

Acercamiento al malestar psicosocial de mujeres y hombres desde la atención primaria de salud

An Approach to Men and Women Psycho-Social Unease in Primary Health Care

Calderó Beá M^a D,* Alfonso Cano M^a del C, ** Barceló Barceló I,* León Martínez LP, * Tourné García M,*** Sánchez López M^a I. **

* Centro de Salud Bº Carmen, Murcia. España. ** Centro de Salud San Andrés, Murcia. España. *** Centro de Salud Infante, Murcia. España.

Recibido: 19-04-07 Aceptado: 16-08-07

Correspondencia: M^a Dolores Calderó Beá. Isaac Peral, 41 Santo Ángel 30151. Murcia. España. E-mail: mariadolores.be@telefonica.net

RESUMEN

Introducción: El Malestar Psicosocial es el sufrimiento que no puede ser descifrado ni expresado en palabras y que aparece como sufrimiento anímico o en el cuerpo como síntoma mal definido y sin causa orgánica demostrable. **Objetivo:** Cuantificar la carga que suponen el Malestar Psicosocial (MASI) en nuestras consultas de Atención Primaria. Identificar personas con MASI y correlacionar sus síntomas con factores psicosociales que lo puedan desencadenar. Describir variables personales y familiares. **Diseño:** Descriptivo transversal. **Emplazamiento:** Centros de salud urbanos. **Mediciones:** Número de consulta/día, número de MASI, de cada caso, sexo, nacionalidad, edad, estado civil, actividad laboral, personas que suponen una carga, otras cargas, motivo explícito, factor psicosocial localizado, estructura familiar, fase de ciclo vital familiar. Se empleó el programa SPSS 12 para la estadística descriptiva. **Resultados:** El 4.62% de consultas son MASI. La media de casos/día fue de 2.09. Mujeres el 85.28%. El 48% ocurren entre los 41-60 años. El 17.8% de diagnósticos fueron ansiedad, 14.7% depresión. El 15.73% de motivos implícito fue la carga de rol tradicional y conflictos/enfermedades de los hijos en 14.9%. **Conclusiones:** El MASI fue seis veces mayor en mujeres que en hombres. Los factores psicosociales más frecuentes fueron la sobrecarga de rol de género y los conflictos/enfermedades de los hijos. La estructura familiar más frecuente fue la nuclear con parientes próximos (49.75%) en fase VI de ciclo vital (20.81%).

Palabras clave: Problema psicosocial, Atención primaria, Estructura familiar.

ABSTRACT

Introduction: Psycho-social unease is a suffering which cannot be deciphered or expressed in words and which appears as an emotional or bodily suffering as a bad-defined symptom with no clearly identifiable organic cause. **Objectives:** To assess the burden to Primary Health Care represented by Psycho-social Unease (PSU). To identify people with PSU to correlate symptoms with psychosocial factors which might cause it. To describe personal and family variables. **Design:** Descriptive and cross-sectional study. **Area:** Urban Health Centres Murcia. Spain. **Measurements:** Nº of consultations per day, nº of PUS, sex, nationality, age, marital status, occupation, people who may represent a burden, other burdens, explicit cause, localized psycho social factors, family structure, phase of family life cycle. The SPSS 12 programme was used for the descriptive statistics. **Results.** 4.2% of consultations are psycho-social unease. The average of cases per day was 2.09. 85.28% are women. 48% occur between 41 and 60 years of age. 17.8% of diagnoses are anxiety, 14.7% depression. 15.73% of implicit causes are the burden of the traditional role, while conflicts/illnesses of children account for 14.9%. **Conclusions:** Psycho-social unease was 6 times higher in women than in men. The most common-psycho social factors were the overburdening produced by gender role and conflicts/illnesses of children. The most common family structure was nuclear with close relatives (49.75%) in Phase VI of the family life cycle (20.81%).

Key Words: Psycho-social Unease, Primary Health Care, Family Structure.

Introducción

El Malestar psicosocial se entiende como el sufrimiento que no puede ser descifrado y expresado en palabras y que aparece como sufrimiento anímico o en el cuerpo como síntomas mal definidos y sin causa orgánica demostrable¹. La OMS en el Informe sobre Salud Mental elaborado en 2001 constató que en los países desarrollados, aumentarían los trastornos mentales comunes (trastornos depresivos menores, ansiosos, somatizaciones) y llegarían a ser una gran carga para los sistemas sanitarios. Señaló igualmente que estos problemas afectarían el doble a mujeres que a hombres porque en estas patologías inciden las diferencias de género^{2,3}. Muchos estudios indican un aumento de esta demanda de consulta. Se calcula que entre el 30-60% de las visitas en Atención Primaria son debidas a síntomas para los que no se encuentra causa médica⁴ y que de ellas el 73-80% son mujeres. Se diagnostica enfermedad orgánica en el 10-25%, el resto se reparte entre ansiedad, depresión, somatizaciones, síndromes funcionales y hasta un 13% de síntomas para los que no se encuentra causa médica⁵. El enfoque biomédico limita la perspectiva y provoca la medicalización de estas patologías ocasionando multitud de interconsultas y pruebas complementarias^{6,7}. Incremento en la insatisfacción de los pacientes y de los profesionales de la salud⁸, deteriorándose la relación sanitario-paciente y provocando la cronicación y el uso de psicofármacos^{9,10}. Estas patologías reunidas bajo la denominación de "Síndromes del Malestar" o Malestar Psicosocial (MASI) requieren un abordaje biopsicosocial^{9,11} e incorporar el enfoque de género porque las sobrecargas debidas a los cambios de roles e ideales sociales presionan más a mujeres que a hombres y pro-

