Mujeres, trabajo y salud

Violeta Cardenal Hernáez
y M.ª Pilar Sánchez-López

UCM EDITORIAL COMPLUTENSE

Queda rigurosamente prohibida sin la autorización escrita de los titulares del Copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo público.

© 2006 by Violeta Cardenal Hernáez y M.ª Pilar Sánchez-López
© 2006 by Editorial Complutense, S. A.
Donoso Cortés, 63 – 4. planta (28015) Madrid
Tels.: 91 394 64 60/1 Fax: 91 394 64 58
e-mail: ecsa@rect.ucm.es
www.editorialcomplutense.com

Primera edición: diciembre 2006

ISBN: 978-84-7491-825-0

MUJERES, TRABAJO Y SALUD

-Influencia de los Estilos de Personalidad, el Trabajo, la Edad y el Sexo en el grado de Satisfacción Personal y Estrés de la Mujeres-

VIOLETA CARDENAL HERNÁEZ y Mª PILAR SÁNCHEZ-LÓPEZ

Profesoras de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid

Esta investigación ha sido subvencionada por el Instituto de la Mujer del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

Title: WOMAN, WORK AND HEALTH: Influence of Personality Styles, job, age, and sex in the personal satisfaction and stress in the following groups: 1.- women who work outside their homes, 2.- women who are housewives and women unemployed.

KEY WORDS: Personality Styles, Satisfaction, Stress, Woman, Job.
PALABRAS CLAVE: Estilos de Personalidad, Satisfacción, Estrés, Mujer, Trabajo.

RESUMEN: El presente estudio es continuación de trabajos previos. Se centra en la comparación de mujeres trabajadoras, mujeres que son amas de casa y mujeres sin trabajo, en los Estilos Psicológicos (Estilos de Personalidad), la Satisfacción Personal y Estrés. Se trata de comprobar si el hecho de trabajar fuera del hogar, la edad, la implicación del cónyuge en la familia, etc., determinan e influyen en la calidad de vida que tiene la mujer española.

Se administrarán pruebas psicológicas que evalúen estrés y satisfacción personal a 100 mujeres amas de casa, 100 mujeres trabajadoras, 100 mujeres en paro, 100 hombres trabajadores y 100 hombres en paro (para constatar si el grupo de mujeres trabajadoras y en paro, presenta diferencias en la calidad de vida, la satisfacción, etc., con respecto a sus homólogos masculinos, pues puede suceder que la mujer sufra estrés en el trabajo o por el desempleo de manera distinta que el hombre).

SUMMARY: The present study is a continuation of previous works. It is foccused on the comparisson of the following groups: 1. women who work outside their homes, 2. women who are housewives and 3. women unemployed. This comparisson is refered to Personality Styles, Personal Satisfaction, and Stress. The aim is to verifyif working outside home, the age, the husband´s implication towards the family, etc., determinate and condition the spanish woman´s wealth.

Psychological tests will be administrated to 100 women women who work outside their homes, 100 women who are housewives, 100 women unemployed, 100 men workers and 100 men unemployed (to confirm wether or not working women and unemployed women are different from men with regard to wealth, for it can happen that women suffer from stress more intensively in their jobs and for the unemploy than men).

ÍNDICE

Páginas

I. OBJETIVOS..... 5

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO..... 13

1. Salud mental y física: aspectos introductorios..... 13
2. Diferencias en cuanto al sexo, la edad, en la salud mental y física: influencia de variables demográficas..... 23
   - 2.1. Sexo y género: qué términos se van a utilizar..... 23
   - 2.2. Relación entre sexo, mortalidad y morbilidad: las diferencias en salud..... 24
   - 2.3. Morbilidad diferencial..... 35
   - 2.4. Diferencias individuales según sexo en la satisfacción con la vida..... 46
   - 2.5. Edad..... 48
   - 2.6. La interacción entre sexo y edad con respecto a la salud..... 50
   - 2.7. Conclusiones..... 53
3. Repercusión del trabajo, nivel socioeconómico y variables familiares, en la salud mental y física: influencia de factores ambientales..... 56
   - 3.1. Aspectos generales..... 56
   - 3.2. La segregacion ocupacional: hombres y mujeres en distintos trabajos..... 58
   - 3.3. El significado del trabajo para la mujer..... 61
   - 3.4. Múltiples roles..... 63
   - 3.5. Amas de casa y salud..... 69
   - 3.6. Mujeres empleadas y salud..... 70
   - 3.7. El desempleo en las mujeres y la salud..... 81

4. Formulación de las hipótesis teóricas..... 88

III.MÉTODO..... 91

1. Participantes-Muestra..... 92
2. Instrumentos de evaluación..... 94
3. Proceso de la investigacion (métodos y variables)..... 97
   - 3.1. Procedimiento..... 97
   - 3.2. Método utilizado..... 99
   - 3.3. Diseños, Tipos de Variables y Técnicas de Análisis de Datos utilizadas en el Estudio 1..... 100
   - 3.4. Diseños, Tipos de Variables y Técnicas de Análisis de Datos utilizadas en el Estudio 2..... 102

IV. RESULTADOS DEL ESTUDIO 1: INFLUENCIA DEL SEXO, LA EDAD Y EL NIVEL SOCIOECONÓMICO (VARIABLES DEMOGRÁFICAS) EN LA SALUD MENTAL..... 105

1. Comprobación de hipótesis..... 105
2. Análisis de resultados..... 106
3. Conclusiones y prospectiva..... 117

V. RESULTADOS DEL ESTUDIO 2: INFLUENCIA DEL SEXO, LA CONDICIÓN DE TRABAJO, LAS VARIABLES FAMILIARES (VARIABLES AMBIENTALES) Y RASGOS DE PERSONALIDAD EN LA SALUD MENTAL Y FÍSICA..... 130

1. Comprobación de hipótesis..... 130
2. Análisis de resultados..... 132
3. Conclusiones y prospectiva..... 158

VI. RESUMEN DE CONCLUSIONES FINALES 169

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 175

I. OBJETIVOS

En este apartado se señalará la importancia e interés de la investigacion, así como sus aplicaciones prácticas.

Este es uno de los estudios de un programa de investigación que tiene como **objetivo general** aportar conocimientos sobre la *calidad de vida y el grado de satisfacción personal y estrés* y, en definitiva de la SALUD que tienen las mujeres españolas (trabajadoras, amas de casa y mujeres en paro), en la etapa adulta de los 25 a los 65 años.

La definición de lo que se entiende por salud de la mujer ha ido evolucionando a partir de la década de los 70, desde una concepción basada en el modelo biomédico y centrada fundamentalmente en la salud reproductiva hasta definiciones más actuales que tratan de abarcar la influencia de factores muy diversos a lo largo de todo el ciclo vital de la mujer. Suele aceptarse en la actualidad como marco de referencia la definición propuesta en 1994 por la National Academy on Women's Health Medical Education de Estados Unidos, que establece que el concepto de "Salud de la Mujer" comprende tanto la preservación del bienestar como la prevención de la enfermedad en la mujer, lo que incluye el estudio, el diagnóstico y el manejo de las condiciones que:

- Son específicas de la mujer
- Son más frecuentes en la mujer
- Tienen mayor importancia en la mujer
- Y/o tienen manifestaciones, factores de riesgo o intervenciones que son diferentes para las mujeres.

Hay una conciencia cada vez mayor sobre la necesidad de realizar trabajos sobre género y salud, en los que se estudie precisamente a la mujer y su relación con aspectos médico/psicológicos, relacionados con el diagnóstico, los tratamientos, y los planes de acción comunitaria ya que históricamente la mayoría de los estudios se han venido realizando fundamentalmente con hombres (Sánchez-López, en prensa).

Lo que esto implica es que las mujeres empiezan a hacerse “visibles” para los profesionales de la salud, quienes, cada vez más, reconocen que pueden existir tanto diferencias como similitudes entre hombres y mujeres en la forma de enfermar, en la forma de curarse, en la forma de metabolizar los fármacos, en la forma de responder a la terapia, en la etiología de la enfermedad y en los factores de riesgo.

Puesto que se reconoce que la mujer no tiene por qué reaccionar de la misma manera que el hombre a los procedimientos de prevención, de diagnóstico y de tratamiento de las enfermedades (tanto físicas como mentales), las investigaciones relacionadas con la salud empiezan a incluir, de forma sistemática, sujetos femeninos

Por otro lado, se especula en diferentes medios de comunicación, así como en ciertos sectores que crean opinión social, sobre las posibles satisfacciones que la mujer obtiene con su incorporación al trabajo, su papel como madre, y/o sus tareas como ama de casa, así como sobre la cualidad de su salud mental y física.

Pero no se disponen de demasiados datos fiables en la población española que aporten conclusiones, con un cierto rigor, acerca de los beneficios, perjuicios, etc., que la mujer encuentra en las diferentes áreas en que se desenvuelve, sea el ámbito laboral, familiar o social, y las posibles consecuencias que de ellos se derivan como estrés, enfermedades psicosomáticas, así como las causas que pueden estar determinando e incidiendo en su calidad de vida (dedicación al trabajo, al hogar, a los hijos, implicación del cónyuge en las tareas domésticas y educativas, etc.).

Parece importante no generalizar sobre la MUJER en la época actual, y atribuir a todas las mujeres por igual, las mismas necesidades, características, metas, motivaciones, etc. Cada persona es única e irrepetible, y del mismo modo los logros que consigue una mujer pueden resultar estresantes o inoportunos para otra.

Pero el papel de la ciencia es ofrecer unos criterios que sirvan como principios generales, a partir de los cuales se pueda derivar alguna posibilidad de actuación, y en el caso de la Psicología, se trata de estudiar las diferencias existentes entre distintos *"grupos"* de mujeres.

Estas posibles diferencias se referirán fundamentalmente a los índices que reflejen una salud mental y buena adaptación de la persona al medio en el que vive, o en el otro polo, síntomas y aspectos relacionados con el estrés: nivel de insatisfacción personal, grado de ansiedad, enfermedades y trastornos psicosomáticos, autoestima negativa, inestabilidad emocional y, en general, aquellos rasgos del carácter que expresen inequívocamente la ausencia de una personalidad saludable desde el punto de vista psicológico. Acaso sea éste el referente primero y primordial para valorar la calidad de vida de una persona, y en este caso, de la mujer.

El conocimiento de estas diferencias y de las causas que las mantienen permitiría diseñar programas de intervención social más acordes y específicos con los problemas idiosincrásicos que planteara un grupo de mujeres y que, quizás, en otro grupo no aparecieran.

Por ejemplo, si se llega a concluir, a partir de esta investigación, que el grupo de mujeres de 45 a 65 años, que son únicamente amas de casa, sin trabajar fuera del hogar, y que tienen hijos y que pertenecen a un nivel socio-cultural bajo, presenta los niveles más altos de ansiedad-rasgo y de depresión con respecto a los otros grupos de mujeres, podría recomendarse la implementación de programas de apoyo social a la mujer en zonas deprimidas, en forma de gabinetes y asociaciones que prestaran consejo y ayuda, o a través del medio que estipularan conveniente las instituciones dedicadas a la a promoción de la mujer.

De la misma manera se puede pensar, por la edad de riesgo de este grupo de mujeres, en el desarrollo de programas de información y apoyo psicofísico sobre la Menopausia.

O, puede suceder que el grupo de mujeres que trabajan fuera y dentro del hogar presente niveles altos de inestabilidad emocional, acompañados de alta frecuencia e intensidad de trastornos físicos, manifestados a través de enfermedades, reacciones psicosomáticas, etc. En este caso puede resultar interesante, en cambio, promover con más fuerza y determinación desde las Empresas -de carácter público o privado-, Ministerios, etc., la oferta para las mujeres que lo deseen de la reducción de la jornada laboral, las ayudas para jadines de infancia, la posibilidad de un período de excedencia durante el primer año de los hijos, etc.

En el mismo sentido, puede ser recomendable desde el Instituto de la Mujer o donde corresponda, la elaboración y continuación de nuevas campañas publicitarias en las que se implique al marido con más fuerza e intensidad en el reparto igualitario de las tareas domésticas y de la educación de los hijos.

Igualmente, se obtendría información sobre el posible grupo de mujeres que presente el nivel más alto de satisfacción así como el menor grado de estrés y este "modelo" serviría para analizar las características y peculiaridades que acompañan a este grupo, para tratar de potenciarlas en programas de intervención social.

Así pues, se sostiene que, además de que cada mujer pueda estar influida por unas circunstancias únicas y estrictamente personales, y por el hecho general de ser mujer, existen condicionantes comunes que afectan de manera parecida a grupos particulares de mujeres. Esos condicionantes son fundamentalmente:

1. la edad,

2. el nivel socio-cultural,

3. el hecho de trabajar fuera del hogar y, en su caso, el tipo de trabajo,

4. la dedicación familiar en las tareas del hogar,

5. la dedicación familiar en la educación de los hijos,

6. la implicación del cónyuge en las tareas del hogar,

6. la implicación del cónyuge en la educación de los hijos,

8. las variables o rasgos de personalidad,

En el cuadro 1 se muestran esquematicamente algunos de los aspectos que se han analizado en esta investigación.

Cuadro 1: Representación esquemática de los factores estudiados en esta investigación.

Por tanto, **los objetivos específicos** que se plantean en este trabajo son:

I.- Evaluación de la influencia de **VARIABLES DEMOGRAFICAS** en el grado de satisfacción y estrés en la vida de la mujer española: ansiedad, autoestima, trastornos psicosomáticos, variables de personalidad sana, etc:

1. Evaluación de la influencia del hecho de *ser mujer* en el grado de satisfacción y estrés en la vida de la mujer española: ansiedad, autoestima, trastornos psicosomáticos, variables de personalidad sana, etc.

2. Evaluación de la influencia de la *edad* en el grado de satisfacción y estrés en la vida de la mujer española: ansiedad, autoestima, trastornos psicosomáticos, variables de personalidad sana, etc.

3. Evaluación de la influencia del *nivel socio-cultural* en el grado de satisfacción en la vida de la mujer española: ansiedad, autoestima, trastornos psicosomáticos, variables de personalidad sana, etc.

II.- Evaluación de la influencia de **VARIABLES AMBIENTALES Y FAMILIARES** en el grado de satisfacción y estrés en la vida de la mujer española: ansiedad, autoestima, trastornos psicosomáticos, variables de personalidad sana, etc:

1. Evaluación de la influencia del hecho de *trabajar fuera del hogar*, en el grado de satisfacción en la vida de la mujer española: ansiedad, autoestima, trastornos psicosomáticos, variables de personalidad sana, etc.

2. Evaluación de la influencia del *tipo de trabajo*, en el grado de satisfacción en la vida de la mujer española: ansiedad, autoestima, trastornos psicosomáticos, variables de personalidad sana, etc.

3. Evaluación de la influencia de la *dedicación familiar*, en el grado de satisfacción en la vida de la mujer española: ansiedad, autoestima, trastornos psicosomáticos, variables de personalidad sana, etc.

4. Evaluación de la influencia de *la implicación del cónyuge en las tareas del hogar*, en el grado de satisfacción en la vida de la mujer española: ansiedad, autoestima, trastornos psicosomáticos, variables de personalidad sana, etc.

5. Evaluación de la influencia *de la implicación del cónyuge en la educación de los hijos*, en el grado de satisfacción en la vida de la

mujer española: ansiedad, autoestima, trastornos psicosomáticos, variables de personalidad sana, etc.

III.- Evaluación de la influencia de **VARIABLES DE PERSONALIDAD** en el grado de satisfacción en la vida de la mujer española: ansiedad, autoestima, trastornos psicosomáticos, variables de personalidad sana, etc.:

1. Evaluación de la influencia de diferentes rasgos de personalidad (apertura, extroversión, responsabilidad, etc.) en el grado de satisfacción en la vida de la mujer española: ansiedad, autoestima, trastornos psicosomáticos, etc.

No se quiere hacer un listado exhaustivo de los objetivos específicos ya que cada objetivo, además, se puede cruzar y asociar, como se muestra a continuación, con diferentes variables como la edad, el tipo de trabajo, el grado de dedicación familiar, la predominancia de unos rasgos de personalidad u otros, etc. Algunos ejemplos son:

1. Evaluación de la influencia de la edad y del hecho de trabajar, en el grado de satisfacción en la vida de la mujer española: ansiedad, autoestima, trastornos psicosomáticos, variables de personalidad sana, etc.

2. Evaluación de la influencia de la edad y de la dedicación familiar en el grado de satisfacción en la vida de la mujer española: ansiedad, autoestima, trastornos psicosomáticos, variables de personalidad sana, etc.

3. Evaluación de la influencia de la edad, del tipo de trabajo y del nivel socio-cultural en la vida de la mujer española: ansiedad, autoestima, trastornos psicosomáticos, variables de personalidad sana, etc.

Los resultados de esta investigación pueden beneficiar a la población en general, pero sobre todo a las mujeres de 25 a 60 años, ya que conociendo mejor los factores que determinan su satisfacción personal y la aparición de estrés, se podrá intervenir

sobre ellos a través de programas de intervención social y empresarial, mejorando la calidad de vida de las mujeres, lo que, además, afectará a diferentes áreas de su vida personal, familiar y laboral.

Igualmente, los profesionales de la salud como médicos, psicólogos, enfermeros, asistentes sociales etc., pueden tener una serie de datos a partir de este estudio que oriente sus actuaciones con la población femenina y que potencien comportamientos más sanos y en la mujer cuando padezca una enfermedad o cuando acuda al médico con síntomas inespecíficos de malestar o dolor físico.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. SALUD MENTAL Y FÍSICA: ASPECTOS INTRODUCTORIOS.

El término salud es un concepto amplio que presenta diversas acepciones según nos estemos refiriendo a los aspectos físicos o psicológicos. En este trabajo se ha considerado que este concepto de salud con la doble vertiente "física y mental" reflejaba adecuadamente lo que se quería evaluar: un grado aceptable de adaptación exitosa de la persona a su ambiente, caracerizado, al menos, por no presentar síntomas psicopatológicos y trastornos físicos moderados o graves y por exhibir un nivel básico de bienestar personal y social.

Por tanto, la primera tarea ha consistido en desgranar, para después poder operativizar con fines metodológicos de medida y análisis, los elementos que posiblemente pueden formar parte de este constructo de salud mental o personalidad sana, por un lado y de salud física, por otro lado.

Respecto a la salud psicológica se exponen seguidamente los índices que son adoptados de una manera u otra por varios autores y que gozan de consenso científico, a la hora de asumir que si se tienen ciertos rasgos de personalidad o se manifiestan determinados comportamientos, la persona gozará de un grado considerable de felicidad o será más resistente al sufrimiento. O, al menos, que si la frustración y el dolor aparecen podrá sobrellevarlo de manera más airosa sin que dañe irreparablemente su visión de la vida y de sí misma y pueda conducirle a las muchas formas en que se manifiesta la problemática psicopatológica como el suicidio, la depresión o los trastornos de ansiedad.

Desde luego, poseer estas características psicológicas que ahora se van a detallar, no garantiza nada, pero parece ser que "protege" ante las situaciones conflictivas y duras que se nos presentan diariamente. Y esta aseveración no procede sólo del sentido común sino de los muchos estudios y trabajos científicos que coinciden en sus planteamientos fundamentales.

