamente un conflicto emocional en uno o más síntomas neurológicos,

usualmente en el sistema motor voluntario, sensitivo o ambos (Gabbard, 2004). Raramente se presenta en niños menores de diez años o en adultos mayores de treinta y cinco, es también más frecuente en las mujeres, con una proporción hasta de 10 a 1, estando relacionada su aparición con eventos vitales altamente estresantes para el individuo (Bathia, y Sapre, 2005; Owens y Dein, 2006; Pehlivanurk y Unal, 2002; Roelofs, Spinhoven, Sandijck, Moene y Hoogduin, 2005).

Puede cursar con la “bella indiferencia” que se refiere a la paradójica e inapropiada ausencia de preocupación y ansiedad que muestran los pacientes frente a los síntomas, se observa en adultos, no en niños o adolescentes quienes reaccionan con miedo y desesperanza frente a los déficits neurológicos. En la actualidad, la “bella indiferencia” no hace parte de los criterios diagnósticos del trastorno, pero en la práctica clínica diaria puede ser un elemento adicional a tener en cuenta cuando se considera el diagnóstico de conversión. Tampoco es patognomónica, pues algunos pacientes con enfermedad neurológica tradicional pueden presentarla.

## 2. Hipocondriasis

La característica principal de este trastorno es la creencia persistente de tener una enfermedad seria no diagnosticada, basada en la inadecuada interpretación de síntomas o de sensaciones corporales, que no se modifica a pesar de la comunicación médica de que no existe tal enfermedad (American Psychiatric Association, 2000). La prevalencia en la práctica médica general es de 4% al 9%, es igual para hombres y mujeres, se presenta en todas las edades especialmente en adultos jóvenes y el antecedente de enfermedades graves en la persona o en sus familiares es frecuente (Mayo Clinic Staff, 2009).

La amplificación somatosensorial, es decir, la tendencia a experimentar las sensaciones corporales como intensas, nocivas y perturbadoras es común (Simon, Von Korff, Piccinelli, Fullerton y Ormel, 1999). La preocupación puede ser con experiencias transitorias como latidos, fasciculaciones, mareos, etc., con estados anormales triviales como tos o cefalea, o con patologías previamente diagnosticadas. Cualquier sensación o síntoma puede tomarse como evidencia de la enfermedad que se cree padecer. En la

hipocondría la sensibilidad a las sensaciones corporales es mayor que en los demás trastornos somatomorfos, hasta el punto que algunos autores la consideran como un rasgo constitucional. La utilización de los servicios de salud es alta y el riesgo de potenciales daños iatrogénicos (alteraciones producidas por el médico) está siempre presente, debido al elevado número de exámenes médicos y paraclínicos a que son sometidos estos pacientes. El curso del trastorno es crónico y su detección generalmente es tardía (Fava y Grandi, S, 2000; Olde et al., 2009).

### 3. Trastorno por dolor

Se presenta cuando el síntoma principal del paciente es dolor en uno o más sitios anatómicos del cuerpo, lo suficientemente severo para ameritar consulta médica. Hay marcada interferencia con el funcionamiento habitual del individuo, pues el síntoma se convierte en una preocupación permanente y se logra establecer que los factores psicológicos son los principales responsables en la iniciación, intensificación y mantenimiento del síntoma (American Psychiatric Association, 2000). La prevalencia es desconocida, inicia a cualquier edad, la comorbilidad con depresión es alta, tiende a ser crónica y el pronóstico es pobre especialmente cuando se complica con dependencia iatrogénica: a analgésicos, narcóticos o a benzodiazepinas (Abbey, 2002; Grella, Kaino, Warda, Niv y Moore, 2009; Hennigse y Løwe, 2006; Opjordsmoen, 2007). Se ha descrito como “la enfermedad de las Ds” ya que cursa con: discapacidad, dependencia emocional, desmoralización, depresión, dramatismo en la presentación de la enfermedad y dependencia a analgésicos (Abbey, 2002).

### 4. Trastorno dismórfico corporal

También llamado dismorfofobia, se presenta cuando el síntoma principal del paciente es la preocupación exagerada por un defecto físico imaginario, en una persona con apariencia normal (American Psychiatric Association, 2000). La prevalencia del trastorno no se conoce, inicia en la adolescencia y frecuentemente se asocia con el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad. En la mayoría de pacientes la preocupación se centra en la cara, la forma de la nariz, la voz, la mandíbula y la presencia o distribución del pelo. La intensidad de los síntomas es variable y el trastorno en

general tiende a la cronicidad (Abbey, 2002; Albertini y Philips, 1999; American Psychiatric Association, 2000; Dersh, Polatin y Gatchel, 2002; Vázquez y Corlay, 2002).

La preocupación del trastorno dismórfico corporal puede ser muy difícil de distinguir de una ideación delirante, pues quienes lo padecen continúan convencidos de la deformidad, a pesar de las evidencias de realidad dadas por familiares y profesionales. También se dificulta diferenciarlo de una idea obsesiva, porque los pacientes pueden pasar largas horas frente al espejo, chequeándose una y otra vez el supuesto defecto (Philips, Gundersen, Mallya, Elroy y Carter, 2005; Philips, Menard, Fay y Weisberg, 2005).

#### 5. Trastorno somatomorfo indiferenciado y no especificado

Son categorías residuales reservadas para aquellos pacientes que no cumplen por completo los criterios de alguna de las categorías para los trastornos somatomorfos específicos (American Psychiatric Association, 2000).

#### 6. Simulación y trastorno facticio

Aunque no pertenecen a los trastornos somatomorfos, la simulación y el trastorno facticio deben considerarse siempre que se esté evaluando un paciente con síntomas médicos inexplicables. En la simulación las personas inventan los síntomas y engañan con el propósito de obtener algún beneficio (evadir el servicio militar, no asistir al trabajo, recibir dinero, escapar de la cárcel, etc.) o también exageran los síntomas de una patología pre-existente, conociendo claramente el porqué de su conducta. El diagnóstico se realiza una vez que se han descartado todos los demás posibles diagnósticos y en lo posible se deben identificar los incentivos externos que motivan el engaño. (Berry, Baer y Harris, 1991; Castle y Rossell, 2006; MacDermott y Feldman, 2007; Walters et al., 2008).

En el trastorno facticio, por el contrario, los pacientes inventan los síntomas, saben que están engañando, pero no saben porqué lo hacen. Su motivación es entonces inconsciente y se cree que lo que buscan es asumir el rol de "enfermo" y lo que esta condición significa por sí misma: ser objeto de múltiples cuidados, ser tratado con



amabilidad, con respeto, ser tenido en cuenta por los diferentes profesionales, etc. (Ford y Feldman, 2002).

La variante más grave del trastorno facticio es el síndrome de Munchausen, en el que los pacientes se someten voluntariamente a procedimientos diagnósticos invasivos y a múltiples cirugías, manipulando de tal forma al medio, que terminan autolesionándose. Son pacientes que consultan generalmente a los hospitales universitarios donde hay estudiantes fáciles de engañar, en horarios de cambio de turno, y especialmente los fines de semana, cuando no están disponibles los especialistas. Van de hospital en hospital para no ser descubiertos y el diagnóstico se realiza cuando confiesan el engaño, cuando son sorprendidos contaminando jeringas o las muestras de laboratorio, o con posesión de medicamentos inusuales e innecesarios dentro de sus pertenencias personales. El paciente intencionalmente engaña, pero no sabe para qué (Ford, 2006; Ford, y Feldman, 2002; Huffman y Stern, 2003; Turner y Reid, 2002).

### **1.3 Explicación Teórica de la Somatización.**

Para el estudio de las enfermedades físicas y mentales, se debe tomar en cuenta que existen diferentes factores que pueden relacionarse como las emociones o la personalidad, generando la posibilidad de observar la interacción de éstos en las diferentes teorías, todo ello para poder obtener la mejor explicación que se acerque al objeto de estudio.

En las teorías psicoanalíticas el propósito es hacer notar los factores dinámicos del conflicto psíquico y de la represión, las hipótesis sobre los trastornos psicósomáticos se iniciaron con las observaciones de Freud con mujeres histéricas, concluyó que fuerzas psíquicas inconscientes causaban auténticos síntomas físicos. Los trastornos intestinales, por ejemplo, se centran en dificultades emocionales producidas por fracasos; la artritis reumatoide es consecuencia de alteraciones en la expresión muscular de las emociones y la hipertensión se produce por la inhibición de la expresión libre de la ira. Esto nos dice que en el psicoanálisis se relacionan trastornos específicos a represiones específicas.

Suponen que la energía liberada por una emoción que es inconsciente no se expresa de la forma en que debería y por ello se canaliza en el interior del organismo. Para ello se propone hacer consciente lo inconsciente y evitar que el individuo se afecte a sí mismo, promoviendo el análisis de sus emociones (Alexander y Selensnick, 1970). Además de esto los síntomas psicósomáticos también se han considerado como la evidencia del funcionamiento mal adaptado de la personalidad, el conflicto que se produce entre los deseos y los miedos en la infancia da origen a los sentimientos positivos y negativos (castigo), lo cual produce la aplicación de mecanismos de defensa como la represión o la negación, estos repercuten más adelante en la salud física del individuo (Pervin, 1998)

Desde las teorías cognoscitivas se supone que los conocimientos o pensamientos de la persona son una de las fuentes principales de los trastornos psicológicos, por las asociaciones que se van formando durante el desarrollo de la persona, es la idea de “aprender a enfermarse”; las emociones se consideran total o parcialmente como cogniciones o como algo que depende de la lógica o causalidad de las cogniciones, es decir la interpretación de las personas de los sucesos, de esto podemos clasificar a las emociones como positivas o negativas, donde las negativas producen efectos devastadores para el funcionamiento orgánico, o que la ausencia de una emoción positiva va deteriorando el resultado de tratamientos médicos.

Incluso se ha relacionado que las emociones positivas se asocian a cierta inmunidad a las enfermedades físicas y con recuperaciones rápidas. Con esto podemos entender la alta comorbilidad de la somatización a trastornos como la depresión, ya que en el establecimiento cognitivo de emociones negativas se relaciona el malestar físico (Coleman, Butcher y Carson, 1988). En relación con la personalidad se ha observado que una característica promotora de salud es el optimismo, lo que genera expectativas ante el futuro, se mantienen niveles más altos de bienestar subjetivo, tienen una mejor adaptación ante los cambios y se vincula con mejores estrategias de afrontamiento, minimiza los efectos de situaciones estresantes, esto es en comparación a las personas cuyo estilo es ser pesimistas; en relación con lo anterior podemos observar que este tipo

de características de personalidad promueven emociones que a su vez se relacionan con el estado de salud/enfermedad de la persona (Pervin, 1998).

En relación con la personalidad, la Teoría de rasgos considera que los elementos básicos para describir las diferencias individuales de la personalidad en relación a este trastorno es que muestran puntuaciones altas en neuroticismo (presencia de ansiedad, nerviosismo, obsesión), así como altas puntuaciones de introversión (Claridge, 1983).

Dos modelos que tratan de comprender la complejidad del fenómeno de la somatización es la teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984) y el modelo procesal del estrés de Sandín (1995), los cuales proporcionan un marco de referencia adecuado para la integración de los resultados de diversas investigaciones (González y Landero, 2006). Así, aunque existen diferentes aproximaciones al estudio del estrés, éste puede considerarse como: una respuesta del individuo (activación simpática, liberación de catecolaminas o cortisol, ansiedad, ira, etc.), un fenómeno del entorno externo (estimulación dolorosa, ruido, discusiones, etc.), y una interacción (transacción) entre el individuo y el medio como un proceso (Sandín, 1995).

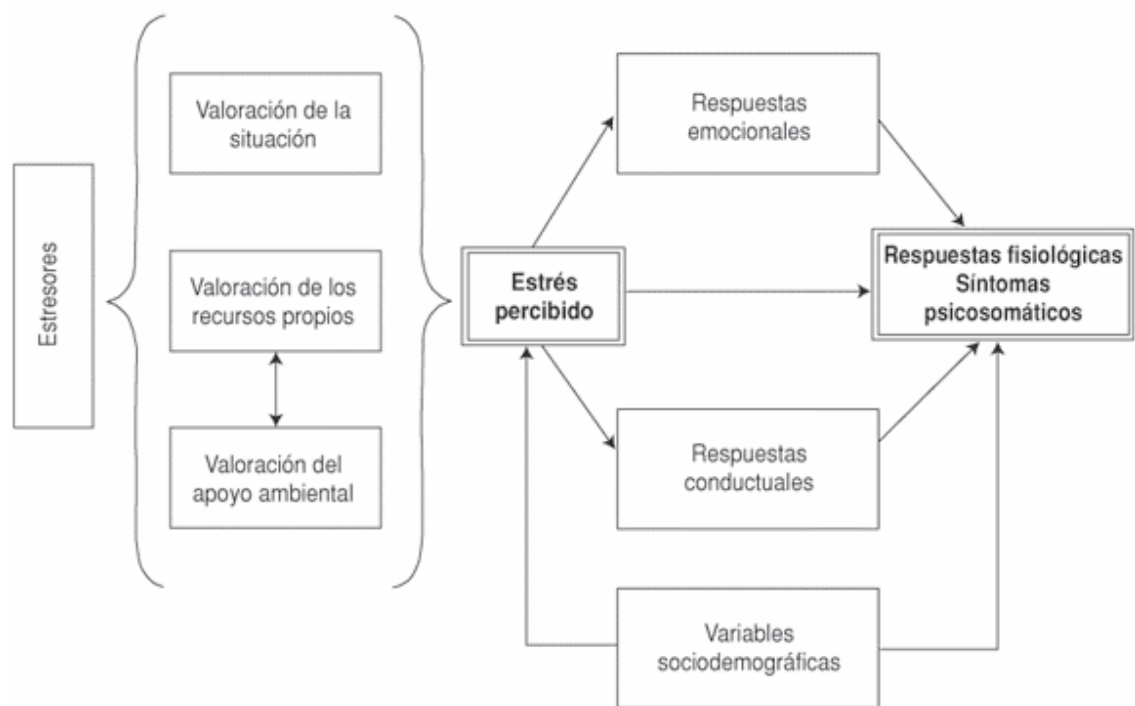
Retomando esta teoría, se puede considerar que el estrés no es exclusivamente un evento externo, del cual el sujeto es víctima; por el contrario, el estrés psicológico se define como una relación particular entre el individuo y su entorno, que él mismo evalúa como amenazante o desbordante respecto de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1984).

Dentro de la perspectiva transaccional del estrés, la evaluación cognitiva representa un aspecto central en la explicación del estrés; la evaluación es un proceso universal mediante el cual las personas valoran constantemente la significación de lo que ocurre en relación con su bienestar personal.

Este modelo explicativo hace énfasis en los síntomas, postula que en presencia de estresores, una persona puede o no percibir estrés, en función de la valoración que hace el individuo de sí mismo (autoestima y autoeficacia), del apoyo social que percibe y de la

valoración de la situación (cómo amenazante, desafiante o de daño o pérdida). Además, se considera que las variables sociodemográficas pueden estar asociadas a la percepción de estrés y a los síntomas psicósomáticos. Cuando el sujeto percibe algún grado de estrés se pueden producir respuestas emocionales, conductuales y fisiológicas (síntomas somáticos tales como: dolor de estómago, espalda, brazos, piernas, cabeza o pecho, vértigos, falta de aire, estreñimiento e indigestión). Así mismo se plantea la posibilidad de que las respuestas emocionales y conductuales tengan algún efecto sobre los síntomas, ya que estas relaciones se han comprobado en otros estudios (ver figura 1) (González y Landero, 2006a).