ducen efectos negativos sobre la salud⁹. Los objetivos del estudio son: 1) Cuantificar la carga que supone los MASI en nuestras consultas de Atención Primaria. 2) Identificar a las personas con síntomas de MASI y relacionarlos con factores psicosociales desencadenantes y describir algunas variables personales y familiares.

Material y Métodos

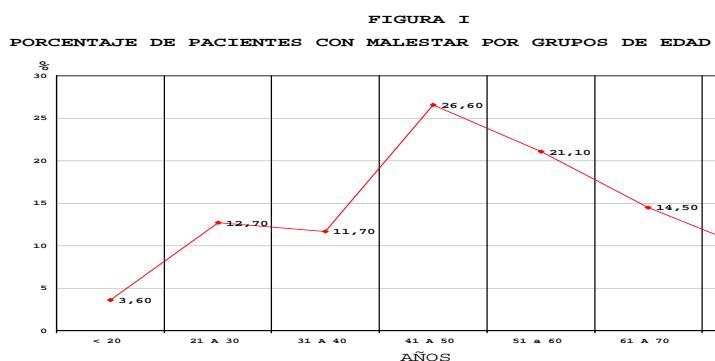
El estudio se realizó en tres Centros de Salud de la ciudad de Murcia (España) y participaron seis médicas de familia. Se recogieron datos en los días de consulta de noviembre de 2007 a enero 2008. Se identificaron a pacientes con MASI recogiendo: *Fecha, profesional, número de pacientes citados/día, nacionalidad, sexo, edad, estado civil, actividad laboral, personas a su cargo, otras cargas, diagnóstico ó motivo explícito, factor psicosocial identificado ó motivo implícito, estructura familiar y fase del ciclo vital familiar*. Para el estudio de las variables se utilizaron los siguientes criterios:

1. **Nacionalidad:** Española, de países del Magreb, Latinoamericana y otros.
2. **Actividad laboral:** Se utilizó la Clasificación Nacional de Ocupación modificada: *Amas de casa, estudiantes, jubilados, en paro, servicio doméstico, personas con trabajo no cualificado que trabajan por cuenta ajena, personal administrativo ó formación profesional (FP), empresarios autónomos, profesional cualificado, otros.*
3. **Personas a su cargo:** Personas que suponen una carga: hijos menores de 13 años, adolescentes, mayores de 20 años, pareja, ancianos y otros.
4. **Otras cargas:** Condiciones que pudieran suponer un agravante para la persona: económicas, laborales, judiciales y otras.
5. Los diagnósticos identificados como MASI se presentan individualizados y agrupados en síntomas somáticos sin causa orgánica, anímicos y dolor.
6. Para identificar factores psicosociales relacionados con MASI, se ha utilizado la metodología de Sara Velasco¹² agrupados en **categorías psicosociales determinantes de género**: *Cargas de rol tradicional y cuidados* (incluye: dependencia y aislamiento, sobrecarga de rol tradicional, carencia de red social, personas inválidas o incapacitadas a su cargo, conflicto de personas a su cargo y sobrecarga de cuidadora). *Conflictos de pareja, conflictos/ enfermedades de hijos, duelos, malos tratos de la pareja, problemas laborales/ estudios, enfermedades familiares, doble jornada laboral, conflictos familiares, acoso escolar/ laboral y enfermedades o accidentes propios.*
7. **Estructura familiar:** Se ha utilizado la Clasificación Demográfica de la familia presentada por De la Revilla^{13,14}.
8. **Ciclo vital Familiar (CVF):** Se ha utilizado el modelo de CVF propuesto por Duval¹⁵.

Método estadístico: Se empleó el programa SPSS 12 para la obtención de resultados utilizando estadística descriptiva para cada una de las variables con realización de medias y porcentajes.