Así, la satisfacción personal autopercibida constituye desde hace tiempo un tema estudiado por la investigación y la teoría psicológica. Bajo el rótulo de bienestar, de satisfacción o de felicidad existen tanto revisiones como tratados (Argyle, 1987; Veenhoven, 1984) que se han hecho clásicos del tema. Los estudios empíricos sobre su asociación con diferentes dimensiones comportamentales y estilos de personalidad han proliferado en los últimos años (Lu y Shih, 1997; Rector y Roger, 1996) orientando en la actualidad sobre un posible constructo de personalidad sana o estilos psicológicos asociados a salud mental (Fierro y Cardenal, 2001).

En los últimos años se han multiplicado los estudios sobre relaciones de dimensiones o factores de personalidad con trastornos psicopatológicos, en especial con los conceptuados como trastornos de personalidad (Eje II del sistema DSM: cf. Asociación Americana de Psiquiatría, 1994), y asímismo, en el otro polo, relaciones con la que cabe llamar personalidad "sana" o "saludable" (healthy personality) (Jourard y Landsman, 1987) o también personalidad "madura" (Zacarés y Serra, 1998).

Según Fierro y Cardenal (2001) existe actualmente un volumen no desdeñable de investigación sistemática de las relaciones entre salud/ trastorno psicológico y

dimensiones de la personalidad en varios de los modelos mejor fundamentados: el de tres factores (Eysenck, 1994), el "circumplejo" (circumplex) (Pincus, 1994), y, sobre todo, el de los "cinco grandes factores" (big five factors model), donde empieza a ser copiosa, no fácil de abarcar, la evidencia empírica y la literatura consiguiente (Costa y Widiger, 1993; Shopshire y Craik, 1994; Widiger y Trull, 1992).

Hoy cabe dar por adquirido que "rasgos" (traits) y "estados" (states) de personalidad constituyen predictores de bienestar subjetivo (Adkins, Martin y Poon, 1996) y también, con generalidad mayor, que la estructura o configuración individual de la personalidad es relevante para la psicopatología (Watson, Clark y Harkness, 1994) (Ver cuadro 2).

Cuadro 2: Algunos indicadores de salud mental y física relacionados con la personalidad y los trastornos psicológicos que se han evaluado en esta investigación.

Por otro lado, sexo y edad constituyen sin duda las características individuales objetivas más claramente asociadas a variables psicológicas. Interesa, por tanto, indagar sobre las diferencias que puedan aparecer en ciertas predisposiciones o simples dimensiones comportamentales habitualmente acogidas como "personalidad" y que son adecuados indicadores de la calidad de vida que tiene el sujeto o al menos reflejo de la ausencia de trastornos psicopatológicos (Cardenal y Fierro, 2001).

Conocer en qué etapa del ciclo vital y si en hombres y mujeres hay diferencias en algunos rasgos de personalidad puede ayudar al psicólogo a programar estrategias de intervención que mejoren las condiciones de desarrollo psicológico de las personas, y procurar así una mayor calidad de vida, y, en definitiva, contribuir a una mayor felicidad de los miembros de una sociedad.

Por tanto, se van a comentar en este apartado primeramente algunas caracerísticas de los indicadores psicológicos que se han elegido en este trabjo para identificar la salud mental, y en segundo lugar se explicarán los índices físicos que se han evaluado para referirse a la salud física. Y se expondrá en los próximos capítulos 2 y 3 más detalladamente los hallazgos más relevantes en cuanto a la influencia de diferentes variables como el sexo, la edad, el trabajo, las variables familiares, etc. en la salud psíquica y física en general.

Respecto a los **cinco grandes factores de personalidad** -Big Five- (Estabilidad emocional, Extroversión, Apertura a la experiencia, Afabilidad y Responsabilidad) se considera que son rasgos importantes que se pueden asociar a un estilo de afrontamiento saludable.

Los rasgos de Estabilidad emocional y de Extroversión serían las dos principales dimensiones que muestran relaciones con salud mental (Costa y McCrae, 1985, 1992). Es decir, presentar equilibrio emocional y mostrar tendencia a mantener relaciones sociales fluidas, así como ser capaz de expresar los sentimientos, irían encaminado a proteger a la persona de padecer trastornos psicopatológicos.

En menor medida, aunque también, se ha probado la relación que existe entre el rasgo de Apertura, que se identifica con flexibilida mental y tolerancia, y una

personalidad más saludable (Costa y McCrae, 1985, 1992; Pervin, 1998, Pervin y John, 1999)

Los factores de Amigabilidad y Responsabilidad también presentan asociaciones con salud mental pero menos fuertes que los anteriores, y, desde luego simpre que esas características no sean muy extremas y entonces puedan derivar en patologías como trastorno por dependencia y trastornos obsesivo-compulsivos, respectivamente (Costa, McCrae y Siegler, 1999). En el cuadro 3 se muestran las características más significativas de estos cinco rasgos de personalidad, cuando la persona los presenta dentro de la normalidad y también cuando están muy intensificados por exceso y por defecto.

Características de la puntuación alta	Escalas de rasgo	**Características de la puntuación baja**
NEUROTICISMO		
Preocupado, inseguro, triste nervioso, incapaz, culpable, hipocondríaco.	Evalúa la adaptación contra la inestabilidad emocional. Identifica a los individuos que tienden a la angustia psicológica, ideas poco realistas, ansias o impulsos excesivos, respuestas de afrontamiento desadaptadas.	Calmado, relajado, poco emocional, resistente, seguro, satisfecho consigo mismo.
EXTRAVERSIÓN		
Sociable, activo, platicador, orientado hacia la gente, optimista, divertido, afectivo.	Evalúa la cantidad e intensidad de la interacción interpersonal; el nivel de actividad; la necesidad de estimulación y la capacidad de gozo.	Reservado, serio, apartado poco exuberante, orientado hacia el deber, retraído, callado, tímido.
APERTURA		

Curioso, de amplios intereses, creativo, original, imaginativo, poco tradicional.	Evalúa la búsqueda de actividad, la apreciación de la experiencia, la flexibilidad y la tolerancia.	Convencional, materialista, de intereses reducidos, poco artístico, poco analítico.
CORDIALIDAD		
Compasivo, confiable, afable, bondadoso, servicial, humilde, ingenuo, honesto.	Evalúa la calidad de la orientación interpersonal a lo largo de una línea que va de la compasión a la hostilidad en pensamientos, sentimientos y acciones.	Cínico, rudo, suspicaz, poco cooperativo, vengativo, cruel, manipulador, hostil, agresivo.
RESPONSABILIDAD		
Organizado, confiable, trabajador, disciplinado, puntual, escrupuloso, pulcro, ambicioso, perseverante.	Evalúa el nivel de organización, persistencia y motivación del individuo en la conducta dirigida hacia sus metas. Contrasta a la gente organizada y responsable con aquella que es anárquica.	Sin objetivos, poco confiable, perezoso, descuidado, laxo, negligente, hedonista, de débil disposición, indisciplinado.

Cuadro 3: Los cinco factores y escalas ilustrativas (Costa y McCrae, 1985, 1992).

Así, la evaluación de estos cinco factores está especialmente indicada para el análisis de algunos de los rasgos más importantes de personalidad. Y será relevante verificar si la mujer aparece con más puntuación en estos rasgos y estudiar qué factores pueden estar incidiendo y las consecuencias que de ello se derivan.

Por tanto, el estudio de los Estilos diferenciales de personalidad en población adulta española es uno de los objetivos importantes de esta investigación y cuenta con estudios precedentes en esta misma línea (Sánchez-López, Casullo y Aparicio García, 1999).

La Ansiedad ha sido otro de los rasgos importantes de personalidad que se ha evaluado como indicador de desajuste psicológico o peor salud mental. En muchas de las patologías mentales y tratornos psicológicos así como enfermedades o disfunciones físicas, la ansiedad juega un papel determinante. En las últimas décadas ha sido el estrés el vehículo que en el que se ha depositado esta carga de tensión y de angustia en forma de ansiedad.

Si cuantificamos la frecuencia o la intensidad de las reacciones de ansiedad (preocupaciones, inseguridad, temor, palpitaciones, aceleración cardiaca, evitación de situaciones, etc.) se puede medir nuestro nivel de ansiedad.

De esta forma, en esta investigación, se ha evaluado el nivel general de ansiedad o rasgo general de personalidad ansiosa y los tres tipos de ansiedad (Cano y Miguel-Tobal, 1999):

- Ansiedad cognitiva: se refiere a lo que pensamos (llamado sistema cognitivo) y alguno de los síntomas típicos son:
  - Preocupación
  - Pensamientos o sentimientos negativos sobre uno mismo
  - Inseguridad
  - Temor a que nos noten la ansiedad y a lo que pensarán si esto sucede.

- Ansiedad fisiológica: se refleja en las respuestas fisiológicas que emite nuestro cuerpo como:
  - Molestias en el estómago
  - Sudor
  - Temblor
  - Tensión
  - Palpitaciones, aceleración cardiaca

- Ansiedad Motora: se manifiesta a través de lo que hacemos, de nuestro comportamiento. Algunas conductas muy frecuentes son:
  - Movimientos repetitivos (pies, manos, rascarse, etc.)
  - Fumar, comer o beber en exceso
  - Evitación de situaciones

Esta valoración permite diferenciar por sus altas puntuaciones a distintos grupos de personas con trastornos cardiovasculares, como hipertensión, arritmias, etc.; sujetos con trastornos dermatológicos; personas que padecen dolores relacionados con tensión; etc. y sujetos con trastornos de ansiedad (crisis de ansiedad, agorafobia, fobia social, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, etc.).

Todas las personas presentan a veces síntomas de ansiedad que se pueden observar cuando uno está nervioso, tenso y agitado y pueden ser tomados como un índice de nuestro nivel de ansiedad.

Actualmente, el entrenamiento en técnicas psicológicas de tipo cognitivo-conductual ha demostrado su eficacia a la hora de eliminar o disminuir los síntomas de ansiedad de manera permanente. El individuo aprende técnicas como la relajación, intenta relacionar su activación fisiológica con sus pensamientos, consigue interpretar la realidad de una manera menos amenazante, etc., se entrena, en definitiva, para dar respuestas adecuadas a las demandas de la situación. Con ello habrá logrado controlar y manejar su ansiedad. Habrá acabado así con el sufrimiento que supone el padecer niveles de ansiedad muy altos e incontrolados.

La **Satisfacción Personal** resume la calidad de vida de un sujeto y está relacionada con otras variables de personalidad como locus de control, autoestima, introversión-extraversión (Fierro y Cardenal, 1993, 1996). Igualmente la Satisfacción Personal está asociada con los estilos de vida (Sánchez-López y Díaz Morales, 1998).

La Satisfacción se define normalmente como el componente cognitivo del bienestar subjetivo (Veenhoven, 1984), entendido éste, a su vez, como una actitud (Argyle, 1987; Stark, Argyle y Schwartz, 1991).

Puede ser medida globalmente o en relación con dominios específicos, entre los cuales, tradicionalmente, los sujetos consideran que la familia y el trabajo ocupan un lugar importante para explicar su satisfacción global (Campbell, Converse y Rodgers, 1976). Por eso, en este trabajo, se operativiza la Satisfacción como Satisfacción Laboral (SL), Satisfacción Familiar (SF) y Satisfacción Global, disponiendo de este modo de una mayor precisión a la hora de entender cómo valora una persona su bienestar y contento en el medio vital en que se desarrolla.

En estudios previos (Sánchez-López y Quiroga, 1995; Sánchez-López y Aparicio García 1998) se ha definido un constructo, Congruencia/Incongruencia (C/I) que supone que no es posible tratar el mundo del trabajo y el mundo de la familia aisladamente en relación con los Estilos de Vida. Los resultados empíricos así lo

confirman (Díaz Morales y Sánchez-López, 2001; Sánchez-López y Díaz Morales, 1998).

La satisfacción, también, ha sido evaluada con una escala de ítem único (Sánchez-López, Aparicio, Cárdenas, Dávila y Díaz, 1996), que es una de las medidas que se han utilizado en este estudio.

Otros trabajos han tratado de analizar las causas de insatisfacción familiar, estableciendo perfiles diferenciales entre hombres y mujeres (Quiroga y Sánchez-López, 1997). Uno de los resultados fundamentales de este trabajo ha sido que, independientemente del nivel profesional de la mujer, una de las causas fundamentales de la insatisfacción en ella está ligada a los problemas y dedicación que exigen las tareas domésticas.

En otro estudio (Sánchez-López y Quiroga, 1998) se analizan las causas de la insatisfacción laboral, poniéndose de manifiesto que las mujeres sienten más que los hombres la invasión del mundo familiar en el laboral.

De la misma manera se ha establecido que el bienestar personal puede evaluarse a partir de la discrepancia que se produce entre las metas y objetivos que proyecta una persona y la percepción que tiene sobre la consecución de los mismos (Castro Solano y Sánchez-López, 2000). Este índice es muy importante ya que es probable que una persona que haya conseguido pocos logros, no obstante, se sienta más satisfecha que otra que alcanzó más metas, debido a que las exigencias y aspiraciones que se había propuesto eran mucho menores.

Además de las variables señaladas, se comprobó, al analizar las influencias de los Estilos de Vida en la Satisfacción, que había un porcentaje de varianza que no se explicaba por esta influencia (Sánchez-López y Quiroga, 1995). Se hipotetizó la existencia de variables que explicaban que, en las mismas condiciones, la satisfacción de los sujetos fuera diferente. Por ello, se incluyeron las Variables de Personalidad y variables culturales.

La **Autoestima** se refiere al conjunto de valoraciones y evaluaciones, que se traducen en sentimientos, opiniones y comportamientos, sobre la configuración

organizada de percepciones, de autoconceptos y de autoimagen que tiene el sujeto de forma consciente, y que pueden ser autoinformados por el individuo. A pesar de que, a veces, pueden están influidos por contenidos inconscientes (Cardenal, 1999).

La Autoestima, por tanto, es un importante predictor de salud mental que está ligado a otros muchos indicadores de bienestar personal y de personalidad sana (Cardenal y Díaz, 2000a). Así, según Cardenal y Fierro (2003) se relaciona con la percepción de la propia competencia (Novick, Cauce y Grove, 1996), con el logro y el éxito (Mruk, 1983), con el rendimiento en el trabajo (Judge, Erez y Bono, 1998), con la amplitud y variedad de intereses vocacionales (Mullis y Mullis, 1997).

Además, se ha comprobado que hay problemas de autoestima en diversos síndromes clínicos y que la depresión se asocia a una autoestima baja (Moyal, 1977). Igualmente, la baja autoestima aparece como predictor significativo del aislamiento social (McWhirter, 1997), de la presencia de comportamientos agresivos e inestables en niños y adolescentes (Lo Coco y Manna 1998), y de los trastornos de alimentación en jóvenes de 13 y 14 años (Canals, Carbajo, Fernandez, Marti-Henneberg y Domenech, 1996), asociándose con mayor presencia de rasgos psicopatológicos de personalidad en las chicas con respecto a los chicos, las cuales suelen mostrar, incluso a edades cada vez más tempranas, una fuerte dependencia de su autoimagen corporal para formar su autoestima.

Por otro lado, en las últimas revisiones se sostiene que la mujer, a partir de la adolescencia, presenta niveles más bajos que el hombre en su autovaloración (Cardenal, 1999; Major y cols., 1999). Además, este resultado es consistente con la bibliografía clínica que señala que la depresión aparece en una proporción doble en la mujer con respecto al hombre (Nolen-Hoeksema, 1987; Nolen-Hoeksema y Girgus, 1994), y la asociación entre baja autoestima y depresión está fuertemente probada (McWhirter, 1997; Moyal, 1977).

Igualmente, se ha confirmado (Cardenal y Díaz, 2000b) la tendencia a que las chicas asocien más fuertemente que los chicos su autoestima a la imagen física corporal, lo que puede potenciar el padecimiento de trastornos como la anorexia.

En cuanto a los índicadores de salud física, se han elegido aquellos que son más representativos a la hora de reflejar que la persona goza de una buena salud o que no presenta síntomas físicos patológicos.

Así, algunos aspectos que se han tendio en cuenta son: el nivel de dolor físico global que presenta la persona, el número de veces que ha asistido al médico en los dos últimos años, la cantidad de ingesta de fármacos y psicofármacos, la presencia de enfermedad crónica, etc.

2. DIFERENCIAS EN CUANTO AL SEXO Y LA EDAD EN SALUD MENTAL Y FÍSICA: INFLUENCIA DE VARIABLES DEMOGRÁFICAS.

Ya se ha comentado anteriormente que el objetivo general de esta investigación es evaluar cuáles son las variables que están explicando las diferencias individuales en la satisfacción autopercibida y el bienestar físico y psicológico entre distintas mujeres y entre éstas y los varones. Para llegar a este punto, hemos de analizar primero la influencia de las variables demográficas clásicas, esto es, sexo y edad. A lo largo de la búsqueda de la explicación de las diferencias está constantemente planteada la cuestión de sí estas dos variables demográficas, sexo y edad, actúan de forma independiente y, lo que es aún más importante, si son en sí mismas suficientes para explicar las diferencias. Planteada la doble cuestión de una forma más técnica, las preguntas serían: ¿Hay interacción entre las variables sexo y edad a la hora de explicar las diferencias entre nuestras variables dependientes? y ¿el porcentaje de varianza explicado por cada una de ellas es suficientemente importante? Estas son las dos preguntas que intentamos contestar en los apartados siguientes, con el fin de poder plantear correctamente nuestras hipótesis.

2.1. SEXO Y GÉNERO: QUÉ TÉRMINOS VAMOS A UTILIZAR.

A lo largo de todo esta investigación se mantiene conscientemente la denominación de “sexo” y no “género”; las investigadoras pretenden así conservan el sentido primigenio de ambas denominaciones, desde la perspectiva en la que históricamente fueron propuestas (cfr., por ejemplo, Marecek, 1995; Deaux, 1984; Flax, 1987). Básicamente, “sexo” es un término biológico, “género” es un término cultural. Pero las cosas se han complicado a partir de una distinción que en los primeros momentos (años 60 y 70) fue bastante clara; para ilustrar esta confusión es muy significativa la aseveración de Crawford (1995), pág. 9, reproducida por Martínez Benlloch y Bonilla Campos (2000):

"La distinción entre los términos sexo y género [...] fue un intento significativo de separar lo biológico (sexo) de lo social (género) y abrir así vías para criticar lo social. No obstante [...] esta distinción no se ha mantenido. Al contrario, ha degenerado en confusión, inconsistencia y discusiones terminológicas.[...] En lugar de definir modos de ser y de comportarse construidos socialmente, el género se ha convertido en sexo [...] Estudios recientes sobre diferencias de sexo prácticamente idénticos a los publicados hace dos décadas son ahora llamados estudios sobre diferencias de género. Un extenso informe [...] trata del aborto selectivo basado en el "género del feto"; un investigador psicológico se refiere al "género" de las ratas de su laberinto; en el envoltorio de un suéter para caballeros aparece "género masculino"...".