**FIGURA 1. Modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos**



FUENTE: <http://www.google.com.mx/imgres?imgurl=http://www.scielosp.org/img/revistas>

En un estudio basado en el modelo presentado surgió que el apoyo social percibido, la autoeficacia y la autoestima son predictores del estrés, el estrés a su vez va a ser predictor del cansancio emocional y de los síntomas psicósomáticos, el cansancio emocional funcionará como predictor de los síntomas y el estrés influye de manera importante en los síntomas, ya que tiene efectos directos e indirectos sobre ellos. Se confirmó que la valoración que el sujeto hace de sus recursos influye en el grado de estrés percibido y sus consecuencias.

Una aplicación inmediata es la utilización del modelo para proporcionar a los pacientes y los profesionales de la salud una explicación científica de los síntomas psicossomáticos; se le explica al paciente que los síntomas son el producto de una combinación de variables, y no el resultado exclusivo de algún evento externo. Se puede resaltar que cada persona es parte activa de su estrés, ya que según esta teoría transaccional, al cambiar la percepción que se tiene de alguna situación o de sus recursos, se modifica la percepción del estrés (González y Landero, 2008).

En otro estudio realizado por los mismos autores, utilizando este modelo, se analizaron las diferencias por sexo y resultó que la variable no es significativa en el modelo estructural, sin embargo si se encontraron diferencias en algunas variables al compararlas por sexo. En el caso del estrés, se confirmó que las mujeres presentan niveles más altos que los hombres. Los síntomas psicossomáticos, evaluados por medio de un autoinforme, en cualquier categoría las mujeres informaron un mayor número que los hombres y en la variable de autoeficacia las mujeres presentan niveles más bajos (González y Landero, 2008).

Este modelo se considera como una explicación multifactorial y multidisciplinar (Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1995). Otros estudios realizados por medio de la regresión logística (Gureje, Simon, Utsun, y Goldberg, 1997; Kirmayer, Groleau, Looper y Dominicé, 2004; Lieb, et al., 2002; Natvig, Albrektsen, Aderssen y Qvamstrom, 1999) han logrado demostrar que los trastornos y síntomas psicossomáticos pueden relacionarse con múltiples factores como los ya mencionados. Entre estos factores se encuentran el estrés (González y Landero, 2006; Kirmayer, Groleau, Looper y Dominicé, 2004; Lipowski, 1988; Matud y Bethencourt, 2000; Natvig, Albrektsen, Aderssen y Qvamstrom, 1999; Orejudo y Froján, 2005), la depresión (Kooiman, Bolk, Brand, Trijsburg y Rooijmans, 2000; Lieb, et al., 2002; Lipsane, Saarijavi y Lauerma, 2004), los trastornos de ansiedad (Gureje, Simon, Utsun y Goldberg, 1997; Kooiman, Bolk, Brand, Trijsburg y Rooijmans, 2000) y de personalidad (Fernández y Fernández, 1998; Lipowski, 1998; Santed, Sandín, Chorot, Olmedo y García-Campayo, 2003), el sexo (femenino) (Cronkite y Moos, 1984; Holloway y Zerbe, 2000; Lieb, Zimmermann,

Friss, Hofler, Tholen y Wittchen, 2002) y las formas de afrontamiento (Matud y Bethencourt, 2000), y la alexitimia (Lipsane, Saarijavi y Lauerma, 2004).

Desde este modelo podemos observar que se analiza la valoración que la persona hace de los recursos tanto ambientales como personales para enfrentar los factores estresantes, estos recursos van a depender de cómo la persona ha sido socializada, es decir las características personales, el ambiente económico, familiar, social, geográfico y social; lo que va a determinar las herramientas que ésta desarrolle en las diferentes etapas de su vida, esto se encontrará estrechamente relacionado con los modelos de feminidad y masculinidad de su contexto, ya que a la persona se le dará un trato determinado desde el comienzo de su desarrollo, inclusive en ciertas culturas determinan el acceso a los recursos por las características físicas de la persona, entre ellas el sexo.

Una vez que se hizo esta evaluación la persona percibirá cierta cantidad de estrés, la cual dependerá de cada situación y dará como resultado respuestas emocionales y conductuales, dentro de las cuales se pueden presentar síntomas psicósomáticos, sin olvidar que todo esto estará fuertemente influido por las variables socioculturales del contexto del sujeto.

#### **1.4 Relación de la somatización con otras variables psicológicas**

La presencia de depresión y ansiedad son dos de las variables asociadas más frecuentemente con los síntomas psicósomáticos, ya que los pacientes con síntomas médicamente inexplicables manifiestan más síntomas de depresión y ansiedad que los pacientes con síntomas con explicación médica (Kooiman, Bolk, Brand, Trijtsburg y Rooijmans, 2000). Se ha propuesto que la ansiedad y la depresión, entre otras variables, pueden ser factores de predicción de nuevos episodios de trastornos de somatización (Lieb, Zimmermann, Friss, Hofler, Tholen y Wittchen, 2002).

En algunas investigaciones se ha clasificado a la fatiga como parte de la somatización. Lloyd (1989) describió a la somatización como un patrón de

comportamiento que involucra la presentación de distrés psicológico en forma de quejas somáticas por ejemplo insomnia, fatiga, flojera y síntomas gastrointestinales. La fatiga y la somatización son elementos que pueden llegar a relacionarse, sin embargo, otras investigaciones han separado los dos conceptos. Cuando la fatiga es el componente principal, Wood, Bentall, Goepfert y Edwards (1991) encontraron que la depresión y la somatización son representados en la muestra que sufren el síndrome de fatiga crónica.

Existe evidencia de que la fatiga, la depresión y la somatización están correlacionados en poblaciones clínicas. Campo y Fritsch (1994) mostraron que la somatización se asocia frecuentemente con la presencia de otros síntomas psiquiátricos, especialmente ansiedad y depresión. Simon, VonKorff, Piccinelli, Fullerton y Ormel (1999) encontraron que 69% de los pacientes con depresión reportaron síntomas somáticos. No obstante, se ha argumentado en muchos estudios que la somatización y la depresión son constructos separados. Por ejemplo, Gillespie, Kirk, Heath, Martin y Hickie (1999) condujeron un largo estudio para analizar la estructura dimensional de reactivos que medían ansiedad, depresión, distrés somático e insomnia. Y a pesar de las correlaciones moderadas encontradas entre somatización y depresión, y somatización y ansiedad, el análisis factorial produjo cuatro factores por separado: depresión, ansiedad, distrés somático y perturbaciones del sueño.

Desde que la somatización y depresión fueron diferenciadas y definidas como conceptos independientes, Silvertein y sus colegas (Silverstein, 1999; Silverstein, Clauson, Perdue, Carpman y Cimarolli, 1998; Silvertein y Lynch, 1998) dividieron a los pacientes con depresión en dos grupos, basados en la interacción entre depresión y somatización: unos eran los que presentaban depresión mayor y exhibían desordenes alimenticios y de sueño (depresión somática) y otros que no mostraban estos síntomas, es decir depresión pura. El grupo con la depresión somática mostraba mayores niveles de fatiga y una mayor consistencia en mujeres que en hombres.

Muchos estudios han encontrado que la depresión, ansiedad, síntomas somáticos y trastornos alimenticios tienden a presentarse al mismo tiempo, particularmente en mujeres (Ledoux, Choquet y Flament, 1991; Swartz, Blazer,

Woodbury, George y Landerman, 1986; Wilson y Eldredge, 1991). En estudios diseñados específicamente para probar las diferencias de género en estos síndromes se ha encontrado que las mujeres muestran una prevalencia mayor que los hombres en autoreportes de la depresión somática ansiosa, que es somatización combinada con ansiedad, trastornos en el apetito, y una imagen corporal pobre, preferentemente de delgadez, pero no una alta prevalencia en depresión pura. Todo esto se ha encontrado en estudiantes de preparatoria (Silverstain, Caceres, Perdue y Cimarolli, 1995), en estudiantes universitarios (Silverstein, Clauson, Perdue, Carpman y Cimarolli, 1998) y en muestras multigeneracionales de adultos (Silverstein y Lynch, 1998)

Existe evidencia de que las personas que presentan somatización pueden presentar un mayor consumo de alcohol y desorden antisocial de la personalidad (Cloninger, Sigvardsson y Von Knorring, 1994; Liskow, 1988), así como dependencia a las drogas, desórdenes de ansiedad y desórdenes depresivos (Liskow, 1988).

Existe una relación entre la somatización, el desorden antisocial de la personalidad y el abuso de sustancias, donde Kreichman reportó que las madres de niños y adolescentes diagnosticados con somatización tienden a recibir diagnósticos de alcoholismo y del desorden antisocial de la personalidad (Kriechman, 1987). Mullins y Olson (1990) reportaron características disfuncionales en las familias relacionadas con la somatización en hombres y mujeres adolescentes y niños que incluyen abuso sexual y alcoholismo crónico.

Matud y Bethencourt (2000) realizaron un estudio donde encontraron una serie de variables de especial relevancia para la salud de las amas de casa: la autoestima, el apoyo social, la satisfacción con su rol y el centrarse en la emoción como estrategia de afrontamiento del estrés. Las estrategias de afrontamiento dirigidas hacia la emoción tienen un efecto negativo sobre la salud mental, mientras que el apoyo social y la autoestima tienen un efecto positivo. El afrontamiento centrado en el problema parece influir menos o tener poca relevancia en los efectos del estrés en la enfermedad (Lazarus, 1993).



El estrés, tanto considerado como suceso o cambios vitales o acontecimientos diarios negativos, parece ser poco relevante en la salud de las amas de casa, teniendo mucho mayor valor predictivo las estrategias de afrontamiento utilizadas, las variables de personalidad, el apoyo social y la satisfacción con su rol de ama de casa. La autoestima es una variable relacionada con la depresión y la sintomatología somática, por lo que la calidad de las experiencias asociadas al rol es más importante para la salud que el número de roles desempeñados (Barnett y Baruch, 1985; Hibbard y Pope, 1993).

Matud y Bethencourt (2000) encontraron que las amas de casa con salud se caracterizan por su alta autoestima, satisfacción con su papel de ama de casa, que cuentan con apoyo social y cuyas estrategias de afrontamiento del estrés no se orientan hacia la emoción y el patrón opuesto presentan una mayor ansiedad, depresión y síntomas somáticos.

Un estudio realizado en estudiantes universitarios en México mostró que un 25.5% presenta síntomas psicósomáticos, de intensidad media o alta, donde además se confirmó la relación entre depresión y los síntomas psicósomáticos, entre estos y la ansiedad y entre la ansiedad y la depresión. Estos trastornos pueden afectar no solo la vida de la persona como estudiante sino también en un sentido más amplio como una influencia negativa hacia el rendimiento académico (Muñoz, 2003).

## CAPITULO 2: SALUD Y GENERO

### 2.1 Salud y Enfermedad

Como se mencionó anteriormente existe una dicotomía entre salud y enfermedad, la cual está rodeada de elementos complejos que interactúan entre sí para conformar el estado de salud de la persona, tanto física como mental.

El “sentirse enfermo” es un concepto sociológico y antropológico desarrollado por Mechanic (1962, 1972, 1995) para ser aplicado al componente subjetivo de cada episodio de enfermedad. Mechanic define el “sentirse enfermo” como “las formas en las cuales determinados síntomas pueden ser diferencialmente percibidos, evaluados y actuados (o no actuados) por diferentes tipos de personas”. Menciona que diferentes patrones de “sentirse enfermo” pueden ser considerados desde dos puntos de vista que se complementan mutuamente: como producto de experiencias sociales, culturales y de aprendizaje y como parte de un proceso de “hacer frente” en el cual el “sentirse enfermo” es un solo aspecto de un repertorio de competencias que cada individuo realiza para darle sentido y hacer más manejables experiencias nuevas e inestables (Mechanic, 1978).

Para ampliar la idea de salud debemos saber que el concepto de enfermedad proviene de la ciencia biomédica y se refiere al mal funcionamiento de procesos psicofisiológicos y biológicos y a deformaciones anatómicas objetivas (Ford, 1983; Kleinman, Eisenberg y Good, 1978). Los médicos buscan una explicación orgánica de la enfermedad basados en este concepto biomédico. Este enfoque es limitado dado que excluye condiciones en las cuales, aunque no existen problemas orgánicos evidentes, los pacientes continúan sintiéndose mal y persisten en la atención médica. Este es el caso de los pacientes etiquetados como somatizadores quienes se perciben estando enfermos, teniendo un problema físico y orgánico. Por lo que la enfermedad evaluada médicamente es sólo un aspecto del malestar corporal. Como lo ha planteado Ford (1983) es la experiencia de la enfermedad que lleva a la persona a la búsqueda de un médico.

Uno de los elementos básicos a considerar dentro de la salud, recordando que uno de sus fundamentos es la construcción socio-cultural que se hace del concepto, es la percepción subjetiva de la enfermedad la cual va a ser el resultado de factores psicológicos, psicosociales, sociológicos y culturales independientemente de la base genética, fisiológica o biológica de la enfermedad (Osterweis, Kleinman, Mechanic, 1987), esto como parte de los sistemas de significados y normas sociales el “sentirse enfermo” está fuertemente influido por la cultura (Kleinman, Eisenberg y Good, 1978).

Los factores socioculturales, donde el sujeto vive le dan las pautas de comportamiento, en términos de qué hacer cuando siente dolor o disconformidad, de cómo expresar estos sentimientos verbalmente y no-verbalmente, a quién recurrir por ayuda y de lo que se espera de los roles y normas que deberían ser tomadas en cuenta para comportarse de acuerdo a las prescripciones de la cultura. En este sentido cada cultura tiene su propio “lenguaje del dolor”; en algunos grupos se espera una expresión emocional del dolor y la disconformidad, pero en otros lo opuesto (Kleinman, 1982, 1986).

Existe evidencia de que en algunos contextos socioculturales la somatización es entendida como la expresión aprendida de problemas psicosociales en el lenguaje del cuerpo y la disconformidad que resulta de estos problemas está socioculturalmente sancionada y también por el contrario, en otras culturas, el uso del cuerpo como un medio de comunicación de los problemas diarios (con la pareja, hijos, trabajo, desempleo, adicción a las drogas, abuso sexual y otros) no sólo es un método aceptable, sino que al mismo tiempo es la forma más efectiva de obtener ayuda. La somatización llega a ser una conducta normal y el modo creado y positivamente sancionado por el grupo en el intento de adaptar el sí mismo al medio ambiente sociocultural.

Existe una definición social y cultural de los síntomas en cada contexto sociocultural; esta definición es aprendida a través del proceso de socialización. Durante este proceso se le enseña a cada persona acerca de las posibles causas de las enfermedades, las expectativas sobre el rol del enfermo y de los proveedores de salud y

las normas sociales que definen su conducta en la situación de enfermedad (Di Silvestre,1998).

En el caso específico de la Salud Mental, concebirla desde una perspectiva compleja integrando un análisis de género, implica considerar la policausalidad de los fenómenos que la conforman, se reconoce la tensión conflictiva (es decir, que se vive en conflicto y contradicción), la recursividad de los fenómenos (lo que significa que los productos de los conflictos son al mismo tiempo las causas o productores de aquello que los produce, formando una dinámica cíclica) y la idea hologramática (es decir, que una parte integra el todo y el todo integra a cada una de las partes).

Esto exige poder pensar la Salud Mental de las poblaciones en general y de las mujeres y los hombres, como producto de diferentes factores que se entretajan: condiciones socio-económicas, construcción histórica de lo masculino y femenino, sistema de valores y creencias en relación a la salud, modelos científicos de interpretación e intervención técnica, análisis de las prácticas sociales y de vidas cotidianas, entre otros puntos (Di Silvestre,1998).

## **2. 2 Hombre y Salud**

El modelo social de la masculinidad tradicional hegemónica es un factor de riesgo de primer nivel para la salud. Este modelo se caracteriza por los ejes de la autosuficiencia, belicosidad heroica, autoridad sobre las mujeres y valoración de la jerarquía, que los varones mediante la socialización logran interiorizar en forma de ideales, creencias, valores y obligaciones, su vida se marca por el control de si mismos y de los demás, el riesgo, la competitividad, el déficit de comportamientos cuidadosos y afectivos, y la ansiedad persistente, lo cual promueve una serie de hábitos poco saludables, genera desigualdad con las mujeres, la producción de importantes trastornos en la salud de los mismos varones, en la de otros varones, mujeres y niños que se encuentran a su alrededor (Kimmel, 1999-2001).