Resultados

Se recogieron datos durante 300 días de consulta atendiendo a 13 545 pacientes. La media de consultas/ día fue de 45.15 (rango 25-52). Se identificaron 627 casos de MASI (4.62% del total de consultas, rango 0-17.07%). La media de casos de malestar/ día fue 2,09 (rango 0-7). El 62.84% (394) fueron primeras consultas y el 37.16% (233) fueron consultas repetidas. *Edad y sexo:* El 85.28% (336) fueron mujeres y el 14.72% (58) hombres. El grupo de 41-50 años supone el 26.9% (106) y fue el más frecuente. *Nacionalidad:* El 92.1% fueron españoles, 1.5% magrebíes, 5.6% latinoamericanas y 0.8% de otras nacionalidades. *Actividad laboral:* El 28.4% (112) fueron amas de casa, el 7.1% (28) trabajan en servicio doméstico, 19.5% (77) tenían trabajo no cualificado por cuenta ajena, el 16.2% (64) fueron cualificados, el 12.4% (49) FP-administrativos, el 7.6% (30) jubilados, el 4.1% (16) estudiantes, el 3% (12) autónomos, el 1.3% (5) en paro. *Personas a su cargo:* El 38.3% (151) no tenían personas a su cargo, el 49.5% (195) tenían una persona a su cargo y el 12.2% (48) a varias. *Otras cargas:* El 70% (276) no presenta otras cargas, el 13.45% (53) presentan cargas económicas, el 3.55 (14) judiciales y el 3.3% (13) laborales. *Diagnósticos o motivos explícitos de consulta:* Los más frecuentes fueron ansiedad 17.8% (70) y depresión 14.7% (58). Figura I y Figura II. Cuadro I.



Factores psicosociales o motivos implícitos de consulta: El 15.73% (62) presentaron cargas de rol tradicional. El 14.97% (59) presentaron conflictos/ enfermedades de los hijos, los conflictos de pareja más separaciones 13.96% (55), Los duelos el 14.46% (57) (Cuadro II). Estructura familiar: El 49.75% (196) pertenecían a familias nucleares con parientes próximos, 12.44% (49) a familias nucleares sin parientes próximos, el 12.18% (48) fueron personas sin familia. (Cuadro III)

Cuadro I. Diagnósticos o motivos explícitos de consulta

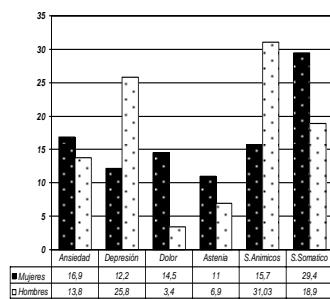
DIAGNÓSTICOS	Nº	%
Ansiedad	70	17.77 %
Depresión	58	14.72 %
Astenia	43	10.91 %
Dolor músculo-esquelético	37	9.39 %
Tristeza	22	5.58 %
Mareo	22	5.58 %
Insomnio	21	5.33 %
Cefalea	16	4.06 %
Crisis HTA	13	3.30 %
Fibromialgia	11	2.79 %
Palpitaciones	8	2.03 %
Epigastralgia	8	2.03 %
Dolor Torácico	8	2.03 %
Diseña	7	1.78 %
Otras somatizaciones	5	1.27 %
Trastorno de ánimo	4	1.02 %
Crisis de Pánico	4	1.02 %
Problema Ginecológico	4	1.02 %
Mal estar Psicológico	3	0.76 %
Dolor abdominal	3	0.76 %
Pérdida de peso	3	0.76 %
Manía, obsesión	3	0.76 %
Agresividad	3	0.76 %
Fallo de memoria	3	0.76 %
Disminución de apetito	2	0.51 %
S. Digestivos	2	0.51 %
Bulimia	2	0.51 %
Alteraciones del sueño	2	0.51 %
Dispepsia	1	0.25 %
Fobia	1	0.25 %
Miedo	1	0.25 %
Náuseas/ Vómitos	1	0.25 %
Consumo de Tóxicos	1	0.25 %
Pesadillas	1	0.25 %
Bolo Histérico	1	0.25 %