Sin embargo, como es también cierto que en la actualidad se ha producido una cierta íntercambiabilidad entre los términos, la postura de las autoras es suficientemente flexible como para permitir la sustitución del término "sexo" por el de "género" en la mayoría de las ocasiones. A pesar de todo, no nos resistimos a poner de manifiesto nuestra convicción (avalada por la bibliografía) sobre la correcta utilización de los términos "sexo" y "género", para no hurtar al lector nuestra postura al respecto. Obviando la fundamentación etimológica e histórica (como mero ejemplo, puede consultarse Fernández, 1996 y Martínez y Bonilla, 2000) pero basándonos en ella, denominamos "diferencias entre sexos" a las diferencias que se observan entre varones y mujeres en un conjunto de variables físicas, psicológicas, sociales o del tipo que sean. El término de "género" debe reservarse a las referencias que se hagan a las variables explicativas de las diferencias, producto del proceso de socialización. He aquí por qué no es adecuado hablar del género de las ratas, por ejemplo.

2.2. RELACIÓN ENTRE SEXO, MORTALIDAD Y MORBILIDAD: LAS DIFERENCIAS EN SALUD.

En el nivel descriptivo, las diferencias en salud física entre hombres y mujeres están bien documentadas (Rodin e Ickovics, 1990; McBride y McBride, 1994;

estadísticas del INE). Las estadísticas disponibles de España y de la Comunidad de Madrid confirman la tendencia mundial:

1. Mayor cantidad de mujeres que de hombres en la población (Tabla1).

2. Más varones que mujeres nacidos vivos (Tabla 2).

3. Tendencias en mortalidad: mayor número de varones que de mujeres en muertes fetales tardías (Tabla 3).

4. Tendencias en mortalidad: Mayor número de varones que de mujeres en las defunciones, por años, tanto en Madrid (Gráfica 1) como en España (Gráfica 2).

5. La misma tendencia desde otro prisma: la esperanza de vida favorece a las mujeres (Gráfica 3).

Tabla 1: Evolución de la población de derecho según censos oficiales.

Comunidad de Madrid

	1998	1999	2000	2001	2002 (p)
Total	5.091.336	5.145.325	5.205.408	5.372.433	5.625.019
Hombres	2.444.267	2.472.682	2.501.285	2.584.779	2.694.664
Mujeres	2.647.069	2.672.643	2.704.123	2.787.654	2.896.339

Fuente: Censo de Población Municipal de habitantes del INE.

Tabla 2: Proporción de hombres respecto a mujeres entre los nacidos vivos.

	1996	1997	1998	1999	2000
Proporción de hombres respecto a mujeres	1,04	1,06	1,07	1,07	1,07

Fuente: Censo de Población Municipal de habitantes del INE.

Es decir, a pesar de que nacen más varones que mujeres, el número de éstas supera al de los varones cuando se evalúa la población general. Esto se debe a la mayor mortalidad masculina en todas las etapas del ciclo vital humano, incluida la etapa de la gestación, como se ve en la Tabla 3.

Tabla 3: Muertes fetales tardías por sexo del fallecido.

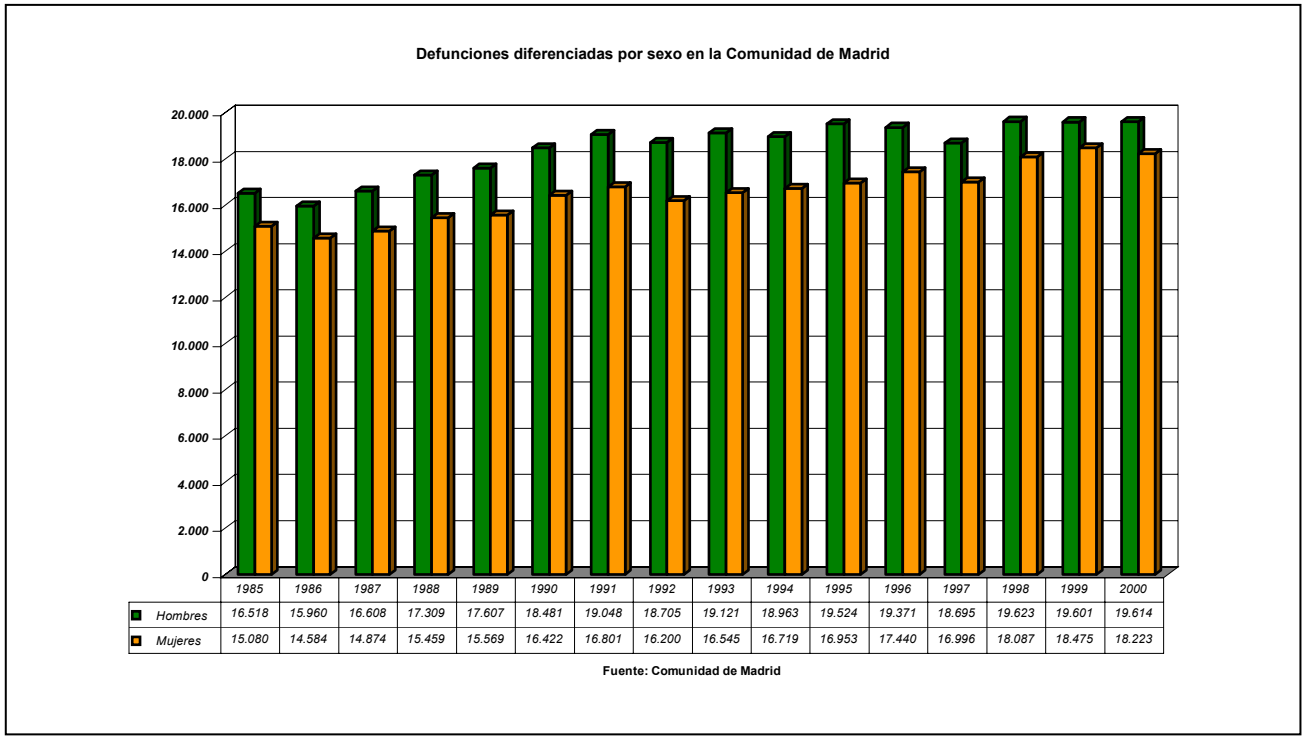
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Total inscripciones Comunidad	301	263	245	201	187	171	162	178	161	153	154	158	159
Varones	158	142	123	100	91	98	98	91	99	82	95	79	85
Mujeres	143	121	122	101	96	73	64	87	62	71	59	79	74

Fuente: Estadísticas del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

En las dos gráficas siguientes se aprecian las tendencias en mortalidad, tanto en la Comunidad de Madrid como en toda España.

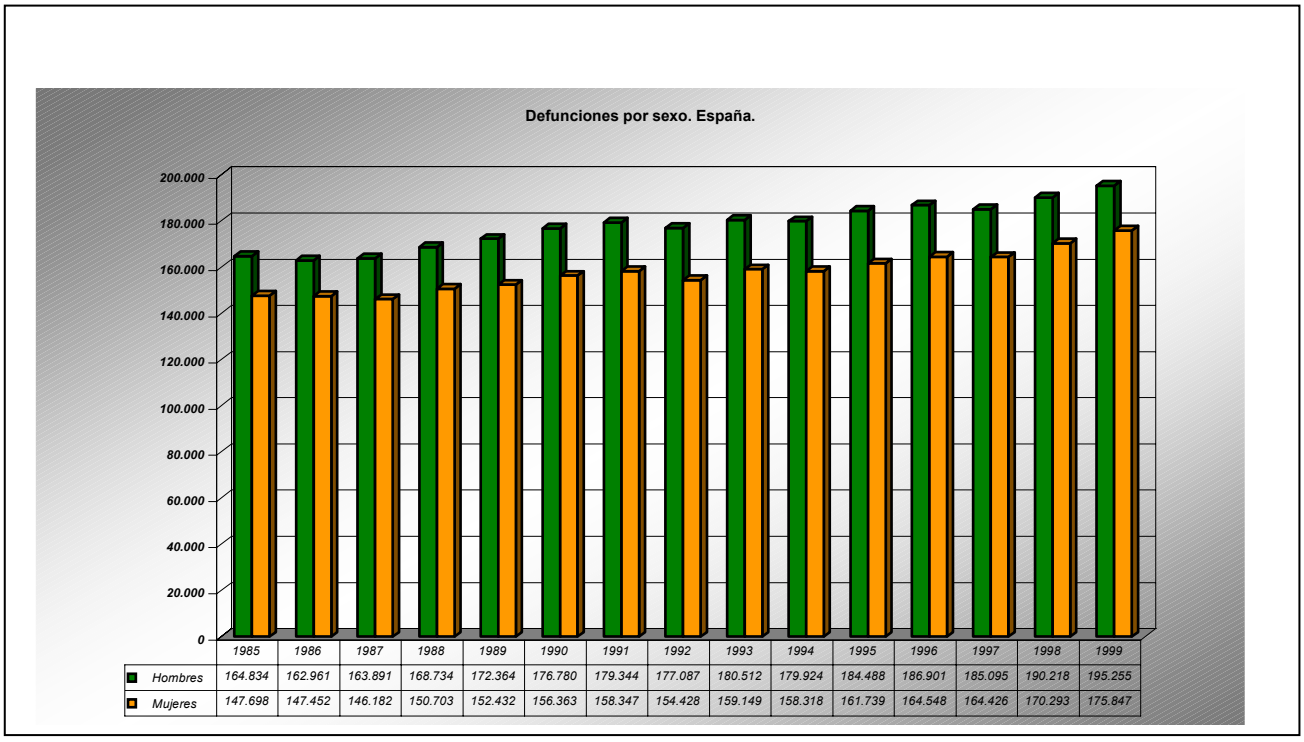
Gráfica 1

Defunciones de hombres y mujeres. Comunidad de Madrid



Gráfica 2

Defunciones de hombres y mujeres. España



	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Hombres	164.834	162.961	163.891	168.734	172.364	176.780	179.344	177.087	180.512	179.924	184.488	186.901	185.095	190.218	195.255
Mujeres	147.698	147.452	146.182	150.703	152.432	156.363	158.347	154.428	159.149	158.318	161.739	164.548	164.426	170.293	175.847

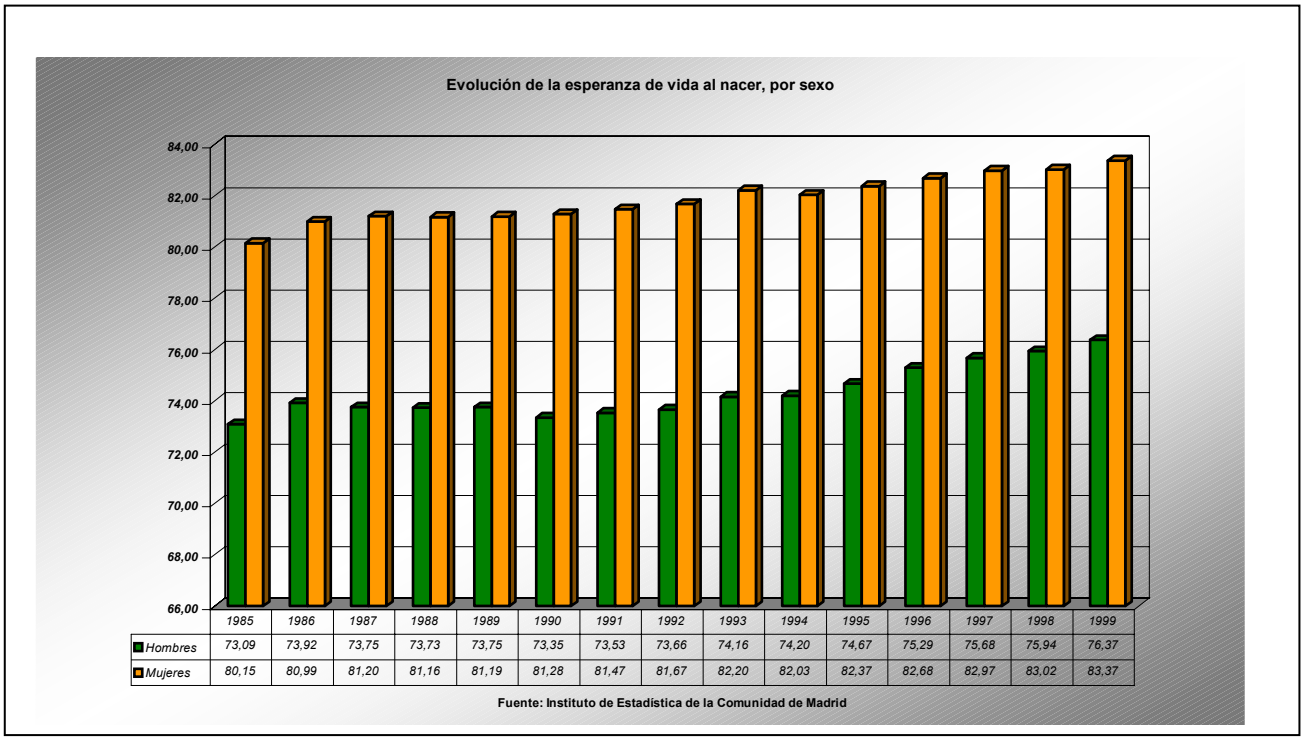
Por lo tanto, a todas las edades, es mayor la mortalidad masculina que la femenina. Este es un dato conocido y comprobado desde hace muchos años, que se sigue repitiendo, aunque las condiciones sociales cambien e igualen más las situaciones de riesgo entre los dos sexos.

Puede apreciarse que la tendencia de los datos de la Comunidad de Madrid no difiere significativamente, en general, de la tendencia de los datos de toda España, por lo que, a partir de ahora, sólo se incluirán las gráfica basadas en la población de Madrid, con el fin de que pueda apreciarse mejor el cuadro general.

En la Gráfica 3 aparece la evolución de la esperanza de vida en los últimos años en la población de la Comunidad de Madrid.

Gráfica 3

Evolución de la esperanza de vida al nacer, en hombres y mujeres. Comunidad de Madrid.



	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Hombres	73,09	73,92	73,75	73,73	73,75	73,35	73,53	73,66	74,16	74,20	74,67	75,29	75,68	75,94	76,37
Mujeres	80,15	80,99	81,20	81,16	81,19	81,28	81,47	81,67	82,20	82,03	82,37	82,68	82,97	83,02	83,37

Con respecto a la esperanza de vida en el momento del nacimiento, ésta se ha incrementado para ambos sexos, fundamentalmente desde 1940, pero el incremento ha sido sustancialmente mayor para la mujer que para el hombre. Es decir, la mujer, como grupo, vive más que el hombre, como grupo. Y esto sucede tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. No conviene olvidar, sin embargo, que la diferencia a favor de las mujeres ha aparecido en el siglo XIX: la disminución del índice de fertilidad y de la mortalidad materna, combinada con la mejora en la nutrición, ha reducido drásticamente, en general, la mortalidad femenina prematura.

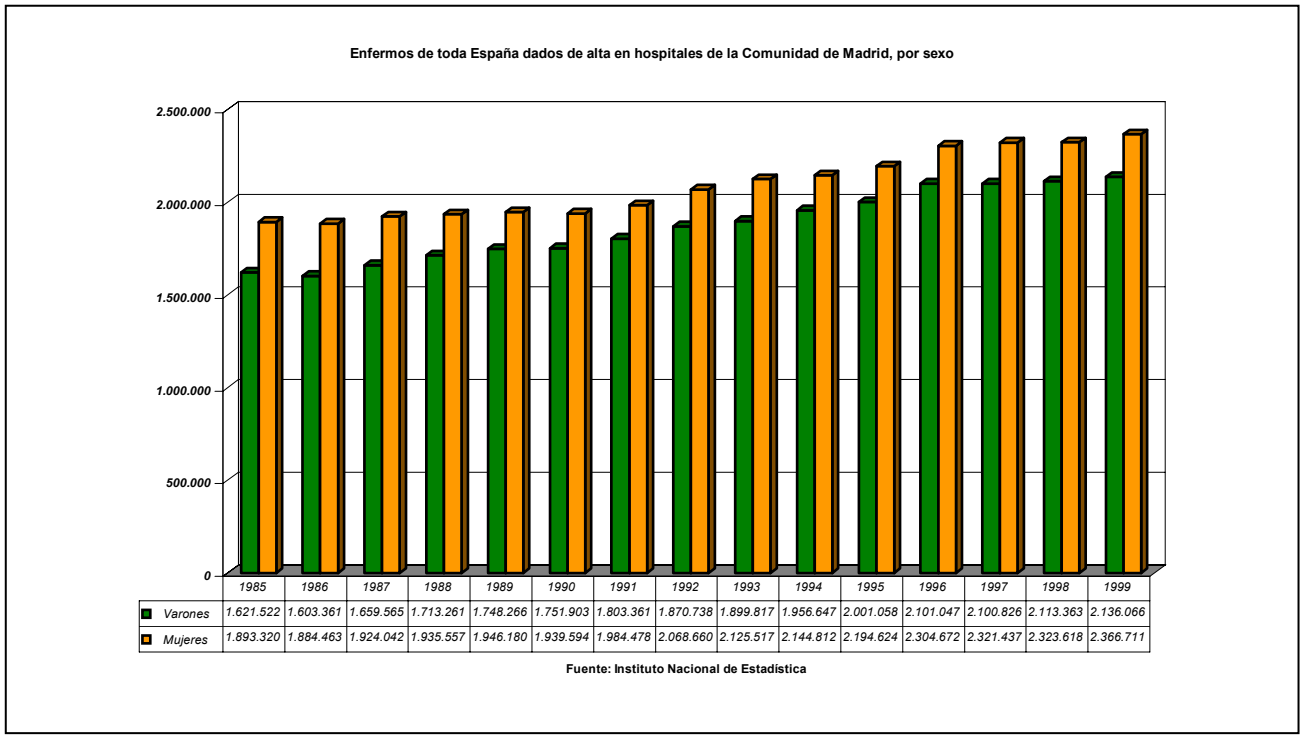
Las mujeres viven más, pero tienen peor salud

Una de las consecuencias de la mayor esperanza de vida femenina, es que las mujeres predominan entre los ancianos. Este hecho explica, en parte, pero no totalmente, la mayor morbilidad femenina. Esta aparece en numerosos

estudios, hasta el punto de que la combinación de ambos hechos, mayor mortalidad masculina y mayor morbilidad femenina ha dado lugar al término "paradoja mortalidad/morbilidad" cuando se habla de la salud de la mujer. Un ejemplo de la existencia de este hecho y de su universalidad, puede verse en las gráficas siguientes: las gráficas 4 y 5 se refieren a los enfermos dados de alta en los hospitales de la Comunidad de Madrid: en el primer caso se trata de enfermos de toda España, en el segundo de residentes en Madrid.