Culturalmente este modelo se ha implantado en el mundo occidental, y está impregnado en todos los ámbitos de la sociedad, lo cual implica que los sistemas sociales en los que nos desarrollamos promueven un comportamiento encaminado a los valores de este modelo, por lo que es muy difícil contradecir o promover un cambio.

Los varones que adoptan este modo de comportamiento suelen presentar un amplio trastorno sobre su salud, desde accidentes de tráfico, alcoholismo, sida, drogodependencias, suicidios, enfermedades y muertes precoces relacionadas con el estilo de vida. Esto se debe a los valores que se promueven como: la competencia, la represión emocional, el éxito como única meta y valía, omnipotencia, estar a la defensiva, ser fuertes, aguantar el dolor físico y mental, usar el cuerpo como una herramienta, a no pedir ayuda, salir adelante sin importar los demás, presentar poca empatía, haciendo de la violencia un recurso válido para lograr lo anterior, etc., así como la desvalorización de la prudencia, el déficit de autocuidado, la sexualidad ansiosa, o las depresiones encubiertas (Courtenay, 2000).

De todo esto se derivan conductas que afectan no solo la salud de los hombres sino también la salud de las personas que los rodean, el contagio de enfermedades de transmisión sexual, el sexismo, el acoso, el machismo, la falta de cuidado de los hijos, la poca participación en el embarazo, etc. Además se añade la conducta de desprestigiar cualquier comportamiento que se acerque a lo femenino como la expresión emocional y el cuidado al cuerpo.

Por medio de este modelo los hombres limitan su acceso a los servicios de salud ya que su percepción, proceso, modo de afrontar y solucionar sus problemas de salud, se rigen por estas reglas, haciendo que los varones tengan problemas para percibir los signos de alarma corporal o de desvalorizarlos, evitan afrontar su malestar, no expresan sus sensaciones haciendo que el sistema nervioso vegetativo genere fuertes reacciones fisiológicas; todo esto haciendo que retrasen las consultas, interrumpen los tratamientos, para no sentir la pasividad, vulnerabilidad, fragilidad y dependencia del rol femenino, ya que todo ello amenaza la identidad y les genera miedo y ansiedad por lo

que necesitan regresar lo más pronto posible a su postura omnipotente (Sabo y Gordon, 1995).

Con esto suelen depositar la responsabilidad de su salud a las mujeres haciéndose dependientes de ellas, minimizan el daño de sus comportamientos, suelen no involucrarse cuando alguno de los miembros de su familia se encuentra enfermo especialmente si es la pareja, haciendo que el aspecto de salud recaiga en la mujer por su mandato de ser la cuidadora según su rol tradicional.

Volviendo al punto en donde todos los sistemas de nuestra cultura están inmersos en este patrón, las instituciones de salud y los profesionales, en vez de basarse en estos procesos de socialización naturalizan la conducta del hombre, promoviendo estas conductas dañinas, por lo que existe una falta de promoción a la prevención de enfermedades masculinas y al acceso de los servicios médicos, al no incorporarlos como objeto de atención se promueven las conductas de riesgo, lo cual deja de fuera las necesidades específicas. Bajo este patrón conductual y de creencias los aspectos relevantes en la salud del hombre solamente incluye su capacidad reproductiva y la salud laboral, relacionada con su rol de proveedor (Bonino, 2002).

Una posible explicación ante la manera diferencial de enfermar entre hombres y mujeres, puede ser el modelo presentado que confirma una falta de sensibilidad en los hombres por los malestares físicos y psicológicos, ya que desde los patrones de comportamiento asociados a los hombres no se les está permitido la expresión de malestar, además de que no se les enseña propiamente cómo expresar este malestar incluyendo el ignorar las señales del mismo, por lo cual la somatización se encuentra con mayor frecuencia en las mujeres. Es importante mencionar que no todos los hombres están sujetos a este modelo con rigurosidad, sin embargo, existe una resistencia a la flexibilidad de estos patrones, sobre todo por el hecho de ser promovida en las estructuras sociales.

### **2.3 Mujer y Salud**

Para poder comprender la salud mental de las mujeres es importante incorporar la relación que existe entre ésta y la historia de la mujer en cuanto a sujeto. Esto nos permite ver cómo han sido catalogados los malestares de las mujeres a lo largo de la historia

La medicalización del cuerpo y del sufrimiento ha constituido una de las estrategias de control social más eficaces que nuestras sociedades han desarrollado para preservarse de la peligrosidad de la sexualidad, la locura, las diferencias y la denuncia social. En especial, importa señalar la psiquiatrización del cuerpo de las mujeres. Hacia 1900 la sociedad asignó a sus médicos psiquiatras el combate contra la locura y la construcción de la normalidad. Las brujas eran mujeres medievales, en su mayoría pobres y ancianas, portavoces de sabiduría popular, conocedoras de cuerpos y almas a las que sanaban, que contaban con legitimación frente a sus comunidades. Considerando entre los genocidios más importantes de la Historia de la Humanidad, fue la Caza de Brujas, el cual constituyó el emergente político y social de un tiempo histórico intolerante hasta la muerte, temerosos de sus capacidades y posibilidades de desarrollo e incidencia social.

Más adelante, las histéricas, eran mujeres, por lo general jóvenes, principalmente burguesas que denunciaban con sus sintomatologías el enclaustramiento social y cultural del cual eran objeto a fines del siglo XVIII. Endemoniadas, incontrolables, merecedoras del encierro manicomial y principal curiosidad de la psiquiatría moderna. En la actualidad se puede hablar de las deprimidas, mujeres de todas las edades, de todos los sectores socio-económicos, amas de casa, profesionales, trabajadoras, madres o sin hijos, en pareja o como jefas de familia. La depresión y los estados depresivos constituyen en nuestro tiempo la expresión más frecuente y recurrente de denunciar el malestar femenino (Barrán, 1995).

Con lo anterior podemos ver que dentro de la historia de la mujer dada su condición biológica, posición social y época, se ha producido una estrecha relación con su estado de salud y la visión de éste, además que por los procesos biológicos de

reproducción, la mujer se encuentra en una constante revisión y concientización corporal.

En el caso de las mujeres según lo tradicional deben vivir con las exigencias sociales, donde deben de satisfacer y garantizar el bienestar de los otros, por lo que sus características de personalidad deben de ser pacientes, comprensivas, centrarse en dar afecto y tener una actitud de servicio. El rol de la mujer se encuentra centrado en su capacidad biológica de ser madre, lo cual ampara que todos los roles en los que se puede llegar a desempeñar una mujer contemplen las características antes mencionadas; esto hace que cuando llegan a salir del esquema establecido puede presentar sentimientos de culpa, efectos como el techo de cristal (Comas, 1995; González de Chávez, 2001; Martínez y Bonilla, 2000).

#### **2.4 Roles de Género, Salud y Somatización**

El género es uno de los primeros componentes conforme al cual se desarrolla el autoconcepto, los niños y niñas aprenden y se crean dentro de un esquema de género, este esquema es una estructura cognitiva donde se asocia y organiza la información que percibe el individuo (Bem, 1981).

Es importante hacer la diferenciación con el sexo, que se define como las características físicas establecidas biológicamente, las cuales no cambian naturalmente y van a condicionar todas las interacciones sociales que tenga una persona, el modo de actuar y de pensar. A partir de estas características se relacionan las enseñanzas que proporciona la sociedad que nos rodea, y crea la dicotomía entre hombre y mujer, condicionando los rasgos, roles, conductas y ocupaciones, logrando como resultado el género, el cual va a mermar todos los aspectos de la vida (Bem, 1993).

Cuando se logra el establecimiento del género la persona desempeñará el rol que le corresponde de acuerdo a su sexo, aprenderán de los demás por medio de la socialización las conductas y atributos de la feminidad y masculinidad, que con el tiempo esto se volverán automáticos y espontáneos por lo que puede llegar el momento



en el que se crea que es parte de la naturaleza de la persona (Nelson, Biernat, Manis, 1990).

El rol de género va a hacer referencia a las normas y expectativas que surgen del ser hombre o mujer, es decir se espera que sean masculinos y femeninas, estas preferencias en conductas, rasgos e intereses van a ser adquiridos por medio de la tipificación de género y como consecuencia las personas van a acercar sus actitudes de acuerdo al rol de género que hallan interiorizado (Hegelson, 2002).

Otra definición desde un aspecto sistémico y ecológico presenta que un rol “es un conjunto de actividades y relaciones que se esperan de una persona que ocupa una posición determinada en la sociedad y las que se esperan de los demás en relación con aquella”, trata de explicar cómo es que el lugar que se ocupa socialmente junto con las interacciones que se tienen dentro de un contexto en específico con normas específicas, dan como resultado el repertorio conductual y no necesariamente las normas por si solas (Bronfenbrenner, 1979).

Desde una perspectiva funcionalista, un rol “es lo que el sujeto hace en relación con otro, visto bajo una red de significación funcional en un sistema social”, esto quiere decir que existe una relación entre las características biológicas sexuales y el desarrollo funcional en la estructura social, por lo que tradicionalmente se define al hombre como responsable de la relación del grupo familiar con lo público y a la mujer se le asocia como la responsable de mantener la cohesión dentro de su grupo (Parsons, 1954).

Esta definición hace que veamos a los roles de género como un resultado de las necesidades contextuales que cambian diariamente, por lo que muestra que los roles son dinámicos, como ejemplo de esto podemos realizar un breve análisis histórico sobre los roles en los que se han desempeñado las personas, donde para las mujeres no había una necesidad funcional para el ámbito laboral, ya que con lo que el hombre proveyera era suficiente, por lo que de entrada se consideraba que las niñas al crecer se convertirían en esposas y madres; y por el contrario los niños se convertirían en esposos y proveedores,

ahora podemos ver que debido a las circunstancias económicas la mujer se ha visto obligada a salir al campo laboral (Russo y Green, 1993)

Para completar las definiciones anteriores Matsumoto (1996) afirma que los roles de género se deben de interpretar como una creación simbólica, donde se hace una construcción cultural, la cual se genera a través de la imposición de significados sociales, culturales y psicológicos a raíz de una diferenciación biológica.

Uno de los conflictos que puede surgir dentro de los roles, es cuando las exigencias del entorno no coinciden con las expectativas del rol o que las expectativas de un rol sean incompatibles con las de otro por lo que se produce un conflicto intra-rol,; las consecuencias van a depender de la relevancia de la conducta y la adherencia que éstas tengan al rol específico (Hegelson, 2002).

Los roles que se encuentran en constante antagonismo hacen que la resolución de los conflictos cotidianos dependa de las capacidades y modos de afrontamiento personales. Los sujetos con identidades de género flexibles podrán compaginar más fácilmente estas contradicciones pues tienen un repertorio más amplio de mecanismos de defensa psicológicos y utilizan una mayor variedad de estrategias de afrontamiento en situaciones estresantes (Grimmel y Stern, 1992; Koestner y Aube, 1995).

Existe una serie de enfoques que buscan explicar el porqué las personas se comportan de acuerdo al rol preestablecido, uno de ellos es el psicosocial, el cual centra su atención en el sistema social en el que se desarrolla la persona, lo que promueve la consideración del contexto en el estudio del comportamiento (Archer, 1996); es decir, la sociedad puede entrenar desde la infancia a niños y niñas para que con el tiempo asuman el lugar que les corresponde según la estructura social en la que se desarrollan, la cual concuerda con la división del trabajo según su sexo. Para esto se promueve el moldeamiento conductual y psicológico de características diferenciadas que sean adaptativas y aceptadas (Jacklin y Reynolds, 1993; Turner y Gervai, 1995)

Una de las teorías más aceptadas para la explicación de patrones de conducta asociadas al sexo, comportamientos como conformidad, persuasión, liderazgo, conducta prosocial, etc., es la teoría del rol social propuesta por Eagly (1987), la cual explica que las diferencias que se presentan pueden ser explicadas por las funciones o papeles sociales que tienen su origen en una división del trabajo entre sexos, divide las tareas domésticas y las tareas laborales. Estas funciones producirán diferentes expectativas sobre los rasgos de personalidad que se requieren para desarrollarlas formando así los estereotipos de género. De esto se deriva que las personas se comporten de acuerdo a lo que requiere su estereotipo, orientando el aprendizaje y motivación hacia los rasgos tipificados, limitando de este modo el repertorio tanto de hombres como de mujeres, y logrando que ellos se conformen al rol asignado y sus consecuencias, pasando este comportamiento de generación en generación (Bohan, 1991; Deaux y Kite, 1993).

Existen variaciones a la propuesta anterior donde se enfatiza el poder, es decir que las personas son resultado de su posición social y su nivel real de poder, ya que esto va a determinar las oportunidades y exigencias específicas de su contexto, yendo más allá de las características personales (Henley, 1987).

Estas maneras establecidas de comportamiento también van a moldear la salud de las personas, de tal manera que no van a mostrar las mismas características en los modos de enfermar de hombres y mujeres, para explicar estas diferencias se han agrupado cuatro modelos que tratan de explicar las discrepancias respecto a la salud en cada sexo.

Además de lo anterior, existe una diversidad de visiones que relacionan el papel que juega la persona y los modos diferencial de enfermar que presentan hombres y mujeres; En el modelo biomédico, se indica que estas diferencias se basan en la diversidad genética, hormonal, anatómica y fisiológica; En el modelo psicosocial se explica que las diferencias se dan en los niveles intrapsíquico e interpersonal, las variables que se analizan son la personalidad, el afrontamiento, la autoeficacia, la experiencia, etc; A nivel epidemiológico se buscan los factores de riesgo, que se traducen en las conductas y exposición de diversos elementos que pueden explicar las diferencias

de género en la salud; Por último se encuentra el nivel social, que trata de analizar los procesos culturales, sociales, económicos y políticos que provocan un riesgo para la salud de manera diferenciada (Walsh et al. 1995 en Kawachi, Kennedy, Gupta y Prothowsthith, 1999)

Unger y Crawford (1996), mencionan que a medida que el sexo siga siendo un factor organizador central de las relaciones sociales, no es posible saber hasta qué punto el comportamiento diferencial pueda ser debido a causas internas, sean atribuidas a la biología, a la socialización temprana o a la personalidad diferencial de los sexos.

A nivel social se ha encontrado por ejemplo que en Estados Unidos las mujeres y los hombres ven afectada su salud por el hecho de tener menor participación política y autonomía económica, sin embargo las mujeres con mayor independencia económica, empleo y salario presentaban menor enfermedad que los hombres (Kawachi, Kennedy, Gupta y Prothowsthith, 1999).

Otros indicadores, presentados en población canadiense, mostraron que las desigualdades sociales eran los determinantes más importantes de la salud. En las mujeres los factores sociales estructurales eran los más importantes, como el trabajo, el dinero, la familia y el apoyo social. En el caso de los hombres era el no tener pareja o vivir solo y cuidar a la familia como actividad principal. Dentro de los aspectos conductuales en detrimento de la salud, para los hombres es el consumo de alcohol y fumar, en las mujeres es el peso corporal y estar físicamente inactivas, es importante aclarar que todos los aspectos afectan tanto a hombres como a mujeres sin embargo existen ciertas tendencias hacia conductas específicas (Denton y Walters, 1999).

En el caso de la salud mental, ésta se ve afectada por factores como la pobreza, el racismo, el desempleo, y la violencia doméstica, además de la calidad de la comunidad donde se vive, ésta afecta a través de las interacciones sociales y el estrés que produce (Hendryx y Ahern, 1997).