Cuadro II. Conflictos de pareja y separaciones

	Hombres	Mujeres	Total
CONFLICTOS PAREJA/ROL TRADICIONAL	n	n	n
Conflictos de pareja	6(10.34%)	31(9.22)	37(9.40)
Separación de pareja	1(1.72%)	17(5.06%)	18(4.56%)
Hábitos tóxicos de la pareja	2(3.4%)	5(1.48%)	7(1.77%)
Dependencia y aislamiento	0(0%)	10(2.53%)	10(2.53%)
Sobrecarga rol tradicional	0(0%)	7(2.08%)	7(1.77%)
Boda próxima	0(0%)	2(0.59%)	2(0.50%)
Carencia de red social	0(0%)	1(0.3%)	1(0.25%)
MALOS TRATOS DE LA PAREJA	0(0%)	12(3.57%)	12(3.04%)
PERSONAS A SU CARGO/ ENFERMEDADES DE FAMILIARES/ CUIDADO			
Problemas hijos/relación con ellos	4(6.9%)	36(10.71%)	40(10.15%)
Personas incapacitadas a su cargo	4(6.9%)	14(4.16%)	18(4.56%)
Accidente/enfermedad de familiar	2(3.44%)	11(3.27%)	13(3.30%)
Sobrecarga de cuidadora	0(0%)	18(5.35%)	18(4.56%)
Enfermedades de los hijos	2(3.44%)	17(5.06%)	19(4.82%)
Conflictos de personas a su cargo	0(0%)	6(1.78%)	6(1.52%)
	0(0%)	7(5.06%)	7(1.77%)
DOBLE JORNADA LABORAL			
DUELOS			
Muerte de un familiar o allegado	4(6.90%)	17(5.06%)	21(5.33%)
Muerte de la pareja	1(1.72%)	12(3.57%)	13(3.30%)
Muerte de hijo	3(5.17%)	4(1.20%)	7(1.77%)
Otras pérdidas	2(3.44%)	14(4.16%)	16(4.06%)
PROBLEMAS LABORALES/ESTUDIOS			
Problemas laborales	6(10.34)	17(5.06)	23(5.83)
Exámenes	0(0%)	1(0.29%)	1(0.25%)
Acoso en el trabajo	2(3.44%)	7(2.08%)	9(2.28%)
Acoso escolar	0(0%)	2(0.59%)	2(0.50%)
CONFLICTOS FAMILIARES			
Conflictos familiares	5(8.62%)	15(4.46%)	20(5.07%)
Separación de padres	1(1.72%)	1(0.29%)	2(0.50%)
Conflictos con los padres	1(1.72%)	7(2.08%)	8(2.03%)
OTROS			
Inmigración	1(1.77%)	3(0.90%)	4(1.01)
Accidentes o enfermedades propias	4(6.90%)	14(4.16%)	18(4.56%)
Dificultades reproductivas	1(1.77%)	4(1.19%)	5(1.27%)
Abuso sexual	0(0%)	1(0.29%)	1(0.25%)
Conflictos sexualidad	0(0%)	2(0.59%)	2(0.50%)
Escaras recursos económicos	1(1.77%)	3(0.90%)	4(1.01%)
Conflictos relación entre iguales	1(1.77%)	1(0.29%)	2(0.50%)
Malos tratos hermano	0(0%)	1(0.29%)	1(0.25%)
Carencia proyecto propio	0(0%)	7(2.08%)	7(1.77%)
Otros acontecimientos	4(6.90%)	8(2.38%)	12(3.04%)
TOTAL	58(100%)	336(100%)	394(100%)

FIGURA II

Grupos de diagnósticos por sexo



Ciclo vital familiar: El 20.2% (79) pertenece a familias en fase de contracción y el 15.7% (62) a familias con hijos adolescentes. (Cuadro III). *Relación de variables individuales y diagnósticos 1.- Edad y sexo.* En las mujeres los síntomas somáticos son los más frecuentes (29.46%) seguidos de ansiedad (16.96%). En los hombres los síntomas anímicos (31.03%) y depresión (25.8%) son los más frecuentes en todos los grupos de edad. Figura II (Ver Tabla 4).

Relación de variables individuales y factores psicosociales. 1.- *Edad y sexo.* En las mujeres destacan las cargas del rol tradicional (17.57%) y aumentan con la edad. El 16% son conflictos/ enfermedades de los hijos. El 14.84% son conflictos de pareja y separaciones. Los duelos (14.24%) van aumentando a lo largo de la vida. (Ver Figura III). En los hombres los duelos ocupan el primer lugar (17.24%), los conflictos de pareja y familiares (12.06%) afectan mayormente de 21-40 años.

Los conflictos/enfermedades de hijos (10.34%) afectan más a partir de 40 años al igual que los conflictos derivados del trabajo y/o estudios (Ver Figura IV). 2.-*Actividad laboral.* El 26.54% de las amas de casa y el 19.23% de las trabajadoras de servicio doméstico presentan problemas por rol tradicional y cuidados. Los profesionales cualificados tienen menor carga (6.15%). Las trabajadoras de servicio doméstico y con formación de grado medio tienen más problemas con los hijos (26.92%). La doble jornada es mayor en servicio doméstico y trabajo no cualificado. La carencia de proyecto propio solo aparece en las amas de casa (5.3%). Los problemas laborales son el 24.61% de profesionales cualificados.

Relación entre variables familiares y factores psicosociales. 1.- *Ciclo vital familiar.* Los conflictos de pareja son 26.31% en familias en formación y alcanzan el 42.85% con hijos en edad preescolar. La sobrecarga por rol tradicional es máxima en familias maduras (22.05%). Los problemas de relación/enfermedades de los hijos son el 22.58% en familias con escolares y llegan al 24.05% cuando los hijos comienzan a salir de casa. Los duelos aumentan en las últimas fases. (Ver Figura V).