Gráfica 4

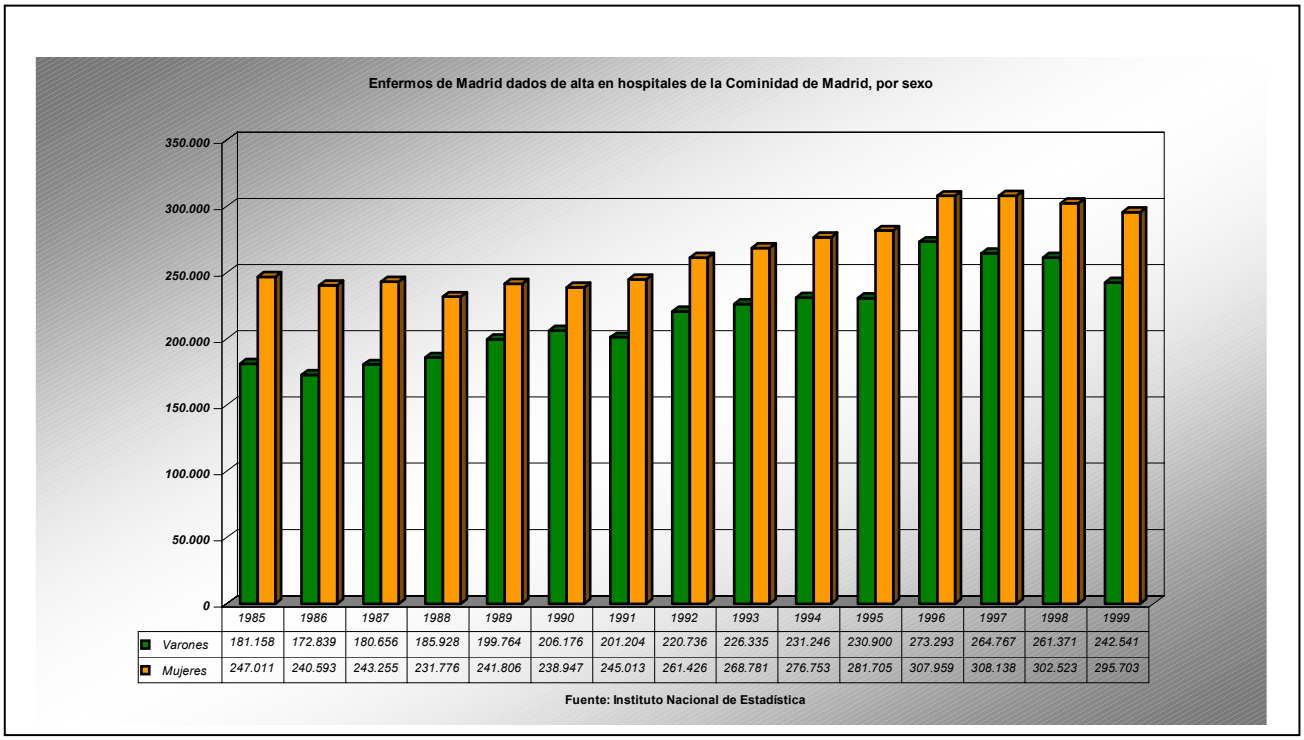
Enfermos provenientes de toda España dados de alta en hospitales de la Comunidad de Madrid, por sexo.



	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Varones	1.621.522	1.603.361	1.659.565	1.713.261	1.748.266	1.751.903	1.803.361	1.870.738	1.899.817	1.956.647	2.001.058	2.101.047	2.100.826	2.113.363	2.136.066
Mujeres	1.893.320	1.884.463	1.924.042	1.935.557	1.946.180	1.939.594	1.984.478	2.068.660	2.125.517	2.144.812	2.194.624	2.304.672	2.321.437	2.323.618	2.366.711

Gráfica 5

Enfermos residentes en Madrid dados de alta en hospitales de la Comunidad de Madrid, por sexo.

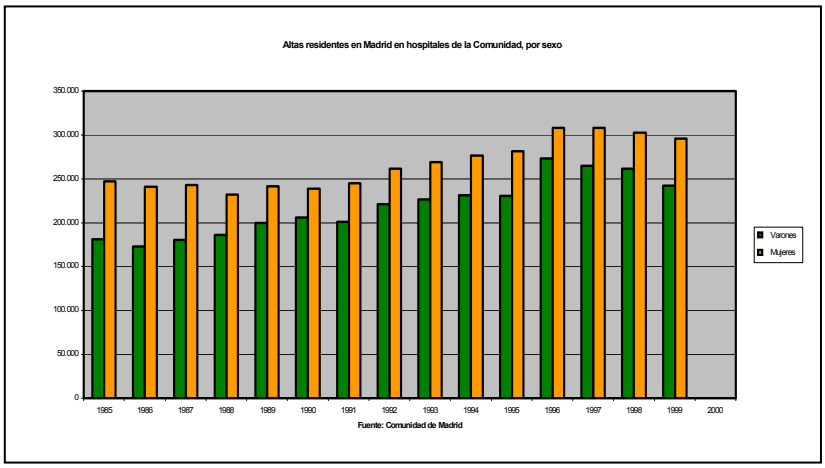


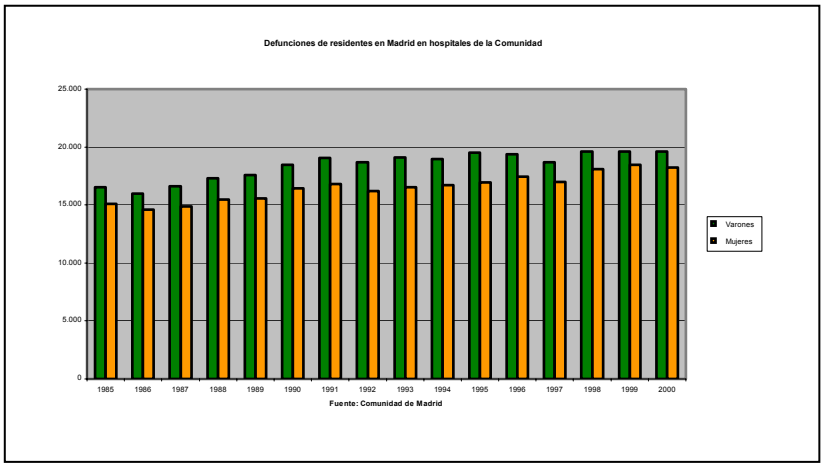
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Varones	181.158	172.839	180.656	185.928	199.764	206.176	201.204	220.736	226.335	231.246	230.900	273.293	264.767	261.371	242.541
Mujeres	247.011	240.593	243.255	231.776	241.806	238.947	245.013	261.426	268.781	276.753	281.705	307.959	308.138	302.523	295.703

Es decir, aún descontando el mayor número de mujeres en la población total, se pone de manifiesto el mayor número de enfermas en los hospitales, lo que indica una mayor morbilidad. Ahora bien, si en vez de tener en cuenta sólo las altas, comparamos éstas con las defunciones, el cuadro se hace aún más nítido, como se aprecia en la Gráfica 6.

Gráfica 6

Comparación altas/defunciones totales de residentes en Madrid, en los hospitales de la Comunidad de Madrid, por sexo.





Como puede apreciarse, la tendencia cambia según se trate de defunciones o de altas producidas en los hospitales, debidas a todo tipo de enfermedades. Cuando se trata de defunciones, son los varones los que predominan; cuando se trata de altas, son las mujeres las que predominan. He aquí, representada de forma gráfica la llamada paradoja mortalidad/morbilidad cuando se habla de las diferencias entre los sexos en salud.

Como es habitual, la tendencia es semejante tanto cuando se trata de residentes de otras comunidades en hospitales de Madrid, como en hospitales de toda España.

A partir de los datos empíricos, puede elaborarse una lista de ejemplos concretos, donde se manifiesta esta mayor morbilidad en la mujer:

1) Las mujeres presentan mayor tasa de enfermedades crónicas y agudas. Diversas encuestas nacionales e internacionales ponen de manifiesto que las mujeres declaran tener más enfermedades que los hombres, van más a menudo a la consulta del médico, tienen más permisos por enfermedad y son hospitalizadas más frecuentemente.

2) Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte a escala mundial, tanto en hombres como en mujeres. Pero las enfermedades coronarias se desarrollan como media en las mujeres 10 años más tarde que en los varones, aunque no se detectan con la misma frecuencia, con lo que la tasa de mortalidad y/o de incapacitación es mayor entre las mujeres. Por ejemplo, estadísticas de distintos países informan de que suele ser habitual que el 42% de las mujeres que han tenido un infarto de miocardio, mueran, frente a sólo el 24% de los hombres en las mismas circunstancias.

3) La prevalencia de la hipertensión aumenta en las mujeres con la edad. Por debajo de los 50 años, la prevalencia es mayor en los hombres, pero por encima de los 70, es mayor en la mujer.

4) La salud reproductiva y la sexualidad siguen siendo fuentes importantes de morbilidad. A escala mundial, las condiciones de la maternidad dan cuenta de 3 de las 10 causas principales de muerte o enfermedad prematura de la mujer en edad reproductiva.

5) Mayor riesgo de trastornos musculoesqueléticos, incluyendo artritis y osteoporosis.

6) Las tasas de trastornos mentales son similares para las mujeres y para los hombres, pero los tipos de trastornos difieren. La depresión y la ansiedad afectan a las mujeres casi dos veces más que a los hombres. La demencia

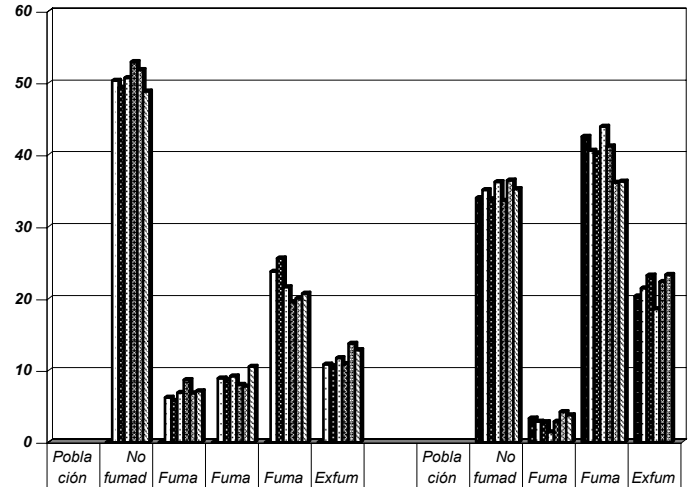
senil afecta al 50% de la población mayor de 85 años, que es mayoritariamente femenina.

7) Los factores de riesgo pueden ser también diferenciales. Se sabe que uno de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares es el hábito de fumar. Los datos indican que, por ejemplo en EEUU, la prevalencia de este hábito ha disminuido en las últimas décadas, pero más entre los hombres que entre las mujeres. Y entre las mujeres del tramo de edad 18-24 años, no sólo no ha disminuido, sino que ha aumentado. No hace falta recordar que a escala mundial, el tabaco causa más muertes y enfermedades prematuras que cualquier enfermedad aislada. En las gráficas 7 y 8 aparece el consumo de tabaco por sexo y edad en la población de la Comunidad de Madrid.

Gráfica 7

Consumo de tabaco por población juvenil de 15 y 16 años y por población adulta de 18 a 64 años. Hombres. Comunidad de Madrid

Consumo de tabaco por población juvenil de 15 y 16 años y por población adulta de 18 a 64 años. Hombres

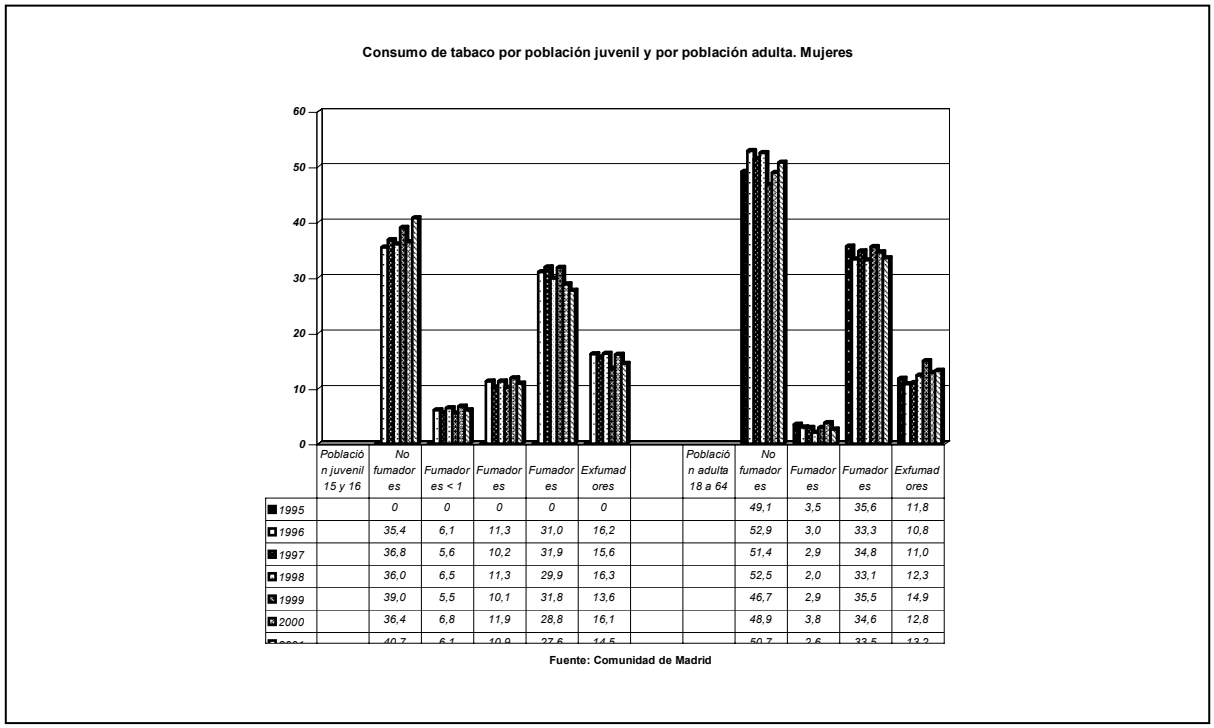


	Población juvenil	No fumadores	Fumadores	Fumadores	Fumadores	Exfumadore		Población adulta	No fumadores	Fumadores	Fumadores	Exfumadore
1995		0	0	0	0	0			34,0	3,3	42,5	20,3
1996		50,3	6,2	8,9	23,7	10,8			35,1	2,9	40,6	21,4
1997		49,3	5,8	8,7	25,6	10,6			33,8	2,8	40,2	23,2
1998		50,7	6,9	9,2	21,6	11,7			36,2	1,4	43,9	18,5
1999		52,9	8,7	8,0	19,5	10,9			33,6	2,9	41,2	22,3
2000		51,8	6,8	7,8	20,0	13,7			36,4	4,2	36,1	23,3
2001		48,8	7,1	10,5	20,7	12,8			35,2	3,8	36,3	

Fuente: Comunidad de Madrid

Gráfica 8

Consumo de tabaco por población juvenil de 15 y 16 años y por población adulta de 18 a 64 años. Mujeres. Comunidad de Madrid.



	Población juvenil 15 y 16	No fumadores	Fumadores < 1	Fumadores	Fumadores	Exfumadores		Población adulta 18 a 64	No fumadores	Fumadores	Fumadores	Exfumadores
1995		0	0	0	0	0			49,1	3,5	35,6	11,8
1996		35,4	6,1	11,3	31,0	16,2			52,9	3,0	33,3	10,8
1997		36,8	5,6	10,2	31,9	15,6			51,4	2,9	34,8	11,0
1998		36,0	6,5	11,3	29,9	16,3			52,5	2,0	33,1	12,3
1999		39,0	5,5	10,1	31,8	13,6			46,7	2,9	35,5	14,9
2000		36,4	6,8	11,9	28,8	16,1			48,9	3,8	34,6	12,8

Fuente: Comunidad de Madrid

Como puede apreciarse hay menos no fumadoras entre las mujeres de 15 y 16 años y más fumadoras diarias que hombres, siendo el resto de las categorías (fumadores de menos de un cigarrillo a la semana, fumadores de algún cigarrillo a la semana y exfumadores) equivalente en ambos sexos. Hay también menos exfumadores mujeres en la población adulta.

8) Los factores sociales que afectan a la salud parecen tener también efectos o características diferenciales según el sexo/género del sujeto. Este hecho no es nuevo en los estudios sobre psicología diferencial de los sexos; ha aparecido más o menos sistemáticamente y más o menos fundadamente en estudios tanto de factores intelectuales como de personalidad, desde los primeros trabajos empíricos sobre diferencias entre sexos. En concreto, en los temas relacionados con salud se registran dos datos. En general, aparece una mayor vulnerabilidad femenina frente a las interacciones sociales inadecuadas

y un menor provecho de la integración social para lograr buenos índices de salud.

2.3. MORBILIDAD DIFERENCIAL

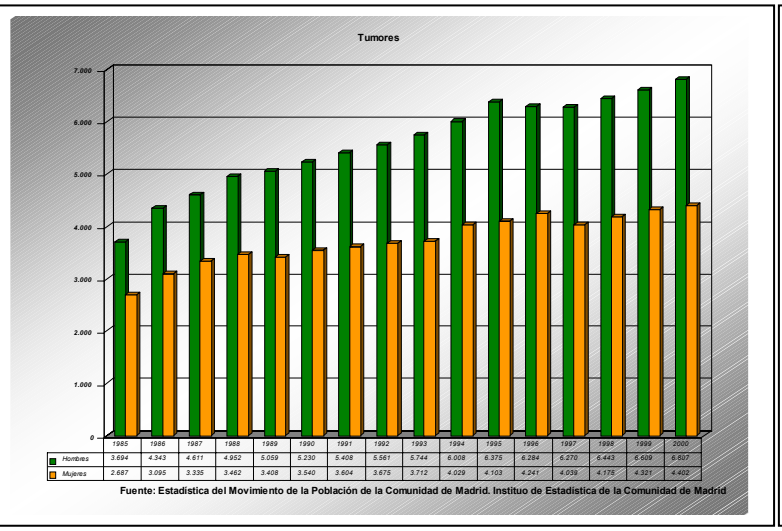
Si analizamos la tasa de hombres y mujeres en las distintas enfermedades, tanto en las predominantemente físicas como en los trastornos mentales, vemos que aparecen perfiles diferenciales según el sexo.