Frieze, Sales y Smith (1991) dicen que, si se quiere apreciar el efecto de las expectativas sociales sobre el desempeño de los papeles profesionales y familiares según el sexo, lo conveniente es centrarse en la etapa adulta, más que en la juventud o la adolescencia, ya que es en esta etapa de la vida donde la persona tiene que desarrollarse en muchos de los roles más importantes de su ciclo vital.

Los estudios informan que las mujeres desarrollan autoconceptos más flexibles que los varones y contemplan un mayor conjunto de dominios vitales (Bridges, 1989; Curry, Trew, Turner y Hunter, 1994; Etaugh y Liss, 1992). Sin embargo, cuanto más rígida y uniforme es la identidad de un sujeto y, en consecuencia, con mayor consistencia y estabilidad desempeñe su rol de género, más tensiones le puede llegar a producir el hecho de no poder alcanzar los modelos ideales (Martínez, 2003).

Por la posición social derivada de su condición femenina y el complejo papel que suelen desempeñar en la sociedad, conjugando la actividad laboral con los requerimientos familiares, las mujeres se ven obligadas a afrontar más situaciones de estrés interpersonal que los hombres. Este tipo de hechos se asocia con frecuencia a la depresión y otras enfermedades mentales, haciendo que las mujeres se enfermen frente a este tipo de experiencias sociales y laborales, mostrando un grado variable de insatisfacción (De los Ríos, 1993).

Una de las explicaciones de mayor relevancia para estos hechos ha sido la de los roles. Así, como afirman Miller, Norman y Dow (1988) las diferencias en los porcentajes de depresión entre hombres y mujeres quizá estén influidas por “las injusticias del rutinario, estresante y relativamente poco estimulante papel tradicional de la mujer como ama de casa y de madre”. Aunque no se conoce exactamente el impacto del rol o los roles en la salud de la mujer o del hombre, algunos autores apuntan a la limitación que supone el ser únicamente ama de casa y madre, un papel caracterizado por la falta de estructura y contacto social, donde buena parte de las tareas son frustrantes, muy demandantes y con poco control. Sin embargo, Matthews, Hertzman, Ostry y Power (1998), en un estudio encontraron que el trabajo de amas de casa tiene un mayor ritmo

de trabajo y control sobre el descanso que aquellas mujeres que tienen empleo con remuneración.

El tener un número limitado de roles se ha asociado con mayor vulnerabilidad a la depresión, ya que sólo se tiene una fuente de satisfacción y cuando surgen problemas la persona no tiene fuentes alternativas de satisfacción. Pero aunque las mujeres con trabajo remunerado suelen tener mejor salud, los roles múltiples también se han asociado con estrés, existiendo relaciones muy complejas entre el bienestar y el desempeño de roles (Barnett, Biener y Baruch, 1987; Stephenes y Townsend, 1997). Se ha revelado que los múltiples roles pueden crear exigencias contradictorias de tiempo que originan tensión y conflicto, sin embargo proporciona beneficios como la ampliación de recursos y recompensas, fuentes alternativas de autoestima, apoyo y control (Sorensen y Vebrugge, 1987), mejora de la vida familiar (Rakin, 1993) y satisfacción laboral (Pietromonaco, Manis y Frohardt-Lane, 1986).

Otras investigaciones se enfocan en la calidad de los roles. Así se ha demostrado que la calidad de las experiencias asociadas al rol son mejores predictores de la salud que el número de roles ocupados (Barnett y Baruch, 1985; Christensen, Stephens y Townsend, 1998; Hibbard y Pope, 1993; Noor, 1995). Los roles de baja calidad implican a menudo restricciones de tiempo, guiones irregulares y bajo control, lo que provoca un deterioro de la salud (Westman y Etzion, 1995), por el contrario, los roles de alta calidad, incluso cuando son varios, pueden detener o compensar ese efecto. Además, se ha visto que existe una serie de variables mediadoras importantes como el número de hijos, las actitudes, la experiencia laboral (Lewis y Cooper, 1983), la clase social y las relaciones sociales, lo cual afecta la relación entre el empleo y la salud mental (Brown y Harris, 1978).

Algunas investigaciones han señalado que las mujeres sufren mayor conflicto interroles y sobrecarga que los hombres, normalmente relacionados a factores de estrés como la falta de tiempo, problemas relativos a los hijos y culpabilidad maternal (Rankin, 1993). Sin embargo, otros estudios han señalado que las mujeres no manifiestan mayor conflicto interrol que los hombres, se piensa que probablemente no sea la ejecución de

los roles sino la satisfacción que produce la variable responsable de la aparición de un conflicto interrol, la satisfacción en el rol se refiere a la percepción subjetiva de la persona respecto al grado de autorrealización en cada uno de los papeles vitales que desarrolla, esto podría explicar la ausencia de conflicto en mujeres con un desempeño satisfactorio en sus múltiples roles (Eagly, Mikes e Icenogle, 1997; Izraeli, 1993).

Una observación importante dentro de la psicología es porqué las mujeres exhiben una mayor prevalencia de depresión que los hombres y una de las posibles explicaciones la proporcionaron McGrath, Keita, Strickland y Russo (1990) que realizaron estudios sugiriendo que las diferencias de género pueden ser el resultado de que las mujeres tienden más a exhibir depresión asociada con la ansiedad, síntomas somáticos como dolor de cabeza, insomnia, fatiga y trastornos alimenticios como resultado de ser sujetos de limitaciones relacionadas con el rol de género.

Estudios sobre los roles de género sugieren que la alta prevalencia de los síntomas de la “depresión somática ansiosa” en las mujeres puede ser el resultado de respuesta de las bases y limitaciones de la experiencia de la mujer por ser femenina. Un ejemplo es el volumen de reportes publicados por mujeres que sufrieron acoso sexual y presentaron los síntomas antes mencionados, Koss et al. (1994) y Landrine, Klonoff, Gibbs, Manning y Lund (1995), encontraron que el grado en el que las mujeres reportan el haber tenido una experiencia de discriminación de género cuenta en la variación en sus resultados de auto reporte en inventarios de depresión, ansiedad y somatización.

Martz, Handley y Eisler (1995) encontraron que los desordenes alimenticios y la preocupación por la imagen corporal estaban asociados con mujeres que tenían resultados altos en la escala de la percepción negativa de los aspectos del rol femenino. En otro estudio se encontró que las mujeres en el grado de preparatoria que reportaban que ellas creían que sus padres hubieran deseado que ellas fueran hombres o que el lugar de la mujer está en su casa, se encontró que reportaban depresión combinada con síntomas somáticos, desorden alimenticio y preferencia a ser esbeltas (Silverstein, Perlick, Caluson y McKoy, 1993).

Algunas niñas y mujeres quienes experimentan bases o limitaciones ubicadas en su deber de ser en el género pueden desarrollar una sensación de limitación de ellas mismas o en sus propias oportunidades, que derive en síntomas de ansiedad somática depresiva. La devaluación y limitación de la feminidad puede manifestarse en las mujeres de diversas maneras. Una forma puede ser a través del moldeamiento: las niñas pueden estar, particularmente, en problemas si sus madres parecen sentir limitaciones en sus roles o distrés por su inhabilidad de logro fuera del hogar (Silverstein y Perlick, 1995).

Estudios basados en cuestionarios también han relacionado la ansiedad somática depresiva con mujeres jóvenes que tienen percepciones que sus madres se sienten limitadas y con distrés porque ellas han tenido menor oportunidades que sus hijas. Estudios en diversas preparatorias y universidades han encontrado depresión combinada con ansiedad, somatización, alteración en el apetito y una pobre imagen corporal, pero no depresión pura, es decir, sin la presencia de los otros síntomas, reportan culpabilidad sobre llevar una mejor vida que sus madres, o que ellas minimizan sus propios logros para que sus madres no lleguen a sentirse mal por ellas mismas. (Silverstein, Perlick, Clauson y McKoy, 1993; Silverstein, Clauson, Perdue, Carpman y Cimarolli, 1998).

Podemos concluir que la información muestra una relación entre las maneras en las que se ha aprendido a desarrollarse dentro de la sociedad según lo establecido y el malestar que esto produce, el marco que se describe no es alentador ni para hombres ni para mujeres, ya que las limitantes para ambos merman gran parte de la capacidad personal, ya sea la falta de expresión emocional, la rigurosidad de probar constantemente la masculinidad por medio de actos de alto riesgo o con contenido violento, utilizando como alternativa a esta inexpresividad el abuso de sustancias. En el caso de las mujeres observamos una carencia de preocupación personal donde las actividades se deben de orientar hacia el cuidado de los otros, agregando que las actividades del hogar al no ser remuneradas carecen de valor; además que en el contexto económico actual forzó el rol tradicional femenino a que la mujer ayudará con el rol



proveedor donde, por un lado logra en la mujer la superación personal pero además la doble carga en sus actividades, produciendo mayor estrés.

Por lo tanto podemos sugerir que los patrones de comportamiento de hombres y mujeres, aprendidos por medio de la socialización, además de que tan bien se sienten realizando ciertas actividades, puede llegar a afectar su estado de salud, por esto nos interesa ver el problema de la somatización desde una mirada integral para hombres y mujeres, teniendo presente su difícil diagnóstico incluyendo estados de salud emocional.

## CAPITULO 3: MÉTODO

### Pregunta de investigación

¿De qué manera inciden aspectos de la salud emocional (estrés, ansiedad y depresión) así como del rol el género y la satisfacción con éste en la somatización de hombres y mujeres?

### Objetivos Específicos

1. Conocer que diferencias existen en la salud emocional (estrés, ansiedad y depresión) así como en el rol de género ejecutado y la satisfacción con éste según el sexo.
2. Evaluar la relación que existe entre la somatización y los indicadores de salud (es decir; depresión, ansiedad y estrés) en hombres y mujeres.
3. Evaluar la relación entre la somatización y los roles de género en hombres y mujeres.
4. Evaluar la relación entre la somatización y la satisfacción en los roles. para hombres y mujeres.
5. Conocer cual de las variables de salud y del rol predicen la somatización en hombres y mujeres.

### Tipo de Estudio

Correlacional, explicativo, de campo y transversal

### Hipótesis

Existen diferencias estadísticamente significativas en la salud emocional -depresión, ansiedad y estrés-, rol de género y satisfacción en los roles de género con la somatización entre hombres y mujeres.

Existe una relación estadísticamente significativa entre los indicadores de salud emocional –depresión, ansiedad y estrés-, rol de género y satisfacción en los roles de género con la somatización entre hombres y mujeres .

## **Variables**

### **1. Somatización**

Definición conceptual: es la tendencia a experimentar y comunicar dolor psicológico manifestándolo con síntomas psicósomáticos y buscar ayuda médica para ellos (Lipowski,1987). Se considera como un mecanismo de defensa inconsciente desviando por medio de dichos síntomas la atención del conflicto psicológico (Gabbard, 2004)

Definición operacional: se evaluará con la Lista de 90 Síntomas (SCL-90) de la cuál únicamente se utilizará el apartado de somatización. Que tiene un alpha de 0.92 en población mexicana (Lara, Espinosa, Cárdenas, Focil y Cavazos, 2005).

### **2. Ansiedad, Estrés y Depresión**

#### Ansiedad

Definición conceptual: respuesta emocional o patrón de respuestas que se conforma por aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión. Aspectos fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y suele implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos (Tobal, 1990)

Definición operacional: se medirá con la escala DAS-21 con la subescala para la ansiedad la cual mostró un alpha de 0.76 en población mexicana (Gurrola, Balcázar, Bonilla y Viseda, 2006).

#### Depresión

Definición conceptual: se define como una distorsión cognitiva que suele estar acompañada por malestar físico, se caracteriza por la presencia de expectativas negativas respecto al ambiente, ante el futuro y la autoapreciación (Beck, 1976).

Definición operacional: se medirá con la escala DAS-21 con la subescala de depresión que mostró un alpha de 0.81 en población mexicana (Gurrola, Balcázar, Bonilla y Viseda, 2006).

### Estrés

Definición conceptual: reacción que manifiesta la persona frente a sucesos valorados como desafíos a su capacidad, es decir “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1984).

Definición operacional: se evaluará por medio de la escala DAS-21 utilizando la subescala para el estrés que en población mexicana presentó un alpha de 0.79 (Gurrola, Balcázar, Bonilla y Viseda, 2006).

### 3. Roles de género

Definición conceptual: se refiere a la serie de comportamientos marcados por un conjunto de normas y demandas sociales, dependiendo del lugar que se ocupe socialmente (Sarbin, 1968).

Definición operacional: se medirá por medio del Instrumento de roles de género de Rocha (2004), compuesto por dos secciones, la primera de 22 reactivos, refiriéndose a diferentes actividades que se realizan tanto en el hogar como en el trabajo y la segunda sección esta compuesta por 15 reactivos, los cuales son referentes a las actividades relacionadas con los hijos, las respuestas son medidas con una escala likert de cinco opciones que va desde siempre yo hasta siempre mi pareja y una sexta opción que se debe marcar cuando no se realiza la actividad por ninguno de los dos padres.

#### 4. Satisfacción en los roles de género

Definición conceptual: La satisfacción en el rol se refiere a la percepción subjetiva de la persona respecto al grado de autorrealización en cada uno de los papeles vitales que desarrolla (Eagly, Mikes e Icenogle, 1997; Izraeli, 1993).

Definición operacional: De acuerdo con Macías (2004) existen 7 diferentes roles en los cuales una persona adulta puede desempeñarse, estos son: padre o madre, esposo(a), empleado(a), profesional, amigo(a), doméstico y proveedor. Para generar los indicadores de satisfacción en los diferentes roles, únicamente se agregó la pregunta ¿Qué tan satisfecho se encuentra con su rol cómo \_\_\_\_? Las opciones de respuesta eran tipo Likert de 5 opciones que iban desde totalmente satisfecho a totalmente insatisfecho, con una sexta opción de no aplica.

### Muestra y Lugar

Participó un total de 128 personas seleccionados de forma no probabilística, de las cuales 60 eran hombres y 68 mujeres, el rango de edad fue de 36 a 66, con una edad promedio de 48 años y una desviación del 7, 19%. El 58% reportó una escolaridad a nivel de licenciatura, 18% presentó un nivel básico o medio superior, un 19% reportó un nivel de posgrado y el resto no especificó. Su estado civil era 77% casados, 19% separados o divorciados y un 2% viudo u otro; en promedio tenían 2 hijos. Según los estatutos de la APA (2000) las personas de 30 años en adelante suelen presentar las características de la somatización. Además los participantes eran padres de adolescentes que estaban cursando secundaria, nivel medio superior o superior, dada las características de este periodo de vida, los hijos suelen encontrarse en dependencia económica de los padres, además están en una etapa adaptativa de la personalidad, marcada por cierta rebeldía, en su mayoría; en el caso de los padres, las mujeres con la media de edad de la muestra es muy probable que se encuentren en el inicio o desarrollo del periodo de la menopausia y en el caso de los hombres, se conoce que hay una baja hormonal, llamado andropausia,

por todo lo anterior se sugiere que el nivel de malestar psicológico en general es elevado en esta etapa de la vida (Frieze, Sales y Smith, 1991).

Las aplicaciones fueron proporcionadas por los estudiantes a sus padres y se contestaron en su hogar o lugar de trabajo.

### **Instrumentos**

- Lista de 90 Síntomas (SCL-90) permite evaluar de manera general un perfil psicopatológico, está conformado por nueve escalas de las cuales para efectos de esta investigación sólo se utilizara la de somatización que se compone por 12 ítems, tiene cinco opciones de respuestas que van de nada a mucho, esta subescala evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes malestares corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios). El alpha de Cronbach en esta subescala en una población de mujeres mexicanas fue de 0.92 (Lara, Espinosa, Cárdenas, Focil y Cavazos, 2005).
- La escala DAS-21 consta de tres subescalas que miden depresión, ansiedad y estrés, es una escala autoaplicable que consta de 21 reactivos con cuatro opciones de respuesta que van de 0 (no se aplica en nada a mí) hasta 3 (se aplica mucho a mí la mayor parte del tiempo). El alpha de Cronbach del instrumento en total fue de 0.86, para la subescala de depresión fue 0.81, para la del estrés 0.79 y para la de ansiedad 0.76 (Henry y Crafword en Gurrola, Balcázar, Bonilla y Viseda, 2006).
- Instrumento de roles de género de Rocha (2004) se compone, por 2 partes, la primera contiene 22 reactivos que buscan conocer en qué medida la persona realiza tareas típicas masculinas y femeninas, instrumental y doméstico respectivamente, y en la segunda parte se evalúan las actividades que la persona tiene con el cuidado de sus hijos sus hijos. Son respuestas tipo likert, con una opción de no aplica. El alpha de Cronbach de la escala es de 0.94 para el rol doméstico, 0.90 para el rol instrumental y 0.96 para el cuidado de los hijos.