TABLA 3. Estructura familiar y etapas del ciclo vital familiar

ESTRUCTURA FAMILIAR	
Familia extensa	14 (3.55%)
Familia nuclear con parientes próximos	196 (49.75%)
Familia nuclear sin parientes próximos	49 (12.44%)
Familia nuclear numerosa	1 (0.25%)
Familia nuclear ampliada con parientes próximos	4 (1.02%)
Familia nuclear ampliada con agregados	2 (0.51%)
Familia monoparental	52 (13.20%)
Familia reconstituida	11 (2.79%)
Equivalentes familiares	17 (4.31%)
Personas sin familia	48 (12.18%)
ETAPAS DEL CICLO VITAL	
0- Personas sin familia propia	78 (19.80%)
I- Comienzo de la familia	19 (4.82%)
II- Familia con hijos hasta 30 meses	13 (3.30%)
III- Familia con hijos entre 30 meses y 6 años	11 (2.79%)
IV- Familia con hijos entre 6 y 13 años	31 (7.87%)
V- Familia con hijos adolescentes (de 13 a 20 años)	62 (15.74%)
VI- Familia como plataforma de colocación*	82 (20.81%)
VII- Familia madura (desde nido vacío hasta jubilación)	40 (10.15%)
VIII- Familia anciana (desde jubilación hasta fallecimiento de ambos esposos)	58 (14.72%)

TABLA 4. Grupos diagnósticos por sexo y grupo de edad

Mujeres. grupos de edad					
	0-20a	21-40a	41-60a	> De 60	TOTAL
Ansiedad	2(16.6%)	20(24.3%)	26(15.5%)	10(12.9)	57(16.96%)
Depresión	0(0%)	11(12.5%)	21(12.5%)	9(11.6%)	41(12.20%)
Dolor	1(8.3%)	14(17%)	23(13.7%)	11(14.2%)	49(14.58%)
Astenia	2(16.6%)	10(12.2%)	19(11.3%)	6(7.7%)	37(11.01%)
S. anímicos	3(25%)	13(15.8%)	22(13.1%)	15(19%)	53(15.77%)
S. somáticos	4(33%)	14(17%)	56(33.5%)	26(33.7%)	99(29.46%)
TOTAL	12(100%)	81(100%)	166(100%)	77(100%)	336 (100%)
Hombres. grupos de edad					
	0-20a	21-40a	41-60a	>De 60	
Ansiedad	0(0%)	4(36.6%)	3(11.11%)	1(5.8%)	8(13.79%)
Depresión	1(50%)	3(27.27%)	6(22.22%)	5(29.4%)	15(25.86%)
Dolor	0(0%)	0(0%)	0(0%)	2(11.7%)	2(3.44%)
Astenia	1(50%)	0(0%)	3(11.11%)	0(0%)	4(6.9%)
S. anímicos	0(0%)	2(18.18%)	7(25.9%)	9(52.9%)	18(31.03%)
S. somáticos	0(0%)	2(18.18%)	8(29.6%)	1(5.88%)	11(18.96%)
TOTAL	2(100%)	11(100%)	27(100%)	18(100%)	58(100%)