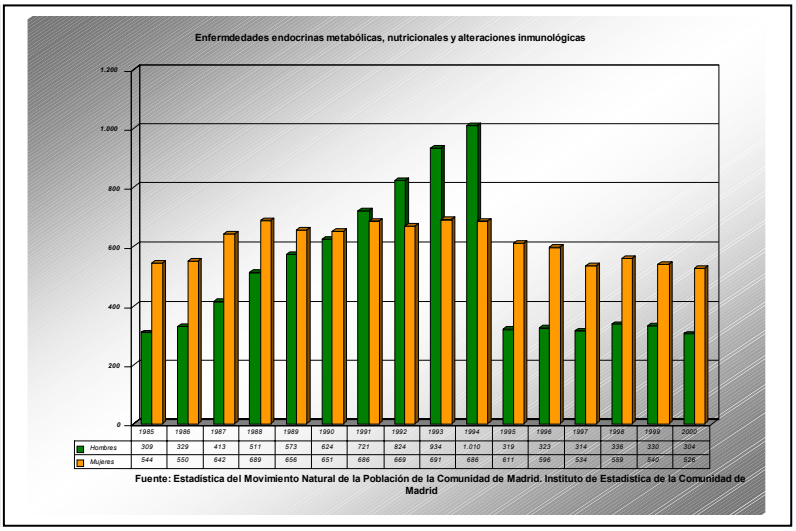
Enfermedades predominantemente físicas

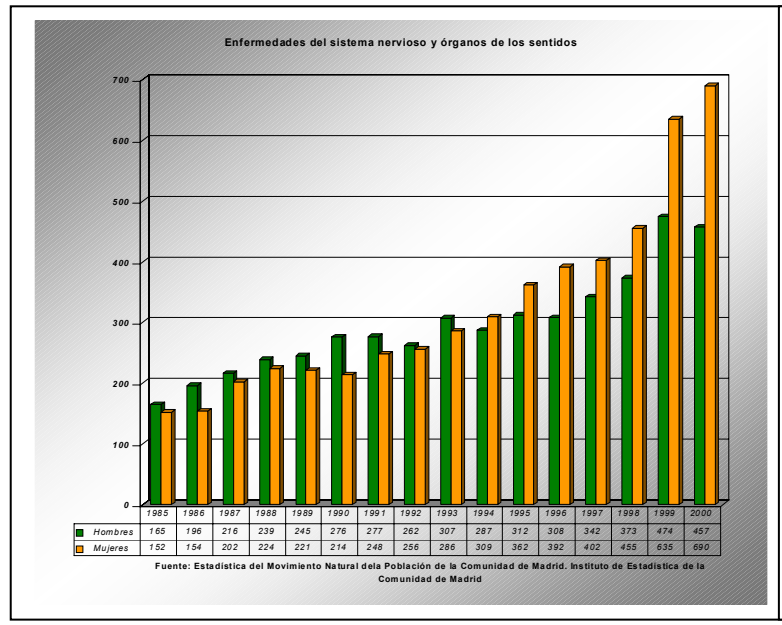
Se recoge en la gráfica 9 ejemplos de mortalidad diferencial (según datos hospitalarios): los hombres predominan en la mortalidad producida por tumores, las mujeres en la producida por enfermedades del aparato circulatorio, la piel y el tejido celular subcutáneo, y las enfermedades del sistema ostemuscular y el tejido conjuntivo. Hay un cierto equilibrio en las enfermedades del sistema nervioso y los órganos de los sentidos, aunque en los dos últimos años ha aumentado sustancialmente la mortalidad femenina, y se produce un evolución temporal diferente para hombres y mujeres en las enfermedades endocrinas metabólicas, nutricionales y alteraciones inmunológicas.

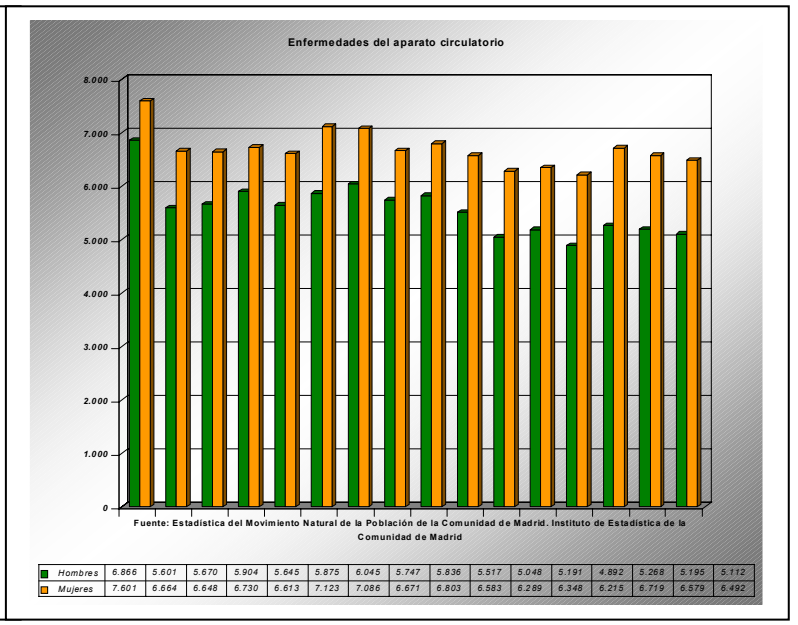
Gráfica 9

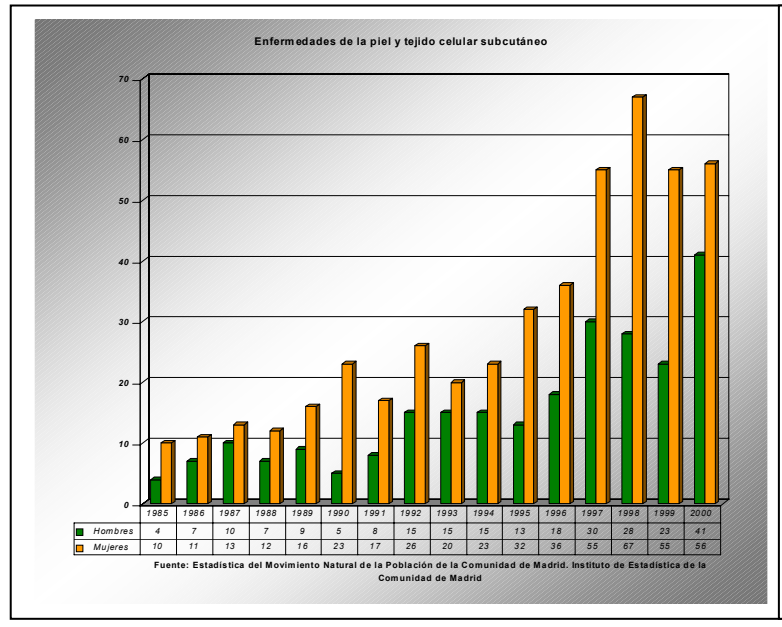
Ejemplos de diferencias y similitudes entre sexos en enfermedades físicas, a partir de las defunciones producidas en hospitales de la Comunidad de Madrid.

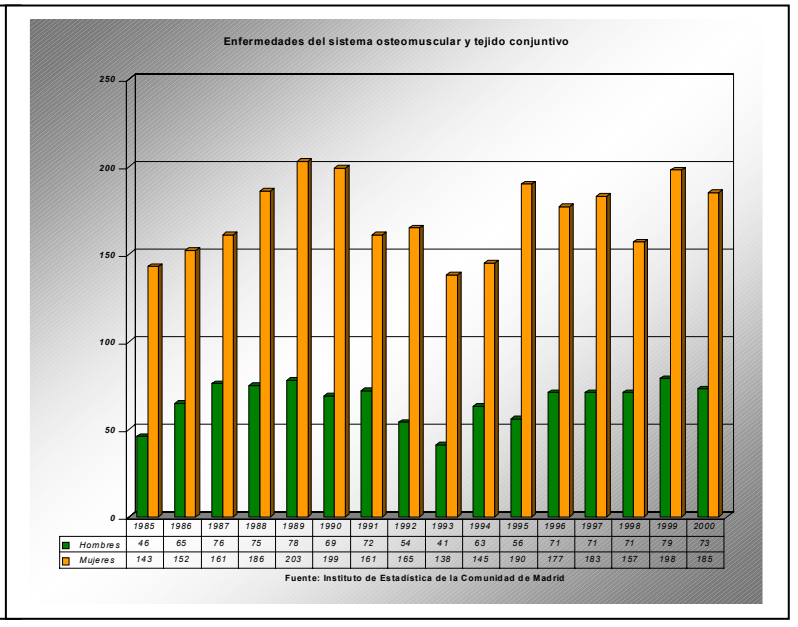










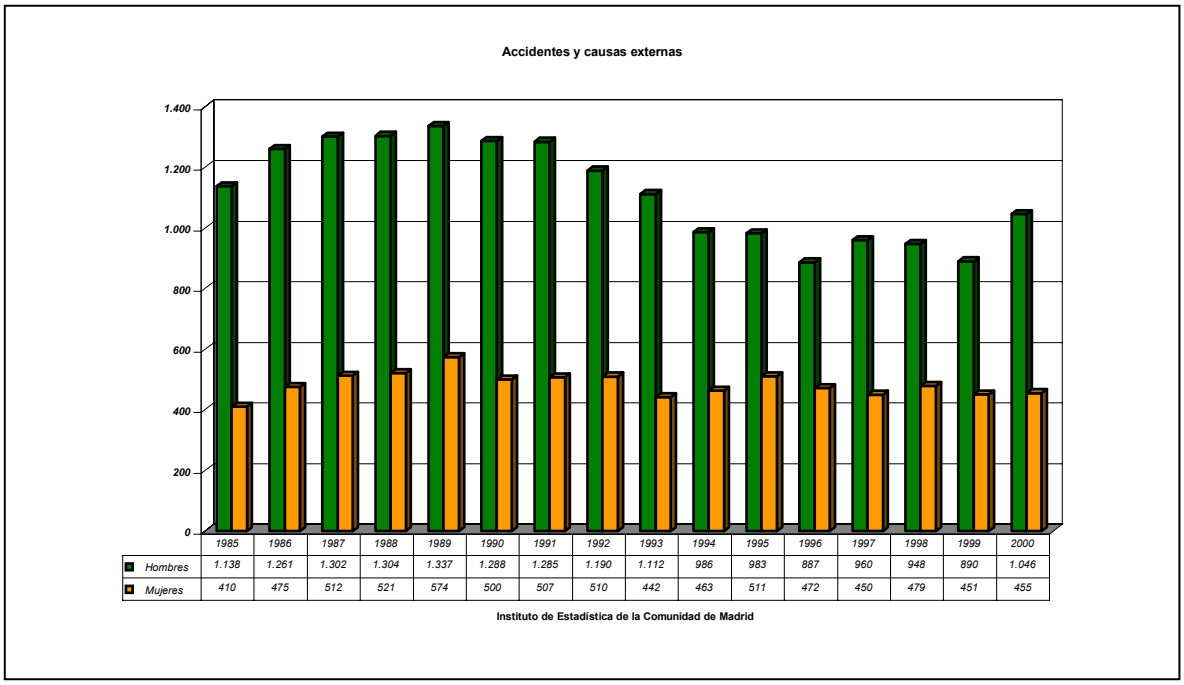


Los accidentes son todavía "cosa de hombres"

Por último, aparece un claro predominio masculino en las muertes producidas por accidentes y causas externas. El cambio en las condiciones de vida femenina, más semejante en las últimas décadas a las de los hombres, no parece haber producido todavía un aumento significativo en los accidentes sufridos por las mujeres, al menos en aquellos con resultado de muerte.

Gráfica 10

Defunciones debidas a accidentes y causas externas, por sexo, en los hospitales de la Comunidad de Madrid



	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Hombres	1.138	1.261	1.302	1.304	1.337	1.288	1.285	1.190	1.112	986	983	887	960	948	890	1.046
Mujeres	410	475	512	521	574	500	507	510	442	463	511	472	450	479	451	455

Trastorno por adicción

Por lo que respecta a los trastornos por adicción, cuando se repasan los datos de prevalencia de la dependencia del alcohol y las drogas en el hombre y en la mujer, los hombres superan siempre a las mujeres. Sin embargo, suele

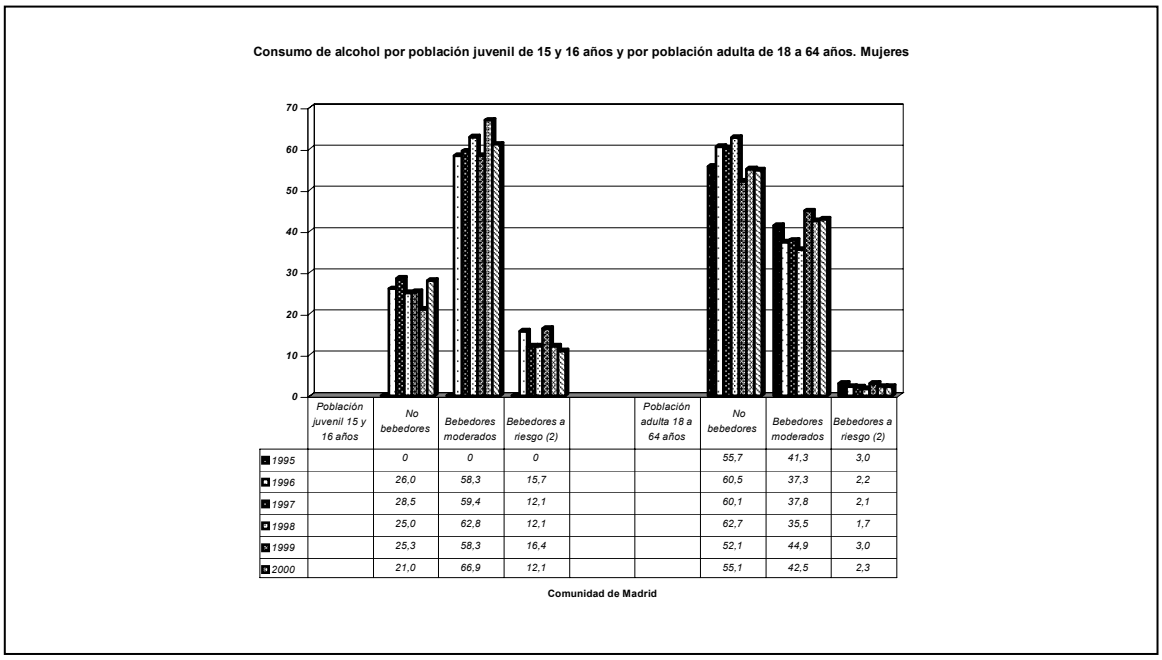
añadirse que los costes sociales son mayores en el caso de las mujeres; la adicción a las drogas y al alcohol tiene peores consecuencias en la salud de las mujeres, incluyendo la influencia sobre su mortalidad. Dadas las pautas sociales todavía existentes, la adicción de la mujer tiene también mayor influencia sobre las pautas educativas transmitidas en la infancia y en la adolescencia.

Los datos sugieren (Hiel, 2000) que las presiones sociales pueden reducir la frecuencia de alcoholismo severo en la mujer, pero que una vez que se ha traspasado el umbral, las mujeres tienen tantos problemas de dependencia alcohólica como los hombres. De la misma forma, aparecen en la mujer, como en el hombre, dos tipos de dependencia alcohólica: una relacionada con los factores estresantes de las etapas finales de la vida, y la otra relacionada con la historia familiar de dependencia alcohólica.

Las gráficas 11 y 12 presentan la distribución del consumo de alcohol en mujeres y hombres en interacción con la edad. Entre la población juvenil de 15 y 16 años no hay muchas diferencias entre hombres y mujeres, aunque el número de bebedores moderados es ligeramente mayor entre las mujeres. En población adulta, las mujeres no bebedoras superan ampliamente a los hombres no bebedores, tendencia contraria a lo que sucede con los bebedores moderados, más abundantes entre los hombres. Además, entre las mujeres hay menos diferencia numérica entre no bebedoras y bebedoras moderadas que entre las mismas categorías en varones.

Gráfica 11

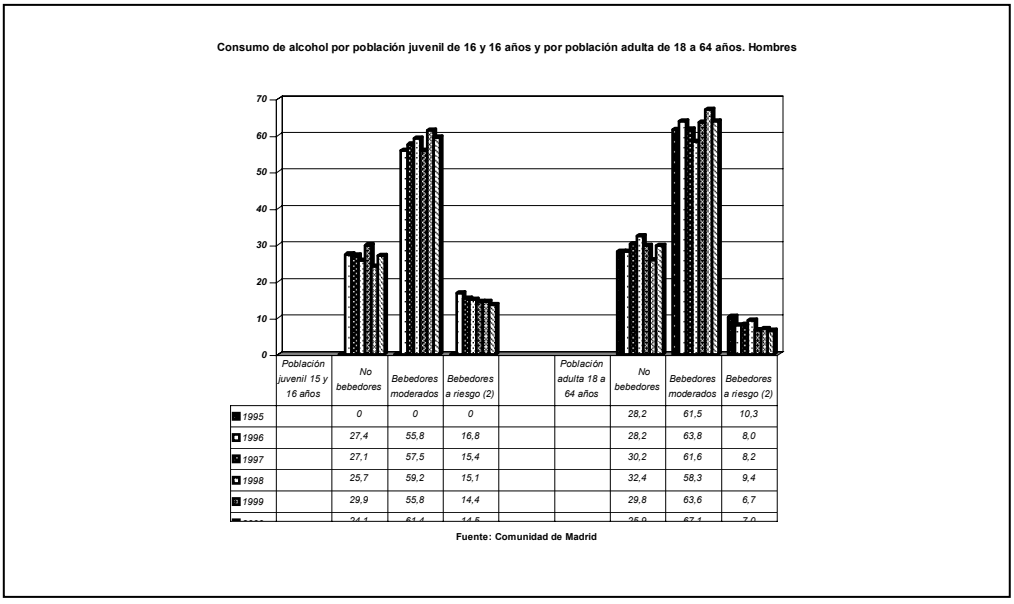
Consumo de alcohol en población femenina, en interacción con edad



	Población juvenil 15 y 16 años	No bebedores	Bebedores moderados	Bebedores a riesgo (2)		Población adulta 18 a 64 años	No bebedores	Bebedores moderados	Bebedores a riesgo (2)
1995		0	0	0			55,7	41,3	3,0
1996		26,0	58,3	15,7			60,5	37,3	2,2
1997		28,5	59,4	12,1			60,1	37,8	2,1
1998		25,0	62,8	12,1			62,7	35,5	1,7
1999		25,3	58,3	16,4			52,1	44,9	3,0
2000		21,0	66,9	12,1			55,1	42,5	2,3

Gráfica 12

Consumo de alcohol en población masculina, en interacción con edad

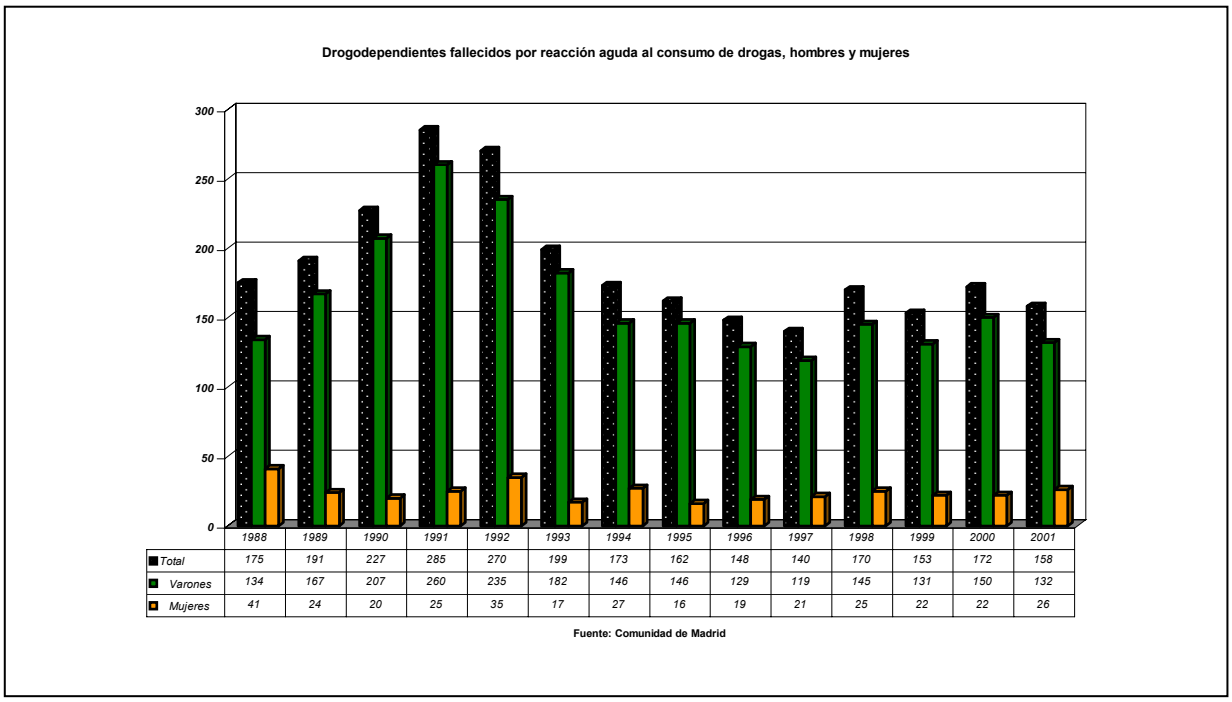


	Población juvenil 15 y 16 años	No bebedores	Bebedores moderados	Bebedores a riesgo (2)		Población adulta 18 a 64 años	No bebedores	Bebedores moderados	Bebedores a riesgo (2)
1995		0	0	0			28,2	61,5	10,3
1996		27,4	55,8	16,8			28,2	63,8	8,0
1997		27,1	57,5	15,4			30,2	61,6	8,2
1998		25,7	59,2	15,1			32,4	58,3	9,4
1999		29,9	55,8	14,4			29,8	63,6	6,7

Hay menos datos disponibles sobre drogadicción; las estadísticas basadas en fallecimiento por reacción aguda al consumo ponen de manifiesto una aplastante superioridad masculina, como aparece en la gráfica 13.