- Preguntas de satisfacción en los roles de género, compuesta por 7 reactivos, (Barnett y Baruch, 1985; Christensen, Stephens y Townsend, 1998; Hibbard y Pope, 1993; Noor, 1995; Macías, 2004).

### **Procedimiento**

1. Aplicación de los instrumentos: Se repartió a los alumnos dando la instrucción de qué les dieran los cuestionarios a sus padres, las respuestas eran estrictamente confidenciales, con fines de investigación, además se les dio una breve explicación del tema; una vez contestados los cuestionarios, los alumnos los regresaron al investigador.
2. Captura de datos: los datos obtenidos se capturaron y se analizaron empleando el paquete estadístico computarizado SPSS.
3. Análisis de datos: se realizó una prueba t de Student para comparar las medias de las diferentes variables por sexo; además se realizaron correlaciones de Pearson de cada una de las variables de salud con las variables de los roles de género y los indicadores de satisfacción de los roles de género con la somatización tanto para hombres como para mujeres y una regresión lineal para observar qué variable puede llegar a predecir la somatización..

## CAPÍTULO 4: RESULTADOS

En el siguiente apartado se mostrarán los datos obtenidos de las pruebas aplicadas que se encuentran en el anexo, las diferencias estadísticas en todas las variables contempladas así como las correlaciones entre la somatización y los indicadores de salud, los roles de género y la satisfacción en ellos tanto en hombres como en mujeres, además de las variables predictoras en la somatización.

**a. Diferencias en las variables de somatización, estrés, ansiedad y depresión, así como en las variables de roles de género y satisfacción con estos roles entre hombres y mujeres.**

Con la finalidad de evaluar la existencia de diferencias entre hombres y mujeres en las diferentes variables estudiadas, se llevó a cabo una prueba de t de Student. De acuerdo a los resultados, no se encontraron diferencias significativas en las variables de salud: somatización, depresión, ansiedad y estrés entre hombres y mujeres. Sin embargo, si se analizan los datos, se puede observar que aunque en ninguna de las escalas empleadas las calificaciones rebasan la media teórica, en el caso concreto de la somatización y la presencia de estrés las mujeres presentan una puntuación más elevada que los hombres.

En cuanto a los roles de género, instrumental y doméstico, como los roles hacia los hijos, de cuidado y supervisión, todos mostraron diferencias significativas entre ambos sexos. De acuerdo a lo anterior, los hombres ejercen en mayor proporción las tareas de administrar y proveer el dinero, de imponer las reglas y normas dentro del hogar, así como de tomar las decisiones importantes, etc. en tanto, los roles que competen al ámbito doméstico, de cuidado y de supervisión hacia los hijos, siguen siendo ejecutados en mayor medida por las mujeres, lo que quiere decir, que ellas asumen la responsabilidad de actividades tales como cocinar, lavar, planchar, así como el cuidar de algún miembro de la familia cuando está enfermo, de supervisar a los hijos en cuanto a sus gastos, su desempeño escolar, en dar apoyo emocional, etc.



Respecto a la satisfacción con los roles ejecutados, los hombres son quienes reportan una mayor satisfacción con los roles de ser empleado(a), esposo(a) y proveedor(a).

*Tabla 1.* Diferencias entre la somatización con los indicadores de salud, los roles de género y la satisfacción en los roles de género.

Factores		Medias		$\bar{X}$	t	p
		Hombres	Mujeres			
Somatización		.57	.71	2	1.112	.269
Indicadores de Salud	Depresión	.27	.24	1.5	.481	.632
	Ansiedad	.35	.35	1.5	.014	.989
	Estrés	.48	.65	1.5	1.599	.112
Roles de Género	Instrumental	3.49	3.10	3	2.422	.017
	Doméstico	2.08	3.33	3	8.016	.000
	Cuidado	2.60	3.41	3	5.630	.000
	Supervisión	2.70	3.13	3	2.492	.014
Satisfacción del Rol	Empleado (a)	3.95	3.03	3	2.970	.004
	Domestico	3.95	3.57	3	1.841	.068
	Padre o Madre	4.38	4.33	3	.394	.694
	Amigos	4.10	3.96	3	.880	.381
	Espos(a)	3.97	3.43	3	2.097	.038
	Profesional	4.10	3.74	3	1.439	.153
	Proveedor	3.95	3.18	3	2.764	.007

**b. Relación entre las variables de somatización, ansiedad, estrés, depresión, roles de género y satisfacción con el rol.**

Para evaluar la relación existente entre las variables se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson. De acuerdo con dicho análisis se observó que en el caso de la ejecución de los roles de género, ni para hombres ni para mujeres hay una relación estadísticamente significativa entre los síntomas psicósomáticos y los roles ejecutados.

Es decir, al menos para la población aquí estudiada, el realizar tareas tanto instrumentales como vinculadas al ámbito del hogar y del cuidado de los hijos, no parece tener un vínculo con la manifestación de síntomas somáticos (Tabla, 2).

Sin embargo, en lo que compete a la satisfacción con los roles, los resultados arrojan datos interesantes, ya que dependiendo de si son hombres o mujeres, se observa que la satisfacción con el rol doméstico, con los amigos y en el ámbito profesional decreta la somatización reportada por los hombres, es decir, que la satisfacción en su contribución en las tareas del hogar, las cuales pueden llegar a ser la repartición de labores de limpieza así como el control económico del hogar, el establecimiento de reglas o la solución y reparación de problemas dentro de casa; además de sentir una relación de camaradería con sus relaciones de amistad y la percepción de satisfacción en su desempeño profesional guarda una relación en el decremento a los síntomas de la somatización.

*Tabla 2.* Relación de la somatización con las variables de salud emocional, los roles de género y la satisfacción en los roles.

Factores		Somatización	
		Mujeres	Hombres
Roles de Género	Instrumental	.236	-.260
	Doméstico	-.023	-.021
	Cuidado	.008	-.096
	Supervisión	.088	-.073
Satisfacción en los Roles de Género	Empleado	.167	-.332
	Doméstico	-.193	<b>-.361*</b>
	Padre o Madre	<b>-.352**</b>	-.118
	Amigos	-.161	<b>-.362*</b>
	Esposo(a)	<b>-.365**</b>	-.088
	Profesional	.145	<b>-.356*</b>
	Proveedor	.144	.165
Salud emocional	Depresión	<b>.351**</b>	<b>.491**</b>
	Ansiedad	<b>.597**</b>	<b>.724**</b>
	Estrés	<b>.408**</b>	<b>.525**</b>

\*\* La correlación es significativa al nivel de 0,01

\* La correlación es significativa al nivel de 0,05

En el caso de las mujeres se observa que en la medida en la que perciben satisfacción en su rol de madres o esposas, les produce de alguna manera menores síntomas como dolor de cabeza, abdominales, musculares o debilidad en el cuerpo, etc.,

En lo que compete a la salud emocional; la depresión, la ansiedad y el estrés se encuentran altamente vinculadas con la somatización en ambos géneros. En todos los casos, las tres variables se asocian con la presencia de somatización para hombres y para mujeres, no obstante llama la atención que particularmente la ansiedad es la que presenta una correlación más elevada en ambos casos, sobre todo en los hombres, sugiriendo que constituye un factor importante en la presencia de síntomas tales como dolores musculares, dolores estomacales y de cabeza, dolores en el acto sexual, etc.

Tomando en consideración la forma en la que todas las variables se vinculan, el siguiente paso fue realizar un análisis de regresión, paso a paso, con la finalidad de detectar qué variable se coloca como predictor de la somatización en hombres y en mujeres.

De acuerdo a tal análisis, lo que pudo observarse fue que el mejor modelo de predicción para hombres y mujeres fue significativo [ $F(1, 128) = 34.211; p = .000$ ] explicando el 44% de la varianza total. De acuerdo a éste, en la medida en que tanto hombres como mujeres muestran cierto nivel de ansiedad, es decir, sudoración, aceleración en el ritmo cardíaco, nerviosismo, náuseas, etc; presentará síntomas somáticos como dolores de cabeza, estomacales, flojedad en el cuerpo, calambres, tics, etc., por el contrario si hombres y mujeres sienten satisfacción en el rol de esposo o esposa, su relación es positiva, comprensiva, de apoyo, etc., los síntomas somáticos van a disminuir. Fueron excluidas por no resultar significativas las variables de estrés, depresión, rol expresivo, rol instrumental, rol de cuidado, rol de supervisión, satisfacción en el rol de madre o padre, en el rol profesional, el de empleado, en el rol de ser amigo, en el rol doméstico y satisfacción en el rol de proveedor.

*Tabla 3.* Predictores significativos en la somatización en hombres y mujeres, método por pasos.

<i>Predictores de la somatización</i>	<i><math>\beta</math></i>	<i>t</i>	<i>P</i>
<b>Ansiedad</b>	.644	7.849	.000
<b>Que tan satisfecho se encuentra con su rol como esposo o esposa</b>	-.173	-2.099	.039

Al realizar este mismo análisis de manera separada para hombres y para mujeres, considerando lo que la literatura ha indicado sobre las formas diferentes en las que ambos géneros pueden manifestar el problema, se detectó que en el caso de los hombres, el modelo de predicción significativo [ $F(1,60) = 34.164; p = .000$ ] explica el 52% de la varianza total. De acuerdo con este modelo únicamente la ansiedad predice la presencia de la somatización, es decir que con la simple presencia de la ansiedad en estos hombres se producirán síntomas somáticos. Quedaron excluidas las variables no

significativas: estrés, depresión, rol expresivo, rol instrumental, rol de cuidado, rol de supervisión, satisfacción en el rol de madre o padre, en ser esposo o esposa, en el rol profesional, el de empleado, en el rol de ser amigo, en el rol doméstico y satisfacción en el rol de proveedor (Tabla 4).

*Tabla 4.* Predictores significativos en la somatización en hombres.

Predictor de la somatización en hombres	$\beta$	$t$	$P$
<b>Ansiedad</b>	.724	5.845	.000

Al igual que en los hombres para las mujeres de esta muestra la ansiedad predice la presencia de los síntomas somáticos, aunque con menor fuerza que para los hombres. El modelo de predicción fue significativo [ $F(1,68) = 28.772$ ;  $p = .000$ ] explicando el 35% de la varianza total, quedando excluidas variables no significativas como: satisfacción en el rol de proveedor, rol doméstico, rol de madre o padre, rol de esposo o esposa, rol profesional, rol doméstico, satisfacción en el rol de ser amigo, variables de salud emocional (depresión y estrés) y por último las variables de rol doméstico, rol instrumental, rol de supervisión y el rol de cuidador (Tabla 5).

*Tabla 5.* Predictores significativos en la somatización en mujeres

Predictor de la somatización en mujeres	$\beta$	$t$	$P$
<b>Ansiedad</b>	.597	5.364	.000

## CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN

Poniendo como referencia el modelo del estrés y de los síntomas psicosomáticos propuesto por González y Landero (2006), basado en la teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984) y el modelo procesal del estrés de Sandín (1995), podemos entender, que la presencia de síntomas psicosomáticos es el resultado de un sistema complejo donde la persona realiza una serie de evaluaciones, tanto de los recursos propios como del ambiente y de la situación en general, donde todo comienza con la presencia de estresores, una vez realizadas estas evaluaciones, la persona percibirá cierto estrés, de lo cual manifestará respuestas emocionales y conductuales, las cuales estarán estrechamente afectadas por las variables sociodemográficas de la persona, es decir su sexo, su raza, su estatus económico y educativo, la cantidad de hijos, etc., que van a dar como resultado respuestas fisiológicas las cuales pueden manifestarse como psicosomáticas.

Es por todo este proceso tan complejo que la medición de la somatización requiere de un esfuerzo en controlar todas las variables anteriormente expuestas con el fin de poder hacer una aproximación directa a este fenómeno. Lo anterior se vuelve fundamental en tanto este es un problema que va en aumento en la población en general y que constituye una causa de pérdida en los recursos de los servicios de salud. Por tanto, se requiere que se pueda detectar con mayor facilidad y con una mayor claridad conceptual sin caer en un abuso del mismo como diagnóstico, y poder así elaborar planes de prevención o tratamientos más efectivos. Lo anterior tiene sentido en una investigación como la presente, en donde se hace evidente a través de los resultados el papel que factores de carácter sociocultural pueden tener en la aparición o permanencia de este fenómeno.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la presente investigación es indudable la dificultad de la medición integral de este padecimiento, ya que en términos generales, en la población analizada no presentó en primer lugar, puntuaciones que rebasaran las medias teóricas de las escalas, y seguidamente no se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, aún cuando en la literatura en

general respecto al tema se hace incapié en la prevalencia e incremento de dicho fenómeno dadas las transiciones y dificultades que afrontan hombres y mujeres cotidianamente.

Una posible explicación respecto al por qué los hombres de esta muestra no puntuaron de forma elevada en las variables de salud (al menos considerando la media teórica) es utilizando el modelo tradicional en el cual han sido socializados, donde se promueven valores como la competitividad, la represión emocional, el éxito como única meta, estar a la defensiva, ser fuertes, aguantar el dolor físico y mental, usar el cuerpo como una herramienta, etc. (Courtenay, 2000), esto hace que los hombres muestren poco contacto con las señales de malestar en su cuerpo, a su vez de que no se les conduce hacia una cultura dónde busquen ayuda medica.

Sin embargo, podemos ver que de manera general, al hablar de roles de género y de la satisfacción en los roles, las personas de este estudio siguen ejecutando actividades vinculadas al estereotipo tradicional, en dónde el hogar y las labores que se desprenden de éste corresponden a las mujeres, en tanto lo externo o vinculado al ámbito público se asocia con los hombres (Rocha, 2004). Por supuesto, es importante señalar que al revisar las medias de cada factor que alude a los roles de género, se observó que, los hombres manifestaron tener cierta participación dentro de las tareas del hogar, lo cual coincide con otros estudios realizados anteriormente (Macías, 2004).

Por otro lado, también se hace evidente que hay determinados roles en los cuales se sienten más satisfechos de manera diferenciada hombres y mujeres, haciendo evidente la importancia de la socialización de género en tanto promueve no sólo actividades diferenciales entre las personas según su sexo, sino además delimita lo que construye la satisfacción con estos. En este sentido, es importante señalar que, estas mediciones junto con la relación que tienen con las medidas de salud ofertaron datos mucho más claros cuando se hizo un análisis diferenciado entre hombres y mujeres, lo cual marca el contraste e importancia de la inclusión del género dentro de la investigación, en especial si se habla en términos de salud (Hartigan, 1998). Al igual que la investigación realizada por González y Landero (2008b) al hacer un estudio de sus variables divididas por sexo,

la somatización tomó relevancia en cuanto a satisfacción en roles específicos y los índices de salud emocional.

Por otra parte, considerando lo que ha sido señalado en investigaciones pasadas, sobre el vínculo que existe entre la depresión y la ansiedad con los psíntomas psicósomáticos (Kooiman, Bolk, Brand, Trijtsburg y Rooijmans, 2000; Campo y Fritsch, 1994); y su carácter predictivo en la presencia de los episodios de somatización, el presente trabajo ofreció algunos datos interesantes. Tal como lo señala la literatura, sí existe un vínculo entre dichas variables, el cual parece acentuarse en el caso de los hombres particularmente en lo que compete a la relación entre ansiedad y somatización.