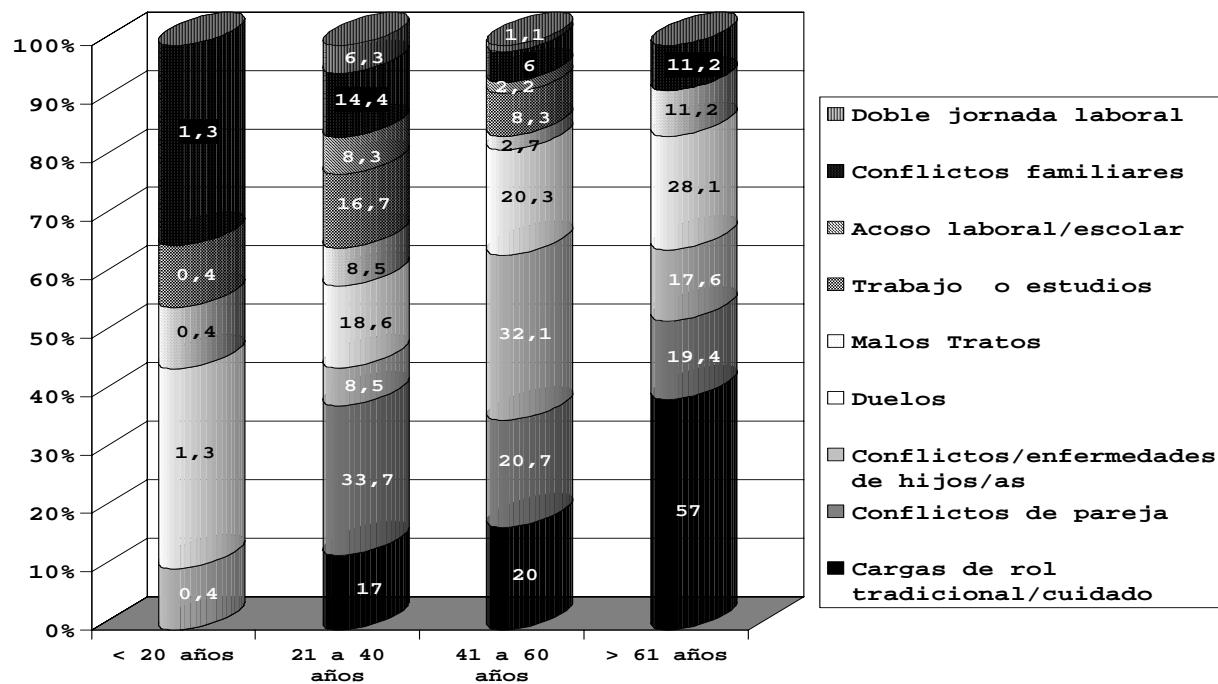
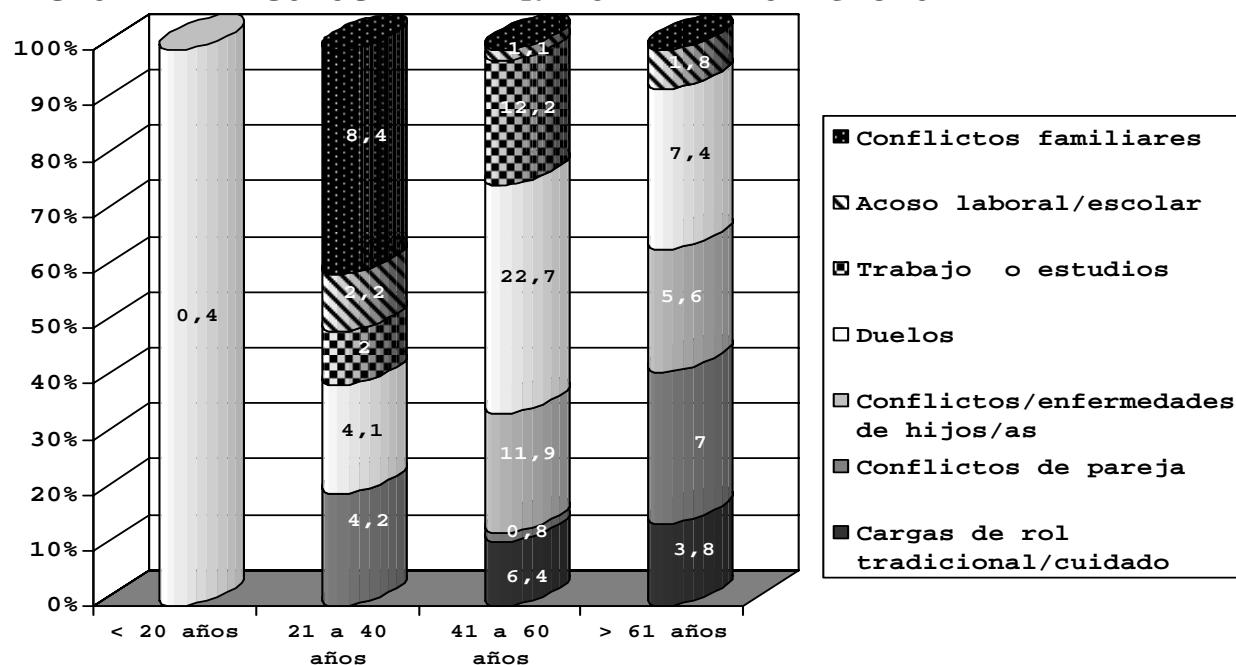
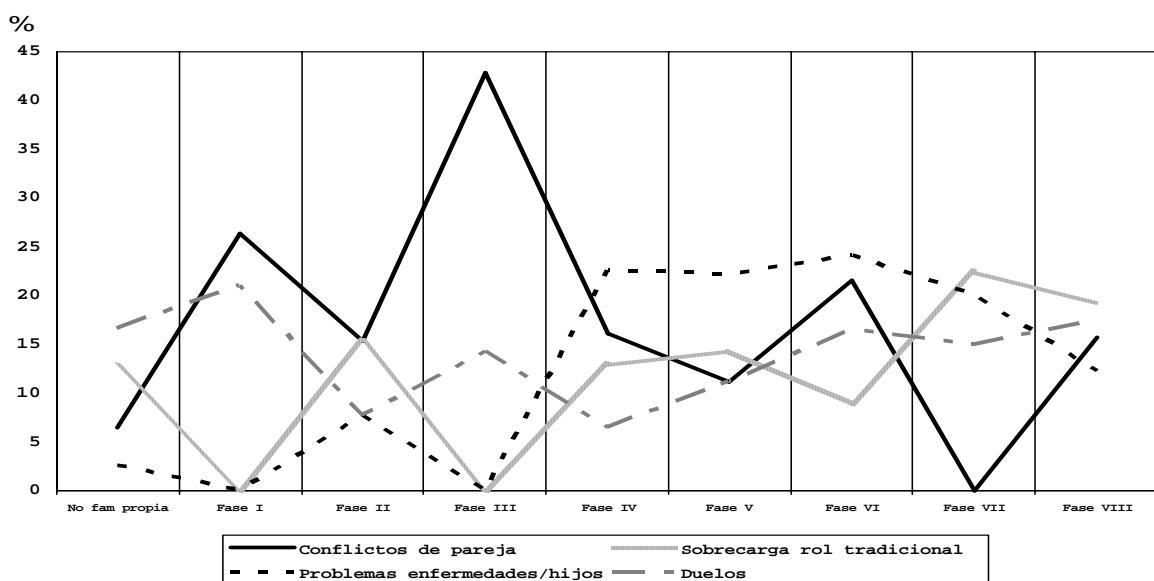
FIGURA III. FACTORES PSICOSOCIALES EN MUJERES EN GRUPOS DE EDAD**FIGURA IV****FACTORES PSICOSOCIALES EN HOMBRES POR GRUPOS DE EDAD**