Gráfica 13

Drogodependientes fallecidos por reacción aguda al consumo de drogas por sexo y por edad (*)



	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Total	175	191	227	285	270	199	173	162	148	140	170	153	172	158
Varones	134	167	207	260	235	182	146	146	129	119	145	131	150	132
Mujeres	41	24	20	25	35	17	27	16	19	21	25	22	22	26

(*) Opiáceos o cocaína.

Trastornos mentales

Con respecto a los trastornos mentales, los datos parecen indicar un cierto predominio en los varones de trastornos relacionados con personalidad antisocial y abuso del alcohol y en las mujeres de depresiones mayores, agorafobia y fobia simple. Aparece cierta probabilidad también de que exista un mayor predominio en las mujeres de distimia, somatización, trastorno de pánico

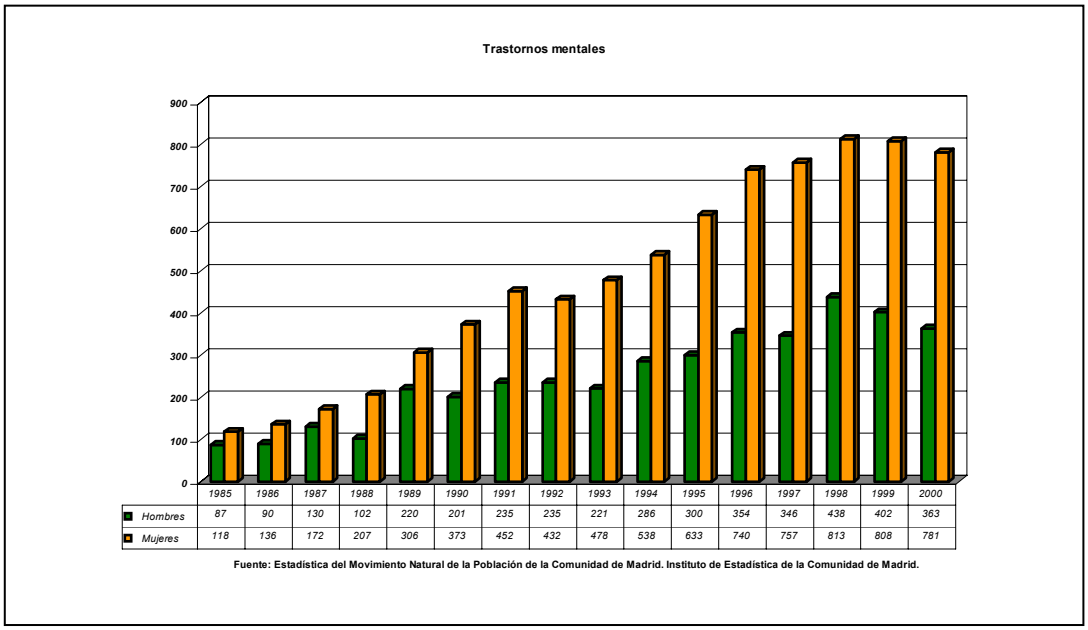
y esquizofrenia (Robins, Helzer, Weissman, Orvaschel, Gruenberg, Burke, Regier, 1984).

Los datos provenientes del DSM-IV indican que existe una mayor prevalencia entre las mujeres de los trastornos límite, trastorno por dependencia e histriónico; entre los varones, aparece una mayor prevalencia de los trastornos esquizoide, paranoide, esquizotípico, antisocial, narcisista y obsesivo compulsivo.

Cuando comparamos por sexo las defunciones contabilizadas en los hospitales con un diagnóstico de trastornos mentales, el cuadro parece muy claro: sobre todo en los últimos años, han muerto muchas más mujeres que hombres con un diagnóstico de trastorno mental, como puede apreciarse en la Gráfica 14.

Gráfica 14

Defunciones en hospitales de la Comunidad de Madrid, de residentes en Madrid diagnosticados con algún tipo de trastornos mentales, por sexo.



	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Hombres	87	90	130	102	220	201	235	235	221	286	300	354	346	438	402	363
Mujeres	118	136	172	207	306	373	452	432	478	538	633	740	757	813	808	781

Fuente: Estadística del Movimiento Natural de la Población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

Estados de ánimo

Los datos disponibles indican, en general, que los trastorno de ánimo tienen una mayor prevalencia en la mujer, especialmente en lo que se refiere a la depresión (claramente en el trastorno no bipolar; los datos no son claramente diferenciales con respecto al trastorno bipolar).

No parece haber diferencias, en cambio, en el desarrollo de estos trastornos ni en los factores de riesgo asociados, ni, en general, en las consecuencias adversas que estos trastornos tienen para la persona. En cambio, parece que la mujer, en igualdad de condiciones, tiende más a buscar ayuda profesional, y que hay diferencias también en la respuesta al tratamiento. Las diferencias entre sexos aumentan significativamente en la pubertad. Esto, unido al hecho de que las tasas de depresión están aumentando entre la población más joven, hace que los especialistas llamen la atención hacia la necesidad de programas preventivos en la infancia y la adolescencia (Kessler, 2000).

La explicación de estas diferencias abarca factores biológicos (el apoyo empírico no parece muy consistente), psicológicos, incluyendo estilos de personalidad diferenciales y psicosociales, incluyendo las diferencias en los papeles tradicionalmente femenino y masculino. En cualquier caso, el repaso a las posibles explicaciones que se han esgrimido en la bibliografía (p.ej., Nicholson, 1990; Loewenthal, 1995; Kendler, Gardner y Prescott, 1997) pone de manifiesto, una vez más, que la variable sexo, tomada de forma asilada, no explica de forma satisfactoria las diferencias encontradas, puesto que la interacción con variables como matrimonio, religiosidad, hijos, tipo de trabajo, etc, modula la relación entre sexo y salud mental.

Ansiedad

Las diferencias entre hombres y mujeres son menores que en el caso de los trastornos depresivos. De forma general, las mujeres parecen experimentar una mayor ansiedad, especialmente con respecto a la agorafobia y la fobia específica (p. ej. Michelson, 1987; Sandín y Chorot, 1995b). Las explicaciones

de esta tasa diferencial están claramente relacionadas con las distintas normas de socialización (que favorece la mayor prevalencia femenina) y con la imitación de la conducta del padre del mismo sexo (Wolfe, 1984). Sin embargo, una vez más, aparecen variables moduladoras, como el matrimonio y el desempleo (Guidano y Liotti, 1983; Bekker, 1996), que ponen de manifiesto la necesidad de tener en cuenta otras variables que interactúan con sexo.

Estrés post-traumático

Los estudios generales sobre la prevalencia de este síndrome indican que aparece con una frecuencia dos veces mayor que en los hombres. La duración de los síntomas es además casi cuatro veces mayor en la mujer que en el hombre. Estas diferencias aparecen cuando el síndrome de estrés post-traumático está relacionados con la violencia; esto está ligado también al momento del ciclo vital donde aparece la máxima frecuencia del síndrome, el final de la adolescencia y el principio de la época adulta, que es, precisamente, cuando es mayor el riesgo de que la mujer sufra este tipo de violencia (Breslau, 2000).

Naturalmente, el síndrome de estrés post-traumático puede estar asociado también con otros tipos de acontecimientos distintos al de la violencia contra la mujer, como participación en combates, guerras o catástrofes. Algunos de estos acontecimientos son, todavía hoy, más frecuentemente realizados por los varones, como la participación activa en combates bélicos, y, en consecuencia, este tipo de estrés post-traumático puede ser más frecuente entre los hombres.

Trastornos de la alimentación

Los llamados trastornos de la alimentación se definen en realidad por un conjunto de síntomas. No son una enfermedad específica con una única causa común, ni con un desarrollo único. Los trastornos más conocidos y mejor definidos son la anorexia y la bulimia; hay otros trastornos de la alimentación, pero están mucho menos estudiados y la información disponible es sensiblemente menor. En líneas generales, sabemos que son trastornos mucho

más frecuentes en las mujeres que en los hombres y prácticamente privativos de las sociedades desarrolladas.

Con respecto a los factores de riesgo, se suele hablar de dos tipos de factores principales, los sociológicos y los psicológicos. Entre los primeros, se señalan el papel de la mujer y las expectativas culturales sobre el peso y la apariencia física; entre los psicológicos, las características de personalidad (por ejemplo, el estilo de personalidad pre-mórbida de la anorexia suele caracterizarse como obsesivo, socialmente inhibido, obediente y emocionalmente reservado), el funcionamiento familiar (p.ej., las familias de las pacientes anoréxicas suelen tener con más frecuencia una organización familiar más rígida, límites interpersonales menos claros y tienden a evitar con más frecuencia las discusiones abiertas) y los acontecimientos vitales estresantes (los estudios no acaban de encontrar una clara relación con abusos sexuales en la infancia, como a veces se cita; aparece a veces relación con ciertos acontecimientos vitales negativos, como la muerte de un pariente próximo, la ruptura de una relación o una enfermedad, como desencadenantes del trastorno de alimentación en personalidades pre-mórbidas).

Vulnerabilidad y diferencias individuales

Continuando con la línea argumental que se ha seguido hasta ahora, es muy representativo un trabajo de Sánchez Canovas (1996), realizado en la Comunidad Valenciana, que trata de encontrar la causa principal de las diferencias encontradas entre personas de edades y sexos distintos en cuanto a distintos síntomas y enfermedades. Según los resultados obtenidos en varios estudios relacionados y realizados por este equipo, el principal factor explicativo, más allá del sexo y del género, se encuentra en la *vulnerabilidad y resistencia al estrés*. Es decir, una característica de la personalidad de los sujetos. Un resumen de sus resultados aparece en la Tabla 4.

Tabla 4: Grado de influencia o "tamaño del efecto" expresados en "proporción de la varianza explicada" (Sánchez Canovas, 1996).

Proporción de varianza explicada por vulnerabilidad				**Proporción explicada por ser miembro de uno u otro grupo**
Salud	Mujeres mediana edad	Mujeres jóvenes	Varones jóvenes	
Salud general autopercibida	14,9 %	9,7 %	14,20 %	8,50 %
Bienestar psicológico	24,9 %	17,20 %	19,20 %	9,20 %
Satisfacción con la vida	15,40 %	8,5 %	15,20 %	3,50 %
Relaciones afectivo-sexuales	6,40 %	0,10 %	2,90 %	12,40 %
Felicidad	23,80 %	14,40 %	14,10 %	0,80 %
Síntomas menopausia	4,10 %	4,80 %		23,6 %
Síntomas genito-urinarios	1,80 %	5,80 %	2,10 %	3 %
Síntomas motores	5,10 %	3,9 %	9,20 %	12,40 %
Síntomas psicológicos	25,90 %	12,9 %	32,90 %	1,20 %
Dolores	6,10 %	4,30 %	6,40 %	5,70 %
Síntomas respiratorios	9,70 %	5,8 %	10 %	1,90 %

De las 11 variables analizadas, sólo en tres la proporción de varianza explicada por pertenecer a grupos distintos de edad y sexo es mayor que la proporción de varianza explicada por la vulnerabilidad. Como concluye el propio autor: *"En general, pues, la salud psíquica y corporal parece depender en mayor grado de la vulnerabilidad psicológica que de formar parte de un grupo de edad y sexo diferente"* (Sánchez Canovas, 1996; pág. 73).

Este dato confirma la necesidad de diseñar estudios que incluyan el análisis de la interrelación de distintos tipos de variables, y, especialmente, las variables de personalidad, variables familiares y aspectos relacionados con la condición de trabajo, como el trabajo que las autoras presentan en este informe.

2.4. DIFERENCIAS INDIVIDUALES SEGÚN SEXO EN LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA.

Los antecedentes en este apartado se basan en trabajos previos realizados por las autoras. Dos de estos trabajos, ya publicados, se centran en el análisis de la insatisfacción familiar y de la insatisfacción laboral (Quiroga y Sánchez López, 1997; Sánchez López y Quiroga, 1998); el tercero trata de investigar las relaciones entre la satisfacción familiar y la laboral e identificar las variables moduladoras que actúan (Sánchez López y Quiroga, 1995).

El primero de los trabajos citados se centra en el análisis de la satisfacción autopercibida, ahondando en las dos grandes esferas donde se desarrolla la actividad humana, el mundo familiar y el laboral desde la perspectiva de su mutua interrelación.

En primer lugar se analiza la posible invasión de una esfera en otra, en función de determinadas características de los sujetos. Los resultados indican que se percibe una mayor invasión del mundo familiar en el laboral que viceversa, siendo además los hombres los que más perciben esta invasión.

En segundo lugar, se estudia el agrupamiento de las causas de insatisfacción en conjuntos homogéneos y de nuevo se relacionan con determinadas características de los sujetos. Los resultados indican que existen claras diferencias en la importancia concedida a estos conjuntos de causas según las características evaluadas.

En tercer lugar, se analizan las variables que permiten predecir cada conjunto de causas de insatisfacción; los datos obtenidos ponen de manifiesto la importancia sobresaliente de una de las variables estudiadas: sólo el sexo

permite predecir el 20% de las diferencias individuales en la atribución de causas de insatisfacción ligadas a actividades domésticas, independientemente del nivel profesional ocupado por la mujer.

El segundo de los trabajos citados se centra en el análisis de la insatisfacción laboral. El grupo de sujetos está constituido por 44 hombres y 44 mujeres, emparejados, y cuyas edades estaban comprendidas entre los 26 y los 63 años. Se evaluaron las causas de la insatisfacción mediante una lista de enunciados que los sujetos tenían que colocar por orden según la importancia que les concedieran ellos mismos.

Con los análisis de datos realizados (análisis de clusters, conglomerados, tablas de contingencia y regresión) aparecen cuatro patrones de causas de insatisfacción: *Mixto* (con predominio de causas laborales), *Invasión* (el mundo familiar invade el laboral), *Trabajo 1 y Trabajo 2.* Se distinguen tres perfiles diferenciados con respecto a los 'patrones de insatisfacción laboral: *Atribución mixta (trabajo), Invasión y Atribución al trabajo.* La única variable demográfica que aparece relacionada con los perfiles mencionados más arriba es la edad; pero, finalmente, la combinación de *sexo* y el *número de horas de trabajo* nos permite predecir el patrón de *Invasión (21* %), la variable de *Contrato temporal* predice el perfil *Trabajo 1* (18%), y, en menor medida (11%), la variable de edad predice el perfil Mixto.

El último trabajo se centra en el estudio simultáneo de la posible influencia que las distintas variables ejercen sobre la satisfacción, tanto familiar como laboral y de la relación entre estas dos. Los datos, obtenidos a partir de un grupo de 96 personas, emparejadas entre sí y pertenecientes a los tres tipos de parejas evaluadas (Tradicional, Doble Ingreso y Doble Carrera) reflejan tendencias diferenciales en la relación entre la satisfacción familiar y la laboral en función del sexo, la edad y de que se tengan o no hijos (los demás aspectos considerados no modulan significativamente la relación entre la satisfacción en ambos entornos).

2.5. EDAD.

En el estudio cuyos resultados se presentan, la edad tiene importancia en cuanto que está relacionada con la variable sexo y ocupación. Por ello, el espacio ocupado a la revisión bibliográfica y el diseño de los resultados previos será menos extenso que en el caso de las otras variables.

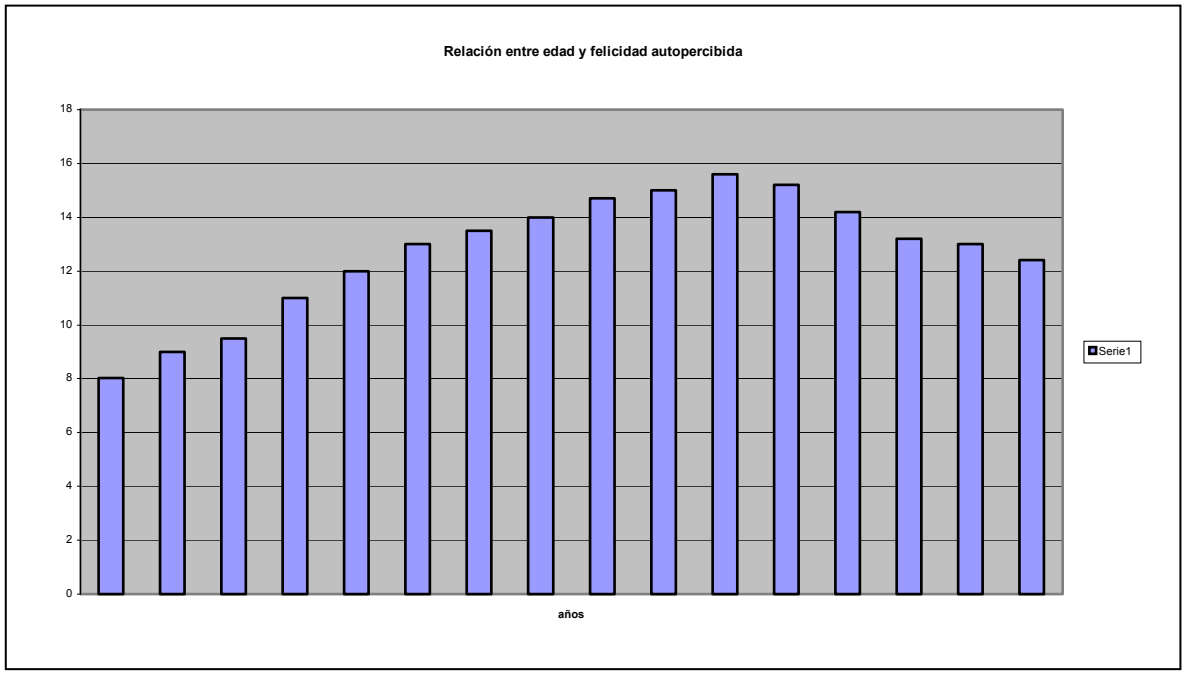
Edad y satisfacción

Las relaciones entre edad y satisfacción dependen de la dimensión vital estudiada. Las personas mayores expresan menos sentimientos de felicidad, pero no están más preocupados o inseguros (Fernández Ballesteros, 1996; Riley y col., 1968) En cualquier caso, aparece siempre que el nivel de salud influye en la satisfacción con la vida en todos los niveles de edad, por lo que la menor salud, en general, de las personas cuando aumenta su edad, hace más probable que disminuya su satisfacción; pero en este caso, la variable importante no es edad, sino salud.