La presencia de algún tipo de relación entre las actividades que realizan hombres y mujeres con la presencia de ciertos padecimientos, es evidente. Esto concuerda cuando Abbey (2002) propone que la somatización hace referencia a un complejo proceso, cognitivo, afectivo y conductual, en donde, en respuesta a situaciones estresantes, se experimenta y comunica diversos síntomas físicos, los cuales se atribuyen a una enfermedad médica. Esto nos sugiere la posibilidad de una relación entre la experiencia de sentir dolor, es decir síntomas somáticos, con algún tipo de angustia psicológica (De Gucht y Fischler, 2002). Por ejemplo, en el caso de las mujeres, Matud y Bethencourt (2000) encontraron que cuando se es ama de casa y se tiene un alto autoestima, satisfacción en su rol, cuentan con apoyo social y sus estrategias de afrontamiento al estrés se orientan a la acción, estas mujeres tendrán una baja presentación de ansiedad, depresión y síntomas somáticos; esto nos hace reflexionar sobre los elementos que deben de conjugarse para que este tipo de población presente una buena salud y nos hace pensar en qué tipo de elementos deben de estar presentes para que personas con otro tipo de características mejoren su salud o puedan mostrar bienestar en este tipo de padecimientos.

En la presente investigación, se logró observar ciertos elementos planteados en las hipótesis que muestran que, tanto hombres como mujeres, de manera general, se rigen por los roles tradicionales, aunque en hombres se puede observar una mayor flexibilidad en cuanto a los papeles que han adoptado, ya que el involucrarse en las



tareas del hogar muestra una relación inversa con los síntomas somáticos, mostrando que las necesidades actuales en el contexto en donde se vive pueden llegar a hacer modificaciones en lo que se cree establecido, aunque es claro que la relación con los amigos, así como el rol profesional, muestran el lado más tradicional del hombre, el cual también contribuye a la disminución de estos síntomas.

Esto hace que retomemos parte de la teoría en donde nos explica que los roles que se encuentran en constante antagonismo, hacen que la resolución de los conflictos cotidianos dependa de las capacidades y modos de afrontamiento personales. Los sujetos con identidades de género flexibles podrán compaginar más fácilmente estas contradicciones pues tienen un repertorio más amplio de mecanismos de defensa psicológicos y utilizan una mayor variedad de estrategias de afrontamiento en situaciones estresantes (Grimmel y Stern, 1992; Koestner y Aube, 1995). Lo cual dado los resultados de los hombres pertenecientes a esta muestra, hace que consideremos la posibilidad de la presencia de flexibilidad respecto a la mezcla de sus actividades tradicionales con las actividades que les demanda el ambiente, es decir la satisfacción dentro de las tareas del hogar.

El mostrar satisfacción en cuando su desempeño profesional y en su participación en el hogar conjuga la parte del rol tradicional en donde el ser competitivo, autosuficiente, lograr metas, ser exitoso, (Courtenay, 2000), les proporciona cierto nivel de bienestar y a su vez mostrar cierta flexibilidad (Grimmel y Stern, 1992; Koestner y Aube, 1995). Dentro de la satisfacción de los roles para los hombres también es relevante el ser amigo, es claro que representa una parte fundamental de su desarrollo, donde se maneja la camaradería como su apoyo social (Macías, 2004).

Lo anterior rescata la importancia que tiene la supuesta relación entre las variables psicológicas y el malestar, ya que al estar hablando de satisfacción, dejamos a un lado elementos conductuales y nos colocamos en una posición subjetiva, la cual si es positiva, puede ayudar a mejorar la salud de la persona. Para ello, al discutir de la importancia de la satisfacción sería importante mencionar, que en otros estudios, la necesidad de relacionarla en cierta medida con la calidad en los roles, lo cual se cree que

son mejores predictores respecto a la salud, más allá de la cantidad de los roles que se realicen (Barnett, Baruch, 1985; Christensen, Stephens y Twownsend, 1998; Hibbard y Pope, 1993; Noor, 1995). Cuando una persona desarrolla un rol con baja calidad implican restricciones de tiempo, bajo control y guiones irregulares lo que provoca un deterioro en la salud lo que por el contrario producen roles de alta calidad (Lewis y Cooper, 1983).

Unger y Crawford (1996) mencionan que a medida que el sexo siga siendo un factor organizador central de las relaciones sociales, no es posible saber hasta qué punto el comportamiento diferencial pueda ser debido a causas internas, sean atribuidas a la biología, a la socialización temprana o a la personalidad diferencial de los sexos.

Macías (2004) menciona que la mujer sigue teniendo como prioridad su papel en la casa, incluso si algún miembro se encuentra enfermo ella puede dejar de asistir al trabajo para cubrir esta demanda, además está visto que tanto hombres como mujeres siguen teniendo la visión tradicional de que el hombre es la cabeza de la familia y que el únicamente se desarrolla cómo apoyo en el hogar, es decir, paga cuentas, hace composturas, lleva al doctor, etc., Por lo que todavía existen ciertos límites a pesar del involucramiento del hombre dentro del hogar. Esto también es apoyado por la diferencia en la participación reportada por los hombres de la muestra en los roles domésticos, es decir, lavar , planchar, cocinar, el cuidado de los hijos, que implica estar presente cuando se encuentran enfermos y de la supervisión de los hijos, que se evaluó como el estar pendiente de la imposición de normas y reglas o bien de en que ambiente se desenvuelven y quienes los rodean.

Parte de nuestros resultados confirman el modelo de Gonzalez y Landero (2006) en donde se evalúan a hombres y mujeres juntos y por separado, podemos observar que la ansiedad, considerada como una de las respuestas emocionales que se pueden dar ante la presencia de estresores y la valoración de los recursos propios y del ambiente, pueden llegar a predecir los síntomas de la somatización, lo cual también está apoyado por otras investigaciones (Kooiman, Bolk, Brand, Trijtsburg y Rooijmans, 2000; Campo y Fritsch, 1994).

Un dato interesante es que al analizar la información de hombres y mujeres por igual cuando se encuentran satisfechos en su rol de esposo o esposa guarda cierta relación con la disminución de la somatización, lo cual nos hace pensar en que para las mujeres una característica promotora de salud es el apoyo social y para los hombres un elemento que puede mermar su salud son sus relaciones personales, sobre todo si son divorciados o se separaron (Denton y Walters, 1999). Por lo cual confirma además la relevancia de la relación que existe entre los elementos psicológicos y la salud física, lo cual debe de estar considerado cuando se hacen análisis sobre estos temas (Barnett y Baruch, 1985).

## SUGERENCIAS

Parece indispensable trabajar arduamente no sólo en la conceptualización sino en la operacionalización de la variable de somatización, en tanto, no sólo su manifestación, sino la forma en la que esta pueda ser vivida por las personas según los dictados de género, puede reflejarse en la exacerbación o bien la disimulación de los síntomas o el malestar, es decir, es necesario considerar en el estudio de una variable de esta naturaleza, la presencia de factores socioestructurales como es el rol de género, ya que pueden incidir en los resultados, en las cifras y en las interpretaciones de los mismos.

Los resultados de este estudio y en general de la literatura revisada dejan planteada una inquietud, de qué otro modo puede estudiarse la somatización,. Una de las creencias surgidas al observar el modo en el que contestaron las personas fue la sorprendente ausencia de algún malestar, por lo que para futuras investigaciones se sugiere la presentación directa con la muestra y una medida más cualitativa, es decir una entrevista dirigida que permita al investigador preguntar más acerca de los estresores que rodean actualmente a la persona, de qué manera afronta estos problemas y qué si a su vez esto le produce algún tipo de malestar. Es decir buscar, desde el modelo (González y Landero, 2006) que se utilizó, algún tipo de medida para estudiar la somatización de una forma más integral al momento de formular las preguntas para así llegar al punto donde se analice si se somatiza o no.

Como anteriormente se mencionó, hay que recordar que para diagnosticar que una persona presenta síntomas psicósomáticos deben descartarse por medio de análisis médicos la posibilidad de cualquier otra enfermedad que pudiera presentar síntomas similares (Vásquez-Caicedo, 2002), lo que sugiere la utópica tarea de tener un historial médico, para ello se tendría que acudir a instituciones médicas e indagar con los pacientes, el problema con esto es que se estaría acudiendo a poblaciones más específicas donde automáticamente se excluye a la persona promedio y por lo cual de cierto modo no logras medir a las personas que acuden irregularmente al médico por este tipo de trastorno (Kirmayer, 1985)

Además se analizó la calidad de los roles para hacer presente la posibilidad teórica en donde el factor relevante en la persona es sentirse satisfecho en cuanto a lo que está realizando, esto es el factor evaluativo de los roles, el cual de acuerdo con otras investigaciones se encuentra estrechamente ligado al estado psicológico de las personas (Barnett y Baruch, 1985; Christensen, Stephens y Twownsend, 1998; Hibbard y Pope, 1993; Noor, 1995), ya que se pudo observar cuando una persona está satisfecha con su rol junto con otros elementos puede llegar a ayudar a la baja presencia de trastornos psicológicos como estos (Matud y Bethencourt, 2000).

Parece ser importante investigar sobre la identidad de género, es decir agregar dentro de futuras investigaciones la posibilidad de observar si las características de personalidad de las personas estudiadas son femeninas, masculinas, andróginas o indiferenciadas, según el proceso de socialización de género, lo cual puede no necesariamente estar relacionado con las actividades que realiza sino más bien con la flexibilidad de recursos psicológicos con los que cuenta la persona, lo que incluye las estrategias de afrontamiento con las que cuenta, ya que esto ayudará a buscar las relaciones, si es que existen, entre cómo las personas usan estas estrategias para enfrentar las situaciones de cambio en las cuales, pueden llegarse a producir estos malestares.

## REFERENCIAS

- Abbey, S. (2002). Somatization and somatoform disorders. En Wise M., Rundell, J., (Eds.), *Textbook of consultation-liaison psychiatry: psychiatry in the medically ill* (pp.271-392). Washington D. C: American Psychiatric Publishing.
- Albertini, R. y Phillips, K. (1999). 33 cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. *The journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 38, 4, 453- 459.
- Alexander y Selensnick (1970). *Historia de la psiquiatria: Una evaluación del pensamiento psiquiátrico desde los tiempos prehistóricos hasta nuestros días*. Barcelona: Espaxs.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Edition. Washington, D.C: American Psychiatric Association,
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, DSM IV-TR*, 4th edition (Text revision). Washington D.C: American Psychiatric Association.
- Archer, J. (1996). Sex differences in social behavior: are the social role and evolutionary explanations compatible? *American Psychologist*, 51, 909-917.
- Barrán, J. (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo III La invención del cuerpo*. Ed. Montevideo: Banda Oriental.
- Bass, C. y Benjamin, S. (1993) The Management of Chronic Somatisation. *Journal of Psychiatry*, 123, 472-480pp.
- Bathia M y Sapre S. (2005). Pseudoseizures in children: A profile of 50 cases. *Clinical Pediatrics*, 44, 7, 617-621.
- Barnett, R. y Baruch, G. (1985). Womens involvement in multiples roles and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 135-145.
- Barnett, R., Biener, L. y Baruch, G. (1987). Multiples roles gender and psychological distress. En R. C. Barnett, L. Biener y G. Baruch (Eds.) *Gender and stress*. New York: Free Press.
- Barsky A. (1992). Amplification, somatization and the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33, 1, 28-34.

- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bem, S. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychology Review*, 88, 354-364.
- Bem, S. (1993). *The lenses of gender: Transforming the debate on sexual inequality*. New Haven
- Berry D, Baer R, y Harris M. (1991). Detection of malingering on the MMPI: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 2, 5, 585-598.
- Bohan, J. S. (1991). Regarding gender: Essentialism, constructionism, and feminist psychology. *Psychology of woman Quarterly*, 17, 5-21.
- Bonino, L. (2002) *Masculinidad, salud y sistema sanitario, el caso de la violencia masculina*.
- Bradley, S (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. Guilford Press, New York.
- Bridges K. y Goldberg, D. (1985). Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *Journal Psychosomatic*, 29, 563-569.
- Bridges, K. y Golberg, D. (1991). Determinants of somatization in primary care. *Psychological Medicine*. Cambridge University Press, 21, 2.
- Bridges, J. S. (1989). Sex differences un occupational values. *Sex Roles*, 20, 105-220.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Paidós.
- Brown, G. y Harris, T. (1978) *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. New York: The Free Press.
- Brown R, Schrag A, y Trimble M. (2005). Dissociation childhood, interpersonal trauma and family functioning in patients with somatoform disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 5, 899-905.
- Campo, J. y Fritsch, S. (1994). Summarization in children and adolescents, *Journal of the american Academy of Child and Adolescents Psychiatry*. 33, 1223-1235.
- Castle D, y Rossell S L. (2006). An update of body dysmorphic disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 1, 74-78.
- Castro, V. (1992). Grupos de mujeres: Una estrategia distinta de abordaje de la consulta recurrente en los consultorios de atención primaria. Artículo presentado

- en *Chilean Conference: Challenges in Mental Health and Psychiatric Care*.
- Christensen, K., Stephens, M. y Townsend, A. (1998). Mastery in women's multiple roles and well-being: Adult daughters providing care to impaired parents. *Health Psychology*, 17, 163-171.
- Claridge, G. (1983). Relaciones psicósomáticas en la enfermedad física. En H. J. Eysenck (Ed): *Manual de psicología anormal*. Manual Moderno: México.
- Cloninger, C. R., Sigvardsson, S., von Knorring, A., et al.. An adoption study of somatoform disorders: II. Identification of two discrete somatoform disorders. *Archive of General Psychiatry*, 41, 863-871.
- Coleman, J., Butcher, J. y Carson, R. (1988). *Psicología de la anormalidad y la vida moderna*. México: Trillas.
- Comas, D. (1995) *Trabajo, género y cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres*. Barcelona: Icaria.
- Courtenay, W. (2000) Constructions of masculinity and their influence on men's wellbeing: a theory of gender and health, *Social Science & Medicine*, 50, 1385-1401.
- Craske M. y Tsao J. (1999). Self-Monitoring with panic and anxiety disorders. *Psychological Assessment*, 2, 4, 466-479
- Crawford, M. (1995). *Talking difference. On gender and Language*. London: Sage.
- Cronkite, R. y Moss, R. (1984). The role of predisposing and moderating factors in the stress-illness relationship. *Journal of Health Social Behavior*, 25, 4, 372-393.
- Curry, C., Trew, K., Turner I. y Hunter, J. (1994). The effect of life domains on girl's possible selves. *Adolescence*, 29, 133-150.
- Davidson, R., Lewis, D., Alloy, L., Amaral, D., Bush, G., Cohen, J., Drevets, W., Farah, M., Kagan, J., McClelland, J., Nolen-Hoeksema, S. y Peterson, B. (2002). Neural and behavioral substrates of mood and mood regulation. *Biological Psychiatry*, 52, 478-502.
- Deaux, K. y Kite, M. (1993). Gender stereotypes. En F. L. Denmark y M. Paludi (eds.) *Psychology of women: Handbook of issues and theories*. Westport: Greenwood Press.
- De Gucht, V. & Fischler, B. (2002) Somatization: A critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics*. 43, 1-9.