FIGURA V. RELACION DEL MALESTAR PSICOSOCIAL Y CICLO VITAL

Discusión

La Oficina Regional Europea de la OMS, en el marco de las políticas europeas, aprobó en 2002 la integración de las perspectivas de género en salud, siendo su meta “contribuir a la mejora de la salud tanto de hombres como de mujeres, mediante investigaciones, políticas y programas de salud que presten la debida atención a las cuestiones de género que promuevan la equidad y la igualdad entre el hombre y la mujer”¹⁷. Incorporar un enfoque biopsicosocial y de género desde la práctica clínica y la investigación en APS nos permite observar como las actitudes, formas de vivir, enfermar y consultar están influidas por los condicionantes de género^{18,19,20}. El peso de MASIS que en nuestras consultas de AP ha alcanzado el 4.62%, puede estar infravalorado debido a que no todas las personas con malestar consultan por ello y también por la alta presión asistencial que condiciona menos tiempo disponible por consulta. En otros estudios⁶ se detectan tasas de problemas psicosociales mayores al 50%, mientras que en el nuestro los pacientes incluidos son los que además de tener problemas psicosociales enferman como consecuencia de los mismos.

El MASIS fue más frecuente en mujeres que en hombres^{21,22}. Las mujeres detentan el papel de cuidadoras lo que favorece que estén más atentas que los hombres a los síntomas propios y de las personas a su cargo y solicitan ayuda –con anticipación– a los servicios sanitarios²³. Los profesionales sanitarios, ante los mismos síntomas, hacen menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico con las mujeres que con los hombres y atribuimos componentes psíquicos con más frecuencia a la mujer²⁴. La presentación del MASIS varía desde síntomas emocionales hasta quejas físicas, facilitadores de la demanda real del paciente. Más del 50% de las quejas, en ambos sexos y edades, ocurren por síntomas psíquicos. Estos datos coinciden con los de Velasco⁵. En nuestro medio a diferencia de otros⁵, en el hombre hay una frecuencia mayor de depresión que ansiedad y de síntomas emocionales más que somáticos y puede deberse a la subjetividad diagnóstica, con un sesgo de género en la valoración y escucha de los síntomas, tendiendo a diagnosticar las quejas somáticas de los hombres dentro de síndromes fisiopatológicos y no de MASI²⁵.

En nuestro estudio el primer condicionante psicosocial en las mujeres fueron las cargas del rol tradicional con un peso importante en “el cuidado y la atención al otro”, comienzan a aparecer a los 21 años y aumentan de forma progresiva, lo que nos muestra que estas cargas se

asignan tempranamente y permanecen activas como funciones básicas y estructurantes de la identidad femenina²⁶. Les siguen los conflictos/ enfermedades de los hijos, ya que el cuidado y soporte de otras personas les ocasionan gran sufrimiento. Con menos peso se presentan los relacionados con el trabajo. En los hombres, aunque la muestra es más pequeña y desagregada, los factores psicosociales más frecuentes son los duelos por pérdidas, posiblemente porque está socialmente admitido –facilitando así– su detección.

Aproximadamente un tercio del MASIS se presentó en amas de casa, esto refleja el peor estado de salud de estas mujeres, por la falta de los beneficios del trabajo fuera del hogar, como: desarrollo de la autoestima, apoyo social y un salario que le proporciona independencia económica²⁶. Actualmente como refleja el VI Informe SESPAS, en la sociedad española existe una notoria incorporación de la mujer al trabajo productivo, a pesar de seguir realizando la mayoría del trabajo doméstico²⁷ y cuidado de los integrantes del hogar, coincidiendo con los resultados de nuestro trabajo. Las cargas mayoritarias de las amas de casa fueron la pareja, los hijos mayores y los ancianos, exponiendo la desigualdad de distribución de responsabilidades familiares entre hombres y mujeres. El MASIS relacionado con la falta de proyecto propio sólo aparece en amas de casa.

Conocer las fases del ciclo vital de las familias nos facilita tener una perspectiva conductual y emocional ya que cada etapa implica cambios que afectan a la salud de sus miembros y a la función de la propia familia. En las primeras fases de ciclo vital “nido sin usar” e inicio de la extensión hemos observado que son mayores los conflictos de pareja debidos a la adaptación y cambios que implican el nacimiento de los hijos. A partir de la edad escolar y adolescencia aumentan los conflictos de relación/enfermedades de los hijos que se mantienen hasta el final de la contracción.