Cuando se tienen en cuenta variables como el estatus socioeconómico, la participación social, la salud o la edad, no aparece relación entre edad y satisfacción con la vida (Clemente y Sauer, 1976).

La curva que aparece a continuación resume los datos que, en general, aparecen en distintas investigaciones. A partir de los 55 años suele aparecer una disminución progresiva de la satisfacción con la vida.

Gráfica 15: Relación entre edad y felicidad estimada.



Fuente: Elaboración propia a partir de diversos estudios nacionales e internacionales.

Edad y salud

Las relaciones entre edad, mortalidad y salud física son tan evidentes y lógicas que no es necesario insistir sobre ello. Con respecto a los trastornos mentales, Kramer y col., (1973) sugieren que hay dos factores que explican el creciente número de personas mayores residentes en centros de salud mental:

1. Un aumento gradual, con la edad, de población con trastornos crónicos, como la psicosis funcional (por ejemplo, esquizofrénicos y maníaco-depresivos).

2. El aumento, con la edad, de la frecuencia de síndromes orgánicos cerebrales, en especial a partir de los 50 años. De hecho, a partir de los

65 años más de la mitad de las personas que viven en centros de salud mental tienen un problema orgánico.

Los niveles de suicidio también aumentan con la edad, aunque el sexo y el estado civil son variables que modulan esta relación (Minton y Schneider, 1985). La depresión es una de las causas principales de suicidio entre las personas mayores (Pfeiffer, 1977).

2.6. LA INTERACCIÓN ENTRE SEXO Y EDAD CON RESPECTO A LA SALUD.

En relación con nuestra propia investigación, sin embargo, lo más interesante aparece cuando se toma en consideración la interacción entre sexo y edad. Como resumen, presentamos las Tablas 5 y 6, donde se recogen los datos disponibles en cuanto a enfermedades predominantemente físicas y a trastornos mentales.

Tabla 5

Diferencias entre sexos e interacción sexo-edad en enfermedades predominantemente físicas.

Enfermedad	Diferencias entre sexos	Interacción sexo-edad
Enfermedades relacionadas con sistema inmunológico		
Tiroides	- Hipotiroidismo = entre el 3 y 20% (por mil) para las mujeres y 1 y 7% para los varones. - Hipertiroidismo = entre el 2 y el 19% para las mujeres y 1% para los varones. - Cáncer de tiroides = tres veces superior en las mujeres.	-
Artritis reumática	- Las mujeres tienen una mejor prognosis	
Esclerosis múltiple	- Del total de la población afectada, 65% son mujeres	- Las mujeres están más afectadas al principio y los varones al final de la década de los 20 años.
Lupus	- Predominio en la mujeres.	- De 15 a 45 años el ratio entre mujeres y varones es de 12 a 1; - En la infancia y en la tercera edad el ratio es de 2 a 1.
Asma	- La severidad es mayor en las mujeres.	- Antes de los 12 años la prevalencia/incidencia es más baja en las niñas - A partir de los 12 años hay una mayor incidencia femenina.
Cardiovasculares		- Causa principal de la muerte de mujeres más jóvenes; - Explican la mitad de las muertes en las mujeres mayores.
Cáncer	Los factores de riesgo son similares para hombres y mujeres excepto para el cáncer de pecho y los reproductivos.	
Sida	- 40% de los casos se dan entre las mujeres.	

Fuente: Elaboración propia a partir de diversos estudios nacionales e internacionales.

Tabla 6

Diferencias entre sexos e interacción sexo-edad en trastornos mentales.

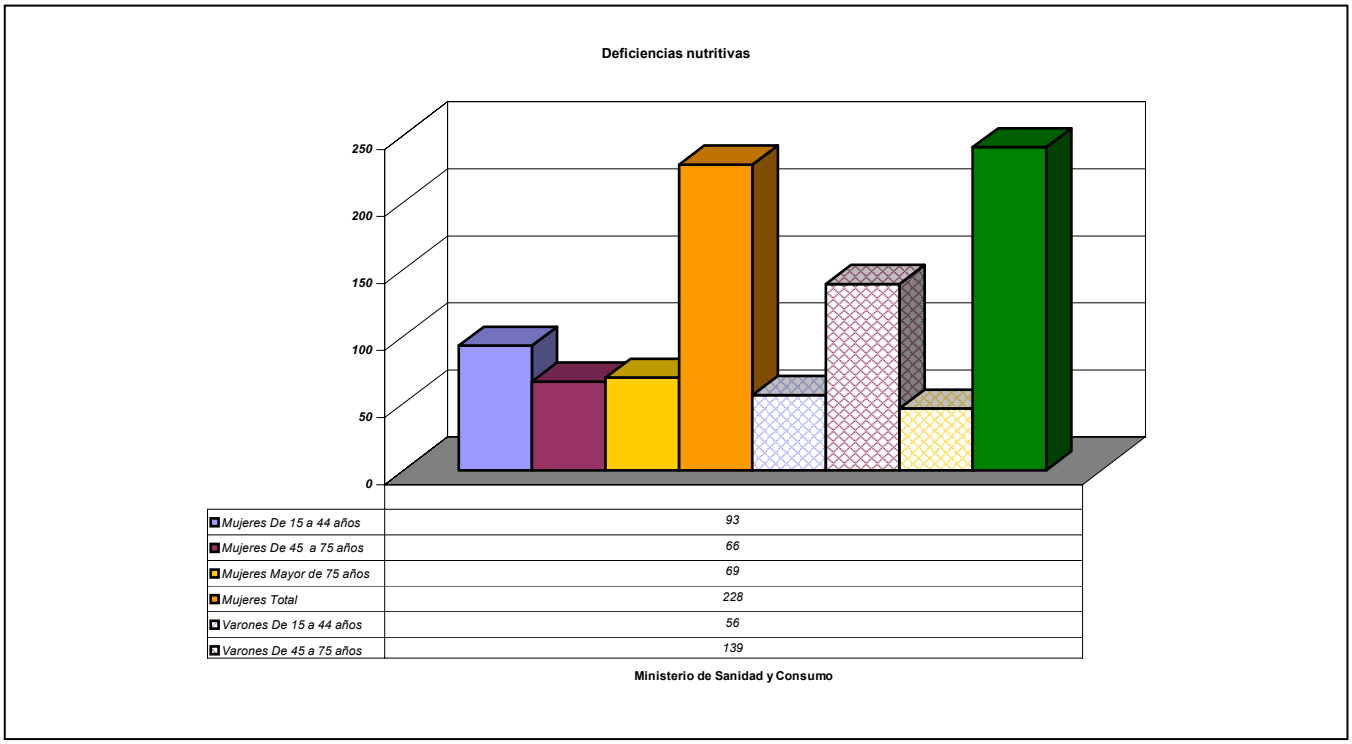
Trastorno	Diferencias entre sexos	Interacción sexo-edad
Trastornos del estado de ánimo	- Las mujeres tienen tasas más altas.	- Las diferencias aumentan en la pubertad.
Trastornos de ansiedad	- Altas tasas en las mujeres: una tercera parte tiene algún episodio a lo largo de la vida.	
Estrés post-traumático	- Frecuencia 2 veces mayor en mujeres que en varones - Duración de los síntomas 4 veces mayor en las mujeres que en los varones.	- En el final de la adolescencia y inicio de la vida adulta hay mayor riesgo de sufrir este tipo de violencia.
Trastornos de la alimentación	- Anorexia: 0,28% de media de incidencia entre mujeres jóvenes; - Bulimia: 1% de media de incidencia entre mujeres jóvenes.	- Aumento de la incidencia entre mujeres jóvenes entre 15 y 24 años a partir de los años 50.
Trastornos por adicción	- Los varones superan a las mujeres.	

Fuente: Elaboración propia a partir de diversos estudios nacionales e internacionales.

Del mismo modo, en la gráfica 16 se recoge un ejemplo de la interacción entre sexo y edad en un tipo de trastorno determinado, que el Ministerio de Sanidad y Consumo etiqueta como Deficiencias nutritivas.

Gráfica 16

Ejemplo de interacción sexo/edad en las deficiencias nutritivas.



Como puede verse, aunque el número total de hombres y mujeres se asemeja, cuando se tienen en cuenta los tramos de edad, se producen diferencias significativas en la forma de llegar a ese total semejante; en los varones, el mayor número personas afectadas se produce en el tramo de edad de 45 a 75 años, con una diferencia importante respecto a los otros dos tramos; en las mujeres, los tres tramos de edad son bastante semejantes en cuanto a prevalencia, con un ligero predominio en el tramo de 15 a 44 años.

2. 7. CONCLUSIONES

Finalmente, como conclusión de este capítulo dedicado a las diferencias de sexo y edad en salud mental y física, es preciso señalar que se han analizado distintos trabajos que han manejado variables demográficas y su influencia sobre bienestar, satisfacción, salud, etc. (p. ej., Walters, 1993). En ellos se pone de manifiesto que parece difícil llegar a una conclusión definitiva, puesto

que aparece claro que están implicadas numerosas variables, interrelacionadas entre sí.

Es frecuente que los autores lleguen a conclusiones del tipo de *"hombres y mujeres no son muestras homogéneas a la hora de ser comparados en función de los beneficios positivos o no de tener empleo y de su combinación con las tareas de casa. Tradicionalmente, parece ser que el empleo tiene efectos positivos sobre ambos, aunque parece ser que los hombres se han beneficiado más de ellos que las mujeres"* (Caro, 2000, pág. 239).

Pero trabajos desde otra perspectiva nos indican que hay otro conjunto de variables que también es necesario tener en cuanta. Sánchez Canovas (op. cit.) recordaba, con sus propios datos en la mano, que *"la salud psíquica y corporal parece depender en mayor grado de la vulnerabilidad psicológica que de formar parte de un grupo de edad y sexo diferente"* (Sánchez- Canovas, op. cit., pág. 73).

Los datos sugieren la necesidad de diseñar estudios que incluyan el análisis de la interrelación de distintos tipos de variables, y, especialmente, las variables familiares, de personalidad, de condición de trabajo. Si el factor que explica más diferencias en salud es vulnerabilidad (ni edad ni sexo) habrá que buscar qué produce esa vulnerabilidad (p.ej., VV de personalidad, acontecimientos vitales, tanto normativos como idiográficos, trabajo, etc.).

Pero, por otra parte, el campo posible es tan amplio, que es necesario acotar de alguna forma el terreno, seleccionando en un primer momento las variables que van a ser objeto de un escudriñamiento mayor. En este, como en los restantes apartados, la conclusión que las autoras del presente estudio han extraído de la revisión de la bibliografía es la de que la variable sexo sola, aún siendo importante para explicar las diferencias individuales relacionadas con salud y bienestar, debe ser combinada con otras variables, especialmente variables psicológicas, para conseguir explicar y predecir las diferencias encontradas empíricamente.

Por tanto, en el próximo capítulo se hará una análisis de la influencia que pueden tener en la satisfacción personal y en la personalidad sana, o en el estrés y trastornos psicopatológicos, aspectos relacionados con el trabajo como tener un desempeño laboral o estar en el paro, y con la vida familiar como la dedicación a las tareas del hogar o al cuidado y educación de los hijos.

3. REPERCUSIÓN DEL TRABAJO Y ASPECTOS FAMILIARES EN LA SALUD MENTAL Y FÍSICA: INFLUENCIA DE FACTORES AMBIENTALES.

Silvia Sánchez-Herrero (Universidad Complutense de Madrid).

3.1. ASPECTOS GENERALES.

En general, cuando se habla de trabajo se hace referencia a un conjunto de actividades que nos proporcionan una remuneración por el hecho de llevarlas a cabo. Esta sería una definición restringida del término trabajo. Sin embargo, existe todo un conjunto de actividades que, aunque no son remuneradas, al menos pecuniariamente, constituyen también diferentes trabajos (mantenimiento y economía del hogar, cuidado de los/as hijos/as, etcétera).

Aunque en los últimos años, se suele preguntar si una mujer trabaja fuera del hogar o dentro del mismo, lo cierto es que el término trabajo se emplea preferentemente para aludir a las actividades que proporcionan un sueldo y que son desempeñadas fuera del hogar. En este sentido, restringido e incorrecto, es en el que vamos a utilizar el término trabajo en la mujer, a menos que se señale lo contrario.

Cuando se ha examinado el efecto que tiene el trabajo en el desarrollo adulto, se ha centrado básicamente en los hombres y en ambientes laborales tradicionales, es decir, en el trabajo remunerado. Sin embargo, en general, no se han tenido en cuenta los cambios sociales y los significados individuales de lo que el trabajo supone para las vidas de hombres y mujeres (Anderson & Hayes, 1996).

El trabajo, como cualquier otra esfera de la vida, presenta facetas positivas y negativas para quienes lo desempeñan. Este equilibrio entre los pros y los contras y sus repercusiones en la salud física, psicológica y social, no parece, sin embargo, que exista cuando dividimos a la población por sexos. Porque lo

queramos o no, todavía hay discriminación en contra de la mujer en el mercado laboral, y el diferente impacto de la esfera laboral en la vida de las personas puede generar consecuencias distintas en el desarrollo personal de sus vidas.

Como señalan Hoffmann-Lun et al (1998) *"Cuanto mejor remunerado esté el empleo y mayor prestigio social le acompañe, cuanta mayor seguridad ofrezca, mejores condiciones de trabajo y mayores posibilidades de ascenso, más difícil será encontrar mujeres en ese sector laboral"* (pág. 10).

Según la Comisión Europea (1995), las mujeres han aportado una gran parte del crecimiento de la población activa durante los últimos veinte años, pero sigue vigente una marcada situación de discriminación que se manifiesta muy especialmente en aquellos trabajos que conllevan un nivel elevado de compromiso, responsabilidad y valoración social. En el total nacional, las mujeres constituyen el 35% de los ocupados (EPA, 2º trimestre 1996), mientras que en 1985 era del 27% y en 1965 del 23%.

Las condiciones laborales en las que se encuentran las mujeres pueden estar incidiendo en su salud y su bienestar psicológico. La discriminación en el acceso al empleo, las diferencias salariales, la segregación de los mercados, la inestabilidad laboral, el trato y el acoso sexual en el trabajo, la contratación temporal o los mayores índices de desempleo, son algunos factores negativos del mundo laboral que afectan más a las mujeres y cuyas consecuencias psicológicas no han sido aún valoradas en su justa medida. Además, hay menores oportunidades de promoción profesional, menor consideración social de los denominados "trabajos femeninos" y hay una asunción mayor por parte de las mujeres respecto al trabajo no remunerado que se desempeña en el ámbito familiar.

Así, los informes estadísticos (Chafetz, 1989) señalan que:

- Las mujeres perciben, por término medio, salarios inferiores a los hombres, incluso cuando realizan el mismo trabajo o nivel ocupacional.

- El índice de desempleo es mayor en las mujeres y se responsabilizan más de trabajos no remunerados.

- Los trabajos considerados femeninos están menos valorados socialmente.

- Existe menos autonomía y control sobre el trabajo, así como menos oportunidades de promoción laboral para las mujeres.

Por otro lado, como señala Barberá (2000), los prejuicios y creencias estereotipadas se muestran como las principales barreras que obstaculizan la promoción laboral femenina, y las acciones e intervenciones deben ir encaminas en ese sentido para favorecer el cambio y el acceso de las mujeres a posiciones laborales dominadas tradicionalmente por hombres (Calás y Smircich, 1996).

Como consecuencia, consideramos que era fundamental evaluar la situación laboral en la que se encuentran las mujeres para evaluar el impacto del trabajo en su salud física y en su bienestar psicológico. Por esto, hemos analizado tres tipos de mujeres en función de su situación laboral: mujeres que trabajan fuera del hogar, desempleadas y mujeres que trabajan en el hogar (amas de casa). Previamente, en este capítulo vamos a resumir algunos de los principales estudios llevados a cabo sobre este tema.

3.2. LA SEGREGACIÓN OCUPACIONAL: HOMBRES Y MUJERES EN DISTINTOS TRABAJOS.

A pesar del incremento de los índice de actividad laboral femenina, aún no se ha conseguido eleminar la segregación por sexos en la mayoría de los entornos organizacionales. La segregación de género se manifiesta tanto en lo que hace referencia a los distintos sectores laborales en los que trabajan hombres y mujeres (segregación horizontal) como respecto a los niveles ocupacionales desempeñados en la jerarquía organizacional (segregación vertical).

Ésta última situación intenta explicarse mediante la metáfora del "techo de cristal" (Sarrió, Barberá, Ramos y Candela ,2002). En la década de los ochenta surge el término "techo de cristal" (Segerman-Peck, 1991) en alusión a las barreras transparentes que impiden a muchas mujeres con capacidad personal y profesional, alcanzar posiciones en los puestos directivos y promocionarse dentro de una organización. Recientemente, el término ha sido rebautizado como "laberinto de cristal" (Berenguer et al, 1999). Se han proporcionado diferentes explicaciones para la existencia de dicho fenómeno que tienen en cuenta tanto factores externos (estructura organizacional, creencias estereotipadas) como internos (personalidad, eficacia, motivación). Un resumen de las posibles explicaciones psicológicas, sociológicas y organizativas lo ofrecen Sarrió, Barberá, Ramos y Candela (2002).

Por lo que se refiere a la segregación horizontal, ya se ha señalado que hombres y mujeres trabajan en diferentes ocupaciones. Una ocupación se considera femenina cuando más del 50% del empleo lo ejercen las mujeres (Wootton, 1997). En un estudio sobre la situación laboral de la mujer en la Comunidad de Madrid (CAM, 1999) con datos referidos a 1996, los sectores y ramas de ocupación femeninas eran textil (53'3%), servicios personales[1] (69'2%), sanidad y servicios sociales (68'5%) y educación e investigación (60'3%). Las ramas con menos presencia de mujeres fueron construcción (9'1%) y el sector primario (15%).

Además, gracias a los índices de concentración se ha visto en este mismo estudio que las mujeres trabajan principalmente en unas ramas y los hombres en otras, de forma que ambos sexos no se distribuyen de forma homogénea en el sistema productivo.

Se han utilizado dos argumentos para explicar la existencia de resultados laborales diferentes entre hombres y mujeres (Comunidad de Madrid, 1999).