- De los Ríos, R. (1993). Mujer, salud y desarrollo: elementos conceptuales. Género, mujer y salud en las Américas. *Publicación Científica* N° 541 OPS.
- Denton, M. y Walters, V. (1999). Gender differences in structural and behavioural determinants of Etta an análisis of the social production of health. *Social Science and Medicine*, 1221-1235.
- Dersh J, Polatin P B, y Gatchel R J. (2002). Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine*. 64, 5, 773-786.
- De Souza C, y Othmer E. (1984) Somatization disorder and Briquet 's Syn-drome. *Archives of General Psychiatry*, 41, 4, 334-336.
- Di Silvestre, C. (1998). Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad. *Revista Epistemología de Ciencias Sociales*. Cinta de Moebio, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, N° 4,
- Eagly, A. H. (1987). *Sex differences in social behavior: A social role interpretation*. Hillsdale, NJ: LEA.
- Eagly, B., Mikes, E. Y Icenogle, M. (1997). Interrole conflicts and the permeability of work and family domains: are there gender differences? *Journal of Vocational Behavior*, 50, 2, 168-184.
- Escobar, J. (1987). Cross-cultural aspects of the somatization trait. *Hospital Community Psychiatry*, 38, 174-180.
- Escobar J I, Gara M, Silver R C, Waitzkin H, Holman A, y Compton W. (1998) Somatization disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 173, 3, 262-266.
- Etaugh, C. y Liss, M. B. (1992). Home, school and playroom: Training grounds for adult gender roles. *Sex Roles*, 26, 129-147.
- Fabrega, H. (1990). The concepto f somatization as a cultural and historical Product of western medicine. *Psychosomatics Medicine*, 52, 653-672.
- Farré, F. y Fullana, M. (2005). *Recomendaciones terapéuticas en terapia cognitivo-conductual*. Barcelona: Medica.
- Fava G A, y Grandi S. (2000). Differential diagnosis of hypochondrial fears and beliefs. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 191, 55, 2-4, 114-119.
- Fernández, R. y Fernández, C. (1998). Actitudes hipocondríacas, síntomas

- somáticos y afecto negativo. *Psicothema*, 10, 2, 259-270.
- Ford, C. (1983). *The somatization disorders. Illness as a way of life*. New York: Elsevier Biomedical.
- Ford E. (2006). Lie detection: historical, neuropsychiatric and legal dimensions. *The International Journal of Law and Psychiatry*. 29, 2, 159-177.
- Ford, V. y Feldman, D. (2002) Factitious disorder and malingering. En: Wise M.G, Rundell J., (Eds.), *Textbook of consultation-liaison psychiatry: psychiatry in the medically ill* (pp.519-534). Washington D.C: American Psychiatric Publishing, Inc. Second Edition. Washington D.C.
- Ford, V. (1986). The somatizing disorders. Psychosomatics. *Psychosomatics*. 27 (5), 327-337.
- Freud, S. (1916-1917). Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. G. W. XI. S. Ficher Verlag: Frankfurt am Main. En obras completas T. XVI (ed.), Amorrortu. Bs. As.
- Frieze, I., Sales, E. Y Smith, C. (1991). Considering the social context in gender research. *Psychology of Women Quarterly*, 15, 371-392.
- Gabbard, O. (2004) *Long term psychodynamic psychotherapy*, Arlington: American Psychiatric Publishing Inc. First Edition.
- García, J. (1999) *Usted no tiene nada. La somatización*. Barcelona: Océano.
- Gillespie, N., Kirk, K., Heath, A., Martin, N. y Hickie, I. (1999). Somatic distress as distinct psychological dimension. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 451-458.
- Golding, J. M., Smith, G. R. y Kashner, M. (1991). Does somatization disorder occur in men?: Clinical characteristics of women and men with multiple unexplained physical symptoms. *Archives of general Psychiatry*, 48, 231-235.
- González de Chávez, A. (2001). El ideal maternal y el sufrimiento psicossomático en las mujeres. EN AAVV, *II Jornadas de Salud Mental y Género*. Madrid: Instituto de la Mujer. Serie Debate, 32, 31-44.
- González, M. y Landero R. (2006) Síntomas psicossomáticos y estrés en estudiantes de Psicología. *Revista Psicología Social*, 21, 2, 141-152.
- González, M y Landero, R. (2006a). Síntomas psicossomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 12, 1, 45-61.

- González, M. y Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista Panamericana en Salud Pública*, 23, 1, 7-18.
- González, M. y Landero, R. (2008a). Síntomas psicósomáticos y estrés: comparación de un modelo estructural entre hombres y mujeres. *Ciencia UANL*, 11, 4, 403-410.
- Grabe H J, Meyer C, Hapke U, Rumpf H J, Freyberge H J, y Dilling. (2003). Specific somatoform disorder in general population. *Psychosomatics*, 44, 4, 304-311
- Grella C, Kaino M P, Warda U S, Niv N, y Moore A. (2009) Gender and comorbidity among individuals with opioid use disorder in the NESARC study. *Addictive Behaviors*, 34, 6-7, 498-504.
- Grimmel, D. y Stern, G. (1992). The relationship between gender role ideals and psychological well-being. *Sex Roles*, 27, 9-10.
- Gross, J (1998). Antecedent- and response- focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expresión, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237.
- Gross, J. y Muñoz, R. (1995). Emotional regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 151-164.
- Gureje, O., Simon, G. E., Ustun, T. B., y Goldberg, D. P. (1997). Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 154, 7, 989-995.
- Gurrola, G., Balcázar, P., Bonilla, M. y Virseida, J. (2006). Estructura factorial y consistencia interna de la escala de Depresión, Ansiedad y Éstres (DASS-21) en una muestra no clínica. *Psicología y Ciencia Social*, 8, 2, 3-7.
- Hartigan, P. (1998). *The importance of gender in Refining and improving quality of care: some conceptual issues*. Suiza: Health Policy and Planning.
- Hegelson, V. S. (2002). Two important distinctions in social support: Kind of support and perceived versus received. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 657-674.
- Henley, N. M. (1977). *Body politics: Power, sex and nonverbal Communications*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Hennigsen P, y Lôwe B. (2006). Depression, pain and somatoform disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 1, 19-26.
- Hibbard, J. y Pope, C. (1993) The quality of social roles as predictors of morbidity and mortality. *Social Science and Medicine*, 36, 217-225.
- Holloway, K. y Zerbe, K. (2000). Simplified approach to somatization disorder: when less may prove to be more. *Postgraduate Medicine*, 108, 6, 89-95pp.
- Hudziak J J, Boffeli T J, Kreisman J J, Battaglia M M, Stanger C, y Guze S B. (1996). Clinical study of the relation of borderline personality disorder to Briquet`s syndrome (hysteria), somatization disorder, antisocial personality disorder, and substance abuse disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 12, 1598-1606.
- Huffman J C, y Stern T. (2003). The diagnosis and treatment of Munchausen syndrome. *General Hospital Psychiatry*, 25, 5, 358-363.
- Izraelí, D. (1993). Work-Family conflict among women and men managers in dual-career couples in Israel. *Journal of Social Behavior and Personality*, 8, 3, 371-388.
- Jacklin, C. N. y Reynolds, C. (1993). Gender across the life-span and across cultures. En A. E. Beall y R. J. Stenberg (eds.) *The psychology of gender*. Nueva York: Guilford Press.
- Kaplan H, y Sadock B. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Lippincott Williams and Wilkins. Seventh edition. Baltimore.
- Katon W., Ries, R. K. y Kleinman, A. (1984). Part II: a prospective DSM-III study of 100 consecutive somatization patients. *Comprehensive Psychiatry*, 25, 305-314.
- Kellner, R. (1990) Somatization, Theories and Research. *Journal Nervous Mental Disorder*, 178, 150-160.
- Kessel, W. (1960). Psychiatric morbidity in London general practice. *British Journal Preventive Social Medicine*, 14, 16-22.
- Kimmel, M. (ed) (1999-2001). *Men and masculinities*, Vol. I,II,III. Londres: Sage.
- Kirmayer, L. (1985) *Somatization and the Social Construction of Illness Experience. Illness Behaviour. A Multidisciplinary Model*. New York: Plenum Press.
- Kirmayer L. y Robbins J. M. (1991) Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *Journal*

- Nervous Mental Disorder*. 179, 647-655.
- Kirmayer, L. y Young, A. (1998) Culture and somatization: Clinical, epidemiological and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine*. 60, 420-430pp.
- Kirmayer, L., Groleau, D., Looper, K. y Dominicé, M. (2004). Explaining medically unexplained symptoms. *Canadian Journal of Psychiatry*. 49, 10, 663-671.
- Kleinman, A. (1977). Depression, somatization and the 'new cross-cultural psychiatry'. *Social Science Medicine*. 2, 3-10.
- Kleinman, A. (1982) Neurasthenia and depresión: a study of somatization and culture in china. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 6, 117-190.
- Kleinman, A. (1986). Social Origins of distress and disease. Yale University Press. USA.
- Kleinman, A., Eisenberg, L. y Good, B. (1978). Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88, 2, 251-258.
- Koestner, A. y Aube, J. (1995). *The goth in the machine*. London: Hutchinson and Company.
- Kooiman, C., Bolk, J, Brand, R., Trijtsburg, R. y Rooijmans, H. (2000) Is alexithymia a risk factor for unexplained physical symptoms in general medical outpatients? *Psychosomatic Medicine*, 62, 768-778.
- Kopp, C. y Neufeld, S. (2003). Emotional development Turing infancy, en Davidson, R., Scherer, K. y Goldsmith, H. (Eds.) *Handbook of affective sciences*. Oxford Press.
- Koss, M., Goodman, L., Browne, A., Fitzgerald, L., Keita, G. y Russo, N. (1994). *No safe haven: Male violence against womwn at home, at work, and in the community*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kriechman, A. M., (1987). Siblings with somatoform disorders in childhood and adolescence, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26:226-231.
- Kroenke K, Jackson J L, y Chamberlein J. (1997). Depressive and anxiety disorders in patients presenting with psysical complaints: clinical predictors and outcome. *American Journal of Medicine*, 103, 5, 339-347.

- Landrine, H., Klonoff, E., Gibbs, J., Manning, V. y Lund, M. (1995). Physical and psychiatric correlatos of gender discriminatio: An appliction of Schedule of sexista events. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 473-492.
- Lara, C., Espinos, I., Cárdenas, M., Fócil, M. y Cavazos, J. (2005). Confiabilidad y Validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental*, 28, 3, 42-50pp.
- Last, C. (1991). Somatic camplains in anxiety disorder children. *Journal Anxiety Disord*, 5, 125-138.
- Lazarus, R. (1993) Coping theory and research: Past, presern and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, coping and adaptation*. New York: Springer, 1984.
- Ledoux, S., Choquet, M. y Flament, M. (1991). Eating disorders hmong adolescents un an unselected French population. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 81-89.
- Lewis, S. y Cooper, C. (1983) The stress of combining occupational and parental roles: A review of the literature. *Bulletin of The Brithish Psychological Society*, 36, 341-345.
- Lieb R, Meinschmidt G, y Araya R. (2007) Epidemiology of the association between somatoform disorder and anxiety and depressive disorders: an update. *Psychosomatic Medicine*. 69, 9, 860-863.
- Lieb, R., Zimmermann, P., Friss, R., Hofler, M., Tholen, S. y Wittchen, H. (2002) The natural course of DMS-IV somatoform disorders and síndromes hmong adolescents and young adults: a prospective-longitudinal community study. *European Psychiatry*. 17, 6, 321-331pp.
- Lipsane, T., Saarijävi, S. y Lauerma, H. (2004). Exploring the relations between depression, somatization, dissociation and alexithymia-overlapping or independent constructs? *Psychopathology*, 37, 4.
- Lipowski, Z. (1987) Somatization: medicine's unsolved problem. *Psychosomatics*, 28, 294-297.
- Lipowski, Z. (1988). Somatization : the concept and its clinical approach to the somatizing patient. *Journal of Family Practice*, 21, 294-301.

- Liskow, B. (1988). Briquet's syndrome, somatization disorder and co-occurring psychiatric disorders, *Psychiatry An*, 18, 350-352.
- Lloyd, G (1989). Somatization: A psychiatric perspective. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 665-669.
- Macias M. A. (2004). *Roles parentales y el trabajo fuera del hogar*. Psicología desde el Caribe. Universidad del norte, Colombia: Barranquilla.
- Mai F. (2004). Somatization disorder: a practical review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 492, 10, 652-62
- Martínez, I., y Bonilla, A. (2000). *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad*. Valencia: Universitat de Valencia.
- Martínez, I. (2003). Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres. *Anuario de Psicología*, Universitat de Barcelona, 34, 3, 253-266.
- Martz, D., Handley, K., y Eisler, R. (1995). The relationship between feminine gender role stress, body image, and eating disorders. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 493-508.
- Matthews, S., Hertzman, C., Ostry, A. y Power, C. (1998) Gender, work roles and psychosocial work characteristics as determinants of health. *Social Science and Medicine*, 46, 1417-1424.
- Matud, M., y Bethencourt, J. (2000) Ansiedad, Depresión y síntomas psicósomáticos en una muestra de amas de casa. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32 (1) 91-106.
- Matsumoto, D. (1996). *Culture and psychology*. Pacific Grove: Books/Cole.
- McDermott B, y Feldman M. (2007). Malingering in the medical setting. *Psychiatric Clinics of North America*, 30, 4, 645-662.
- McGrath, E., Keita, G., Strickland, B. y Russo, N. (1990). *Women and depression: Risk factors and treatment issues*. Washington D. C: American Psychological Association.
- Mechanic, D. (1962) The concept of illness behavior. *Journal of Chronic Disorder*, 15, 189-194.
- Mechanic, D. (1972). Social psychologic factors affecting the presentation of bodily complaints. *New England Journal of Medicine*, 286, 1132-1140.
- Mechanic, D.(1978). *Medical sociology*. Second Edition, the free press. New York.

- A division of Macmillan Publishing Co., Inc.
- Mechanic, D. (1995) Sociological dimensions of illness behavior. *Social Science and Medicine*, 41, 1207-1216.
- Medina-Mora, M., Borges, G. , Lara, C., Benjet, C. y Blanco, J. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios, resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 4, 1-16.
- Miller, I., Norman, W. y Dow, M. (1988) Depression. En E. A. Bleachman y K. D. Brownell (EDS.) *Handbook of behavioral medicine for women*. New York: Pergamon Press.
- Mingote, J. (2001). La medicina psicosomática desde una perspectiva de género. En AAVV, *Salud mental y género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer. Serie Debate, 32, 31-44.
- Minuchin, S., Rosman, B. y Baker, L. (1978). Psychosomatic families: anorexia nervosa in context. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press
- Mullins, L. y Olson, R. (1990). Familial factors in the etiology, maintenance, and treatment of somatoform disorders in children, *Family Systems Medicine*. 8, 159-174.
- Muñoz, F. (2003) *El estrés académico. Problemas y soluciones desde una perspectiva psicosocial*. Huelva, España: Universidad de Huelva.
- Natvig, G., Albrektsen, G., Aderssen, N. y Qvamstrom, U. (1999). School-related stress and psychosomatic symptoms among school adolescents. *Journal of School Health*, 69 (9), 362-368.
- Nelson, T., Biernat, M. y Manis, M. (1990). Stereotypes and Standards of Judgment. Attitudes and Social Cognition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 4, 485-499.
- Noor, N. (1995) Work and family roles in relation to women's wellbeing: A longitudinal study. *British Journal of Social Psychology*, 34, 87-106.
- Olde T, Borghuis M S, Lucassen P L, Van der Laer F A, Speckens A E, y Van Welch. (2009). Medically unexplained symptoms, somatization disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. *The Journal of Psychiatric Research*. 66, 5, 763-777.
- Orejudo, S. y Froján, M. (2005) Síntomas somáticos: Predicción diferencial a través