La sobrecarga de rol tradicional y los duelos se incrementa a lo largo de la vida coincidiendo con otros estudios^{6,16}. Para contribuir a disminuir las desigualdades en salud en ambos sexos es imprescindible realizar el abordaje biopsicosocial y con perspectiva de género desde la atención primaria. Es necesaria la sensibilización y formación de los profesionales sanitarios así como recopilar estas experiencias en nuevas investigaciones.

Referencias

1. Tubert S. Construcción cultural de la feminidad. Salud mental y género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2000.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe de Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. [On line] www.who.org
3. García-Parés G. La perspectiva de género en la investigación de la psiquiatría y la salud mental. Psiquiatría Biológica 2007;4 (4):127-28.
4. Aiarzaguena JM. G. Grandes G, Alonso-Arbiol I, del Campo Chavalad JL, Oleaga Fernández MB, Marco de Juana J. Abordaje biopsicosocial de los pacientes somatizadores en las consultas de atención primaria: un estudio piloto. Aten Primaria 2002; 29 (9):558-561.
5. Velasco S. Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria. Experiencia en Murcia. [En prensa]
6. Montoso MA, Santolaria S. Calidad de vida en los pacientes con dispepsia funcional. Gastroenterología hepatología 2004; 27 (supl 3):15-23.
7. De la Revilla L. Factores que intervienen en la producción de los problemas psicosociales. Aten Primaria 2007; 39(6): 305-11.
8. Ascensión Godoy C. Pacientes somatizadores en Atención Primaria. Del reconocimiento del síntoma a la intervención sin yatrogenia (I). SEMERGEN 2003;29(6)311-17.
9. Atención biopsicosocial al Malestar de las Mujeres. Intervención en Atención Primaria de Salud. Instituto de la Mujer. Madrid. 2006.
10. Velasco S. Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. Rev Esp Salud Pública 2006;80:317-333
11. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. Grandes misterios. ¿Puedes ver al monstruo del lago Ness?: el modelo biopsicosocial y las actividades comunitarias. Aten Primaria 2007; 39(5): 261-4.
12. Velasco S. Informe del Programa de Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres en APS. Evaluación de la Intervención Formativa Asistencial 2003-2006. Área Sanitaria de Murcia. Instituto de la Mujer, Madrid 2007
13. De la Revilla L, Aragón A, Muñoz M. Una nueva clasificación demográfica de la familia para su uso en APS. Aten Primaria,1.991;8:104-111.
14. Marcos Ortega B. Estructura y función familiar. Curso de Atención a la Familia. FMC en Atención Primaria. Madrid: Doyma; 2000.
15. Duval EM. Family development. Philadelphia: Lippincott 1971.
16. Prados Quel MA. La espiral del ciclo vital familiar. Curso de Atención a la Familia. FMC en Atención Primaria. Madrid: Doyma, 2000.
17. Seminario sobre Mainstreaming de Género en las Políticas de Género en Europa. Instituto de la Mujer. Madrid 2001.
18. Valls Llobet C. Aspectos de la morbilidad femenina diferencial. Informe de situación. Cuadern CAPS, 1991; 16: 46-52.
19. Valls Llovet C. El estado de la investigación en Salud y Género. I Jornadas de Perspectiva de género en salud. Seminario Interdisciplinar de Estudio de la Mujer. Universidad de Zaragoza. 2000.
20. Huibers MJH. Intervenciones psicosociales por parte de médicos generales. Biblioteca Cochrane Plus, 2008, nº1.
21. De Felipe V. Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. Reumatol Clin.2006;2 Supl1: S38-43
22. Mingote Adán C. La medicina psicosomática desde una perspectiva de género. II Jornadas de Salud Mental y Género. Instituto de la Mujer. Madrid 2001.
23. Requena Díez de Revenga M. Cambio social, género y salud. Salud mental y género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres. Madrid: Instituto de la Mujer 2000.
24. Delgado A. Salud y género en las consultas de atención primaria. Aten Primaria 2001; 27(2): 75-78.
25. Valls C. Mujeres invisibles. Barcelona: Random House Mondadori; 2006.
26. Murillo de la Vega S. Los materiales que forman el concepto de Género. Ponencia V Encuentro de Salud y Género. Escuela de Salud Pública Verano Mahón. Instituto de la Mujer. Madrid 2000.
27. Nerín MJ. Libro Blanco sobre mujeres y tabaco. Abordaje con una perspectiva de género. CNPT. Ministerio de Sanidad.1997.
28. Borell C, García-Calvente MM. La salud Pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit 2004; 18 (supl 1):2-6.
29. Velasco Sara, Ruiz M^a Teresa, Álvarez-Dardet Carlos. Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica: De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. Rev. Esp. Salud Pública. [periódico en la Internet]. 2006 Ago [citado 2009 Mar 25]; 80(4): 317-333. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000400003&lng=es&nrm=iso. Velasco Arias S. Síndrome del malestar de las mujeres en atención primaria. Mujeres y salud. 2005;16.
30. VelascoS. Ruiz MT, Alvarez-Dardet C. Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica de los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. Rev Esp Salud Pública 2006;80:317-33