- de variables psicológicas, sociodemográficas, estilos de vida y enfermedades. *Anual Psychology*. 21 (2), 276-285 pp.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. En línea: <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>
- Opjordsmoen S. (2007). Hypochondrial psychosis: a long term follow-up. *Acta Psychiatria Scand*, 77, 5, 587-597.
- Osborne, R., Hatcher, J. y Richtsmeier, A. (1989). The role of social modeling in unexplained pediatric pain. *Journal Pediatric Psychology*, 14, 43, 61.
- Osterweis, M., Kleinman, A. y Mechanic, D. (1987). *Illness and behavior and the experience of pain*. Washington, D. C: Pain disability. National Academy Press,
- Owens C, y Dein S. (2006). Conversion disorder: the modern hysteria. *Advances in Psychiatric Treatment*. 12(2):152-157.
- Parsons, T. (1954). The role of ideas in Social Action. En Parsons T. (Ed.), *Essays on Sociological Theory*. The Free Press.
- Pehlivanurk, B. y Unal, F. (2002). Conversion disorder in children and adolescents: A four-year follow-up study. *The Journal of Psychosomatic Research*, 52, 4, 187-191.
- Perley, M. y Guze, S. (1962). Hysteria: The stability and usefulness of clinical criteria. *New England Journal of Medicine*. 260, 421-426.
- Pervin, L. (1998). *La ciencia de la personalidad*. Madrid: Mac Graw Hill
- Phillips, K., Gundersen, G., Mallya, G., Mc Elroy, L., y Carter, W. (1998). Comparison study of body dysmorphic disorder and obsessive compulsive disorder. *Journal Clinic of Psychiatry*, 59, 11, 568- 575.
- Phillips K, Menard W, Fay C, y Weisberg R. (2005). Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*. 46, 4, 317- 325.
- Pietromonaco, Manis, y Frohardt-Lane, P. (1986). Psychological consequences of multiple social roles. *Psychology of Women Quarterly*, 16, 3, 311-382.
- Purtuell J. Robiens, E., y Cohen, E. (1951). Observations on clinical aspects of hysteria. *Journal of the American Medical Association*, 146, 902-909.
- Rankin, E. (1993). Stresses and rewards experienced by employed Mothers. *Health*

- care for Women International*, 14, 6, 527-537.
- Reeves R, y Torres R. (2003). Exacerbation of psychosis by misinterpretation of physical symptoms. *Southern Medical Journal*. 96, 7, 702-704.
- Robins, N. y Reiger, D. (1991). *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area study*. New York: Free Press.
- Rocha, S. (2004). *Socialización, cultura e identidad de género: el impacto de la diferenciación entre los sexos*. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología, UNAM:México.
- Roelofs, K., Spinhoven, P., Sandijck, P., Moene, C., y Hoogduin, A. (2005). The impact of early trauma and recent life events on symptom severity in patients with conversion disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 8, 508-514.
- Routh, D., Ernst, A. y Harper, D. (1988). Recurrent abdominal pain in children and somatization disorder. Routh D. Ed. *Handbook of pediatric psychology*. New York: Guilford Press 492-504.
- Russo, F. y Green, L. (1993). Women and mental health. En F. L. Denmark & M. A. Paludi (Eds.) *Psychology of women: Handbook of issues and theories*. Westport: Greenwood Press.
- Sabo, D. y Gordon, F. (ed.) (1995). *Men's health and illness: gender, power and the body*. Londres: Sage.
- Sandín, B. (1995). Estrés. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (eds.) *Manual de Psicopatología*, II, Mc Graw-Hill:Madrid, 3-52.
- Sandín B., Chorot, P., Santed, M. y Jiménez, M. (1995). Trastornos psicósomáticos. En: Belloch, A., Sandín, B. Y Ramos, F. Eds. *Manual de psicopatología*, Vol. 2. Madrid: Mc Graw-Hill, 402-469.
- Santed, M, Sandín, B., Chorot, P, Olmedo, M. y García- Campayo, J. (2003) The role of negative and positive affectivity on perceived stress-subjective health relationships. *Acta Neuropsychiatrica*. 25, 199-216.
- Sarbin, T. R. (1968) *Role: Psychological aspects*. En D. Skills (ed.) *International Encyclopedia of the Social Science*. New York: Macmillan.
- Schwarz, N. y Clore, G. (2003). Mood as information: 20 years later. *Psychological Inquiry*, 14, 294-301.
- Servan-Schreiber D, Kolb R, y Tabas G. (2006). Somatizing patients: part I.

- Practical diagnosis. *American Family Physician*, 61, 4, 1073-1078.
- Silva, J. y Gempp, R. (2002) Diferenciación emocional y psicopatología: La hipótesis de la acentuación somática. *Revista electrónica de motivación y emoción* 6: 16.
- Silverstein, B. (1999). Gender differences in the prevalence of clinical depression: The role placed by depression associated with somatic symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 156, 480-482.
- Silverstein, B., Caceres, J., Perdue, L., y Cimarolli, V. (1995). Gender differences in depressive symptomatology: The role placed by "anxious somatic depression" associated with gender-related achievement concerns. *Sex Roles*, 33, 621-636.
- Silverstein, B., Clauson, J., Perdue, L., Carpman, S. y Cimarolli, V. (1998). The association between female college students reports of depression and their perceptions of parental attitudes regarding gender. *Journal of Applied Social Psychology*, 28, 537-549.
- Silverstein, B. y Lynch, A. (1998). Gender differences in depression: the role placed by paternal attitudes of male superiority and maternal modeling of gender-related limitations. *Sex roles*, 38, 539-555.
- Silverstein, B. y Perlick, D. (1995). *The cost of competence*. New York: Oxford University Press.
- Silverstein, B., Perlick, D., Clauson, J., y McKoy, E. (1993). Depression combined with somatic symptomatology among adolescent females who report concerns regarding maternal achievement. *Sex Roles*. 28. 637-653.
- Simon E, Von Korff M, Piccinelli M, Fullerton C, y Ormel J. (1999). An international study of the relationship between somatic symptoms and depression. *New England Journal of Medicine*. 34, 18, 1329-1335.
- Smith R. (1992). The epidemiology and treatment of depression when it coexists with somatoform disorder. *Hospital Psychiatry*, 14, 4, 265-272.
- Smith, C. (1985) Problems in family practice: a clinical approach to the somatizing patient. *J. Fam Pract*, 21, 294-301.
- Smith, C., Gardiner C, Lyles S, Sirbu C, Dwamena C, Hodges A. (2005). Exploration of DSM-IV criteria in primary care patients with medical unexplained symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 67, 1, 123-129.

- Sorensen, G. y Vebrugge, L. (1987). Women, work and health. *Americane Review of Public Health*, 8, 235-251.
- Stekel, W. (1943) *The Interpretention of Dreams*. Liveright: New York.
- Stephenes, M. y Townsend, A. (1997). Stress of parent care: positive and negative effects of womens other roles. *Psychology and aging*, 12, 376-386.
- Swartz, M., Blazer, D., Woodbury, M., George, L. y Landerman, R. (1986). Somatization disorder in US Southern community: Use of new procedure for análisis of medical classification. *Psychological Medicine*, 16, 595-609.
- Swart, M., Landerman, R. & Blazer, D. (1989) Somatization symptoms in the community: a rural/urban comparison. *Psychosomatics*, 30, 44-53.
- Tapia, A. (2005). Panorama del trabajo de investigación en epidemiología psiquiátrica en México: últimos 30 años. *Salud Mental*, 28, 3, 69-78.
- Thompson, R. (1994). Emotion regulation: Atheme in search of definition. *Monographs of the society for Research in Child Development*, 59, 2-3, 240.
- Tobal, M. (1990). La ansiedad. En Mayor J. y Pinillos, J. (Eds.) *Tratado de Psicología general*, Vol. 8 Motivación y Emoción. Madrid: Alhambra.
- Turner, J. y Gervai, J. (1995). A multidimensional study of gender typing in preschool children and their parents: personality, attitudes, preferentes, bahavior, and culutarl differences. *Developmental Psychology*, 31, 759-772.
- Turner T, y Reid S. (2002). Munchausen syndrome. *Lancet*. 359, 9303, 346- 349.
- Unger, R. y Crawford, M. (1996). Women and gender : Afeminist Psychology. New York: Mc Graw-Hill.
- Vásques-Caicedo, G. (2002) *Trastornos somatomorfos*. En línea:  
<http://www.psinet-Iberica.com/ear/artículo.html>
- Vásquez F., y Corlay I. (2002) *Trastornos somatoformes y facticios*. México D.F: Intersistemas, S.A. de C.V.
- Walters D, Rogers R, Berry T, Miller A, Duncan A, McCusker J, Payne W, Granacher P. (2008). Malingering as a categorical or dimensional construct: the latent structure of feigned psychopathology as measured by the SIRS and MMPI-2. *The Journal of Psychological Assessment*, 20, 3, 238-247.
- Wasserman, A., Whittington, P. y Rivara, F. (1988). Psychogenic basis for

- abdominal pain in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 179-184.
- Westman, M y Etzion, D. (1995). Crossover of stress, strain and resources from one spouse to another. *Journal of Organizational Behavior*, 16, 2, 169-181.
- Wilson, G. y Eldredge, K. (1991). Frequency of binge Ealing in bulimic patients: Diagnostic validity. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 557-561.
- Wright J, y Basco M, (2005). *Thase M. Learning cognitive behavior-therapy*. Arlington V.A.: American Psychiatric Publishing Inc.
- Wood, C., Bentall, R., Goepfert, M. y Edwards, (1991). A comparative psychiatric assessment of patients with chronic fatigue syndrome and muscle diseases. *Psychological Medicine*, 21, 619-628.
- Wool, A. y Barsky, J. (1994) . Do women somatize more than men?: Gender differences in somatization. *Psychosomatics*, 35, 445-452 pp.
- Woolfolk, L. y Allen, A. (2007). *Treating Somatization: A Cognitive-Behavioral Approach*. New York: The Guilford Press.
- Zagmutt, A. y Silva, J. (1999) Consciencia y autoconsciencia: Un enfoque constructivista. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 37, 27-34.

# ANEXO I

## UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

### FACULTAD DE PSICOLOGÍA

El propósito de este cuestionario es la evaluación de malestar psicológico y su relación con el rol o función que usted ejerce dentro de su vida. El cuestionario es completamente confidencial y con fines únicos en investigación.

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: H M Escolaridad: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Separado \_\_\_\_\_  
                   Viudo \_\_\_\_\_ En pareja \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
 Número de hijos: \_\_\_\_\_

#### INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones sobre la manera en la que cotidianamente vivimos en la familia. Lea con atención cada frase y coloque una "X" en la opción que mejor represente la frecuencia con la que usted o su pareja es quien realiza la actividad señalada. En caso de que no sea algo que realicen, señálelo así en donde dice "no lo hacemos". No dejes ningún reactivo sin contestar.

	Siempre yo	Casi siempre yo	Ambos o de manera equitativa	Casi siempre mi pareja	Siempre mi pareja	No lo hacemos
1.Administrar el dinero para gastos familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.Pagar las cuentas de la casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.Encargarse de proveer económicamente a la familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.Realizar las compras del mandado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.Tomar las decisiones más importantes sobre el gasto familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.Lavar los trastes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.Lavar la ropa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.Hacer la comida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.Barrer y trapear la casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.Limpiar y sacudir muebles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.Lavar el patio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Siempre yo	Casi siempre yo	Ambos o de manera equitativa	Casi siempre mi pareja	Siempre mi pareja	No lo hacemos
12. Lavar ventanas y paredes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Aspirar o pulir piso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Regar plantas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Hacer la lista para el mandado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Verificar problemas con el gas, luz o agua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Arreglar las cosas que se descomponen en el hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Planchar la ropa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Establecer las reglas y normas de la convivencia familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Encargarme de la alimentación y cuidado de otros integrantes de la familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Tomar las decisiones más importantes dentro de la familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Quedarse al cuidado de algún miembro de la familia que esté enfermo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Con los hijos(as) :**

1. Llevarlos a la escuela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ir con ellos al doctor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Establecer castigos y/o regaños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Dar el dinero para sus gastos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Cuidarlos cuando están enfermos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Enseñar normas y valores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Establecer las tareas de la casa que les corresponden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Establecer el horario de llegar a casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Supervisar en que invierten su dinero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Indagar que amigos tienen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Supervisar su forma de vestir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Supervisar si hay ingesta de tabaco, alcohol y/o	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

drogas						
13. Supervisar su desempeño escolar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Darles contención emocional cuando tienen un problema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dar soluciones practicas a sus problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Satisfacción de los roles en que me desempeño, si alguna de las siguientes preguntas no corresponden a tu situación puedes dejarlas sin contestar.

TS: totalmente satisfecho  
 S: satisfecho  
 I: indiferente  
 NS: insatisfecho  
 TNS: totalmente insatisfecho  
 NA: no aplica

<b>Preguntas</b>	<b>TS</b>	<b>S</b>	<b>I</b>	<b>NS</b>	<b>TNS</b>	<b>NA</b>
1.¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra con su rol como empleado o empleada?						
2.¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra con su rol doméstico?						
3. ¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra con su rol como madre o padre?						
4. ¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra con el rol que tiene con sus amigos(as)?						
5. ¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra con el rol como esposo o esposa (pareja)?						
6. ¿Qué tan satisfecho(a) se encuentra con su rol profesional?						
7. ¿Qué tan satisfecho se encuentra con su rol proveedor?						

## INSTRUCCIONES

Por favor lea cada oración y marque con una X el número 0, 1, 2 o 3 indicando cuánto se aplicó la oración a *usted la semana pasada*. No hay respuestas correctas o incorrectas. No dedique mucho tiempo en ninguna oración. No deje ninguna oración sin contestar.

0 = No aplicó a mí en absoluto  
 1 = Aplicó en mí hasta cierto punto, o algunas veces  
 2 = Aplicó en mí un grado considerable, o buena parte del tiempo  
 3 = Aplicó mucho en mí, o la mayor parte del tiempo

1. Encontré que me ponía mal por cosas verdaderamente triviales.	0	1	2	3
2. Me percaté de la sequedad de mi boca.	0	1	2	3
3. Absolutamente no me parece haber podido experimentar algún sentimiento positivo.	0	1	2	3
4. Experimenté dificultades para respirar (ej. respiración excesivamente rápida, jadear en ausencia de esfuerzo físico, quedarme sin aliento).	0	1	2	3



5. Simplemente no podía empezar a funcionar o hacer las cosas.	0	1	2	3
6. Tendí a sobre-reaccionar ante las situaciones, exagerar.	0	1	2	3
7. Tuve sensación de temblores (ej. desvanecimiento de piernas).	0	1	2	3
8. Sentí que estaba usando mucha energía nerviosa.	0	1	2	3
9. Me encontré en situaciones que me ponían muy ansioso. Estuve más aliviado cuando éstas terminaron.	0	1	2	3
10. Sentí que no tenía nada para ver hacia delante.	0	1	2	3
11. Me encontré a mi mismo poniendome nervioso	0	1	2	3
12. Encontré difícil relajarme.	0	1	2	3
13. Me sentí triste y desanimado.	0	1	2	3
14. Estuve intolerante con todo lo que me distrajera de lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
15. Sentí que estuve a punto de entrar en pánico	0	1	2	3
16. Me sentí incapaz de sentirme entusiasmado acerca de nada.	0	1	2	3
17. Sentí que no valía mucho como persona.	0	1	2	3
18. Sentí que estaba muy susceptible.	0	1	2	3
19. Estuve conciente de la acción de mi corazón en ausencia de esfuerzo	0	1	2	3
20. Me sentí asustado sin ninguna buena razón.	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no valía la pena.	0	1	2	3

## INSTRUCCIONES

A continuación le presentamos una lista de síntomas que la gente suele tener. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una X en la casilla que corresponda a cómo se ha sentido durante la última semana (7 días). No hay respuestas buenas o malas. No deje ninguna oración sin contestar.

Preguntas	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
1. Dolores de cabeza.					
2. Sensación de mareo o desmayo.					
3. Dolores de pecho.					
4. Dolores de espalda.					
5. Náuseas o dolor de estomago.					
6. Dolores musculares.					
7. Tener dificultades para respirar bien.					
8. Sentir calor o frío de repente					
9. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
10. Sentir flojedad, debilidad en partes de mi cuerpo.					
11. Sentir mis brazos y piernas muy pesados.					