[1] Son servicios muy relacionados con las "labores del hogar" como limpieza, cuidados no profesionales, lavado, planchado, etcétera

Por un lado, los resultados obtenidos por las mujeres en el mercado laboral no son consecuencia de sus propias decisiones (existencia de mercados segmentados, imperfecciones en el mercado laboral, situaciones de discriminación, estereotipos y configuraciones sociales, etcétera). Kanter (1977) señala que las razones que fundamentan las diferencias laborales entre sexos, no son las potencialidades individuales, ni el sistema de creencias estereotipadas. Lo central no es que se sea hombre o mujer, sino la posición (dominio o sumisión) que cada uno desempeña en la organización laboral. Lo que ocurre es que, por lo general, las mujeres se sitúan en los niveles laborales bajos. La autora considera que la posición ocupacional es fundamental y afecta tanto al desarrollo de oportunidades laborales como a la autoestima y el autoconcepto.

Por otro lado, hay teorías que señalan que la ubicación laboral de las mujeres es consecuencia de sus propias decisiones, tanto decisiones personales como circunstanciales del contexto familiar (Moreno, Rodríguez y Vera, 1996).

En este sentido, una de las posibles explicaciones a las diferencias laborales proviene de la elección ocupacional que hacen hombres y mujeres. Algunos autores han encontrado que incluso niñas en edad infantil aspiran a desempeñar profesiones tradicionalmente femeninas (Stroeher, 1994), y los niños y las niñas tienen creencias sobre las ocupaciones que reflejan estereotipos culturales por sexo (Liben, Bigler y Krogh, 2002). Pero estas expectativas, obviamente no surgen de la nada, sino de un conjunto de procesos socializadores durante toda la vida llevados a cabo por diferentes agentes como la propia familia, la escuela, los medios de comunicación y la publicidad, los amigos e incluso el lenguaje (Yoder, 2000).

Es cierto que hay algunas mujeres que desempeñan ocupaciones "masculinas", pero son vistas como personas menos femeninas, agradables y atractivas (Yoder & Schleicher, 1996), menos preferidas como parejas (Pfost & Fiore, 1990) e incluso son consideradas como desviaciones laborales (Laws, 1975). Además, estas mujeres señalan tener mayores niveles de estrés, aislamiento social, conflictos de rol, acoso sexual y desigualdad en el salario

(Yoder, 1991). Curiosamente, estos datos no parecen darse en el caso de los hombres que desempeñan trabajos considerados femeninos (Cross y Bagilhole, 2002).

Sin embargo, Wharton y Baron (1991) encontraron que las mujeres menos satisfechas eran las que trabajaban en ambientes laborales dominados por las mujeres (sólo un 15-30% de hombres) y las más satisfechas las que trabajaban en ambientes predominantemente masculinos. Esto nos lleva a concluir que la satisfacción en el trabajo es un fenómeno complejo que depende de otras variables que configuran e interactúan en el espacio laboral de la mujer.

3.3. EL SIGNIFICADO DEL TRABAJO PARA LA MUJER.

Desde una perspectiva económica, el trabajo nos proporciona los recursos financieros para sustentar nuestra vida y la aspiración de mejorar la calidad de nuestra vida material. La definición normalmente más aceptada del trabajo, el intercambio de servicios laborales a cambio de un salario, es decir, el empleo, refleja claramente este punto de vista económico. Harpaz (2002) encontró que ante la pregunta de si no hubiera razones económicas para trabajar se seguiría o no trabajando, el 90% de los sujetos señaló que seguiría haciéndolo. Si bien en la encuesta que realizó en 1981 un predictor significativo de dejar de trabajar fue ser mujer, este resultado no apareció en la encuesta de 1993. No sólo mueven a las mujeres a trabajar las razones económicas o de independencia, sino también ayudar a las parejas en el mantenimiento de los gastos y la autosatisfacción, incluso en países tradicionales como los Emiratos Árabes (Almutawa, 2002). Por lo tanto, el trabajo tiene también un significado psicológico, proporcionando una fuente de identidad y de unión con otras personas, además de ser una fuente de realización personal (Muchinsky, 2001).

Si bien, en general, se ha relacionado el trabajo con el bienestar físico y psicológico no hay que olvidar que el empleo, en ocasiones y bajo ciertas condiciones, puede tener efectos negativos para la salud física y mental de los trabajadores. McKenna y McEwen (1987) identifican cuatro factores asociados

al deterioro de la salud laboral: el estrés laboral, la contaminación ambiental, los accidentes laborales y las enfermedades laborales. Por ejemplo, Mor y Levin (2002) estudiaron la importancia de la percepción de los trabajadores sobre si se sentían excluidos de las tomas de decisión organizacionales y de las redes de información de la empresa sobre el bienestar y la satisfacción. En una muestra de 3400 empleados y empleadas, las mujeres y los miembros de las minorías étnicas y raciales eran las personas que con más probabilidad se sentían excluidos en sus trabajos, y este sentimiento de exclusión estaba unido a la insatisfacción laboral y a un bajo nivel de bienestar.

Por otro lado, la precariedad en las condiciones de muchos puestos de trabajo y la economía sumergida, donde hay un gran porcentaje de mujeres trabajando, tienen consecuencias perjudiciales para la salud no suficientemente estudiadas (por ejemplo, Cárcoba, 1987). En consecuencia, el mero hecho de estar empleado o empleada no supone que se deriven automáticamente consecuencias positivas (Warr, 1983) y las características del trabajo, las condiciones y las demandas tienen gran importancia en la satisfacción y el bienestar (Burke y Greenglass, 2001a; Jeurissen y Nyklicek, 2001; Hakanen, 2002). Por ejemplo, Burke (2001) muestra que las mujeres directivas que señalan que en su trabajo reciben apoyo para equilibrar el mundo laboral y el mundo familiar muestran mayor satisfacción laboral, menos estrés laboral, menos intención de abandonar el trabajo, mayor satisfacción familiar, menos síntomas psicosomáticos y mayor bienestar emocional. Lo interesante, además, es que estas percepciones de apoyo de la organización no estaban relacionadas ni con el horario laboral, ni con las horas extras trabajadas ni con la implicación en el trabajo.

Cuando se indaga sobre los motivos o las razones, por las que las mujeres trabajan, aparece el mismo tipo de razones (positivas) aludidas por los hombres, como razones económicas, razones psicológicas como la autorrealización y las necesidades de identidad (James, 1990) o razones sociales como constituirse en un miembro productivo de la sociedad (Chester & Grossman, 1990). En consecuencia, el beneficio psicológico que representa para la mujer la obtención de un puesto de trabajo se ha puesto de manifiesto

en numerosos estudios (Bersoff & Crosby, 1984; Martin & Wallace, 1985; Repetti & Crosby, 1984; Watkins, 1982).

En general, tanto hombres como mujeres consideran que el trabajo es una de las fuentes principales de autoestima e identidad, de forma que el 88% de las mujeres y el 91% de los hombres establecen que el empleo contribuye a una autoestima positiva (Anderson & Hayes, 1996). Estos resultados ya habían sido señalados en investigaciones anteriores (Baruch & Barnett, 1979; Merton, 1949; Tarvis, 1986) en lo que se refiere al efecto del trabajo tiene en las mujeres. Sin embargo, Anderson y Hayes, señalan la necesidad de utilizar un sentido amplio de la palabra trabajo que va más allá del empleo remunerado. Para ellos, trabajo es cualquier esfuerzo físico o mental con un propósito determinado que involucra al individuo a hacer algo, lo que incluiría también las actividades de ocio y hobbies, por ejemplo.

Por otra parte, parece que en las mujeres el trabajo aumenta el bienestar y es adecuado para afrontar mejor el estrés surgido como consecuencia de los diferentes roles que suele desempeñar (Thakar y Misra, 1999). O'Keeffe (2002) estudió las razones de volver a trabajar de 455 madres a los 6 y a los 15 meses después de haber tenido un hijo o una hija. La mayoría de las madres aludieron no sólo a razones económicas sino también a razones personales y de autorrealización y arrojaron relaciones positivas con el bienestar de la mujer.

3.4. MÚLTIPLES ROLES.

Las consecuencias del empleo en la salud y el bienestar no vienen determinadas exclusivamente por la situación laboral sino por la interacción de un conjunto de esferas que constituyen la vida de las personas. La vida familiar, las relaciones sociales, los condicionantes económicos y el tiempo de ocio son algunos de los aspectos que pueden afectar al trabajo y, consecuentemente, a la salud. Esta situación en las mujeres es, además, especialmente significativa.

Trabajo remunerado y trabajo no pagado

Señalábamos al principio que existen diversas actividades no remuneradas que no suelen incluirse en el término trabajo, pero que suponen un esfuerzo temporal, físico y mental de carácter obligatorio como opuesto a las actividades de ocio. El cuidado y mantenimiento del hogar, la economía familiar, el cuidado de los hijos y de las hijas y el cuidado de padres y madres ancianos, son algunos de estos "trabajos" que no tienen consideración de tal, con independencia del tiempo, esfuerzo y dedicación a ellos. A este tipo de actividades algunos autores las denominan "trabajos emocionales" (Winefiled et al, 2002), que junto con el "trabajo voluntario" conforman el trabajo no remunerado.

Lo importante en nuestro caso, es que, en general, hablando en términos estadísticos, estas actividades no remuneradas suelen ser realizadas por las mujeres con mayor frecuencia que por los hombres. Asimismo, numerosos estudios han puesto de manifiesto que incluso las mujeres que trabajan fuera del hogar a tiempo completo, hacen más tareas del hogar y se ocupan más de los hijos y de las hijas que sus parejas. Haerenstam y Berejot (2001) en un estudio en Suecia con 1764 hombres y mujeres, encontraron que la división de las responsabilidades entre los miembros de la pareja tenía consecuencias diferenciales para hombres y mujeres. Sólo en las familias en las que ambos miembros trabajaban y compartían las tareas y responsabilidades domésticas, familiares y financieras, se encontraron niveles óptimos de bienestar psicológico en hombres y mujeres. En el resto de los casos, había efectos negativos en ambos sexos. Concluyen los autores que compartir las responsabilidades y las demandas asociadas a múltiples roles en la esfera de la vida privada promueve la salud en hombres y mujeres.

Las actitudes y la percepción que tienen hombres y mujeres sobre el modo en que se reparten las tareas ha recibido poca atención. Los estudios realizados muestran que tanto hombres como mujeres perciben que esta desigualdad en el reparto es justa o, por lo menos, no se percibe como injusta. Esta “paradoja” femenina se explica, según los datos de Grote, Naylor y Clark (2002), bien

porque a las mujeres les gusta el trabajo del hogar o bien porque tanto ellas como sus parejas creen que las mujeres son más competentes para desempeñar estas tareas. Por tanto, lo importante, quizás, no es cómo se distribuye las tareas y el tiempo sino qué piensan los diferentes miembros de la familia respecto a esa división y si la perciben como injusta o no, porque el sentido de la justicia media la relación entre la división de las tareas y la calidad marital. Algunos aspectos culturales moderan estos resultados en las mujeres pero no en los hombres (Lavee y Katz, 2002).

Por otra parte, el cuidado de los hijos/as sigue siendo un tema político, porque su disposición tiene consecuencias en las oportunidades de empleo de las mujeres. Más mujeres que hombres permanecen en casa para cuidar a la prole, en parte porque la estructura de la sociedad y de las empresas fuerza a tal elección (o bien fuerza a no poder tener hijos e hijas, si la mujer quiere estar empleada). Incluso factores políticos pueden influir en las decisiones que toman las mujeres respecto al empleo, la familia y la maternidad, tal y como se ha puesto de manifiesto en la antigua Alemania Democrática (Adler, 2002)

La generación "sandwich"

Las condiciones socio-sanitarias y la mayor esperanza de vida hace que cada vez haya un mayor número de personas ancianas en España, constituyendo actualmente el 17% de la población con expectativas de crecimiento hasta el 27% en el año 2020 (INC, 2000). En este mismo estudio del Instituto Nacional del Consumo (2000) se ponen de manifiesto algunos hechos relevantes. Las personas mayores, en su mayoría, quieren llevar hasta el límite los años en que puedan vivir con independencia, pero llega un momento en que pueden necesitar ayuda parcial o total para el desenvolvimiento en la vida diaria.

Si bien en los último años, han aumentado notablemente las ayudas prestadas tanto por Instituciones Públicas como por empresas privadas (teleasistencia, ayuda a domicilio, etcétera), lo cierto es que el 75% de los cuidadores y prestadores de ayudas a los ancianos son mujeres (unos 2 millones en España), gran parte de ellas con vínculos familiares. Incluso en las parejas en

las que ambos miembros trabajan fuera del hogar, las mujeres, más que los hombres, son las que ajustan sus vidas para cuidar de estas personas mayores (Brockwood, Hammer, Neal y Colton, 2001).

Muchas de estas mujeres son, además, madres, esposas y trabajadoras fuera del hogar, por lo que está apareciendo un nuevo rol para la mujer: cuidar a los padres/madres y/o suegros/suegras cuando son ancianos y ancianas. Esto es lo que en la literatura se conoce con el nombre de la "generación sandwich", a caballo entre los padres y madres y los hijos y las hijas.

Muchinsky (2001) señala que se estima que el 20% de los trabajadores (principalmente mujeres) serán responsables de personas ancianas. El cuidado de estos familiares es más complejo que el cuidado de los hijos e hijas, porque supone la coordinación de distintos servicios sociales, de transporte, médicos, jurídicos y personales, lo que parece incidir en la salud y el bienestar de los y las cuidadoras de las personas ancianas y en otros conjunto de variables relacionadas con esta situación. Por ejemplo, Dentinger y Clarkberg (2002) encontraron que las mujeres que se encargaban y cuidaban de sus maridos se jubilaban antes que las mujeres que no eran cuidadoras. Estos resultados, sin embargo, no se produjeron cuando el marido era el que se encargaba de cuidar a su mujer; no había ningún efecto sobre el momento de la jubilación.

Los efectos en la salud de estas personas en estas circunstancias parecen ser negativos (Atienza y Stephens, 2000; Remennick, 1999), si bien algunas variables como la centralidad o importancia de los roles, la calidad de los roles desempeñados (Christensen, Stephens y Twonsend, 1998; Martire, Stephens y Atienza, 1997) o el posible conflicto y las presiones entre los diferentes roles que hay que desempeñar (Stephens, Townsend, Martire y Druley, 2001) parecen mediar la relación.

El apoyo social

Uno de los aspectos que en los últimos años ha cobrado creciente interés, se refiere a las redes de apoyo social que, de diferentes formas, ayudan a las

mujeres a desempeñar las actividades de la vida diaria. Es de sobre conocido (INC, 2000) el hecho de que la actual conformación de la sociedad, hace que los ancianos sean un grupo sociodemográfico que se constituye en soporte imprescindible para el buen funcionamiento laboral y social de las familias jóvenes.

En España, un 5% de estas personas declara tener niños y niñas a su cargo e incluso han surgido "redes de canguros" en algunas asociaciones de mayores con la finalidad, entre otras, de sentirse útiles. Pero el apoyo social no procede sólo de padres y madres o suegros/as, sino también de la propia pareja, de otros familiares, de amigos y amigas o de personal específico que ayuda en determinadas tareas del hogar y en la crianza de los hijos e hijas.

Se cree que la principal variable que produce un efecto amortiguador sobre las causas del estrés es el apoyo social que modera la relación entre los diferentes agentes estresantes y los indicadores de salud mental y física. El impacto de estas redes en la satisfacción y bienestar de las mujeres que trabajan no ha sido demasiado analizado (Ingersoll-Dayton, Neal y Hammer, 2001), pero los resultados apuntan a la existencia de un efecto positivo en el bienestar psicológico de las mujeres y al papel que este apoyo social ejerce de amortiguador frente a la depresión (Brown, Parker-Dominguez y Sorey, 2000; Elliot, 2001) y la ansiedad (Kelley, Hock, Jarvis, Smith, Gaffney y Bonney, 2002). Por ejemplo, Knickmeyer, Sexton Y Nishimura (2002) estudiaron los efectos y los beneficios que para el bienestar de las mujeres tienen las amigas. Perrewe y Carlson (2002) señalan que, puesto que las mujeres perciben mayor conflicto familiar como consecuencia del trabajo que los hombres, se benefician más que éstos del apoyo social, familiar y laboral recibido. Además, el apoyo familiar, de colegas y de los superiores está relacionado positivamente con la satisfacción laboral y la productividad y negativamente con el *burnout* (Baruch, Brondolo, Ben-Dayan y Schwartz, 2002). Por último, un bajo apoyo social en el trabajo predice un aumento de los síntomas depresivos (Paterniti et al, 2002).

Múltiples roles y bienestar en la mujer

La existencia de múltiples roles y su impacto en el bienestar de las mujeres se ha mostrado muy complejo (Stephens y Townsend, 1997). Hay algunos datos que apoyan la hipótesis de que desempeñar muchos roles afecta negativamente a las mujeres, de forma que la sobrecarga de rol y las diferentes demandas están correlacionados negativamente con la salud y el bienestar (Crosby, 1991; Lundberg, 1996).

Sin embargo, hay una teoría opuesta (teoría de acumulación de roles) que señala que la existencia de múltiples roles ejerce efecto de amortiguador contra las consecuencias negativas de cualquiera de los roles, de forma que los aspectos negativos en un rol pueden verse compensados por otros roles (Barnett, 1997; Baruch y Barnett, 1986; Crosby, 1991; Vandewater, Ostrove y Stewart, 1997) y porque los recursos que proporcionan los diferentes roles valen más que el estrés generado por las múltiples demandas (Nordenmark, 2002).

Rothbard (2001) señala que ambas posturas son posibles; en concreto, en su estudio, los hombres manifiestan efectos más positivos (enriquecimiento) que las mujeres para quienes las consecuencias son más negativas en algunas ocasiones. Por tanto, es posible que ambas teorías sean ciertas y que desempeñar diferentes roles sea, en ocasiones, causa de estrés y, en otras, causa de bienestar y satisfacción y que otras variables diferenciales de las mujeres puedan dar explicación de estos datos contradictorios.

Una de esas variables, por ejemplo, es que lo importante no es la cantidad de roles desempeñados sino la calidad de los mismos, de forma que cuando los costes y beneficios obtenidos en el desempeño de los roles es favorable para las mujeres, el impacto en la satisfacción y el bienestar es altamente positivo (Baruch y Barnett, 1986); además, la calidad de los roles y no la cantidad es mejor predictor del estrés (Tang y Tang, 2001). Otros señalan que la voluntariedad en el desempeño de esos roles es lo fundamental (Goldberg et al, 1992; Jenkins, 1996).

En resumen, como señala Yoder (2000), el desempeño de diferentes roles en la vida es beneficioso para algunas mujeres y bajo determinadas circunstancias. Por ejemplo, Ruderman, Ohlott, Panzer y King (2002) en un estudio con mujeres directivas señalan que los múltiples roles que desempeñan las mujeres proporcionan beneficios psicológicos, apoyo emocional y oportunidad para enriquecer las destrezas interpersonales, lo que repercutía positivamente en la eficacia de su rol como directivas. Concluyen por tanto, que desempeñar diversos roles está relacionado positivamente con la satisfacción vital, la autoestima y la autoaceptación.

3.5. AMAS DE CASA Y SALUD.

En España, el fenómeno más característico en cuanto a los niveles de ocupación de las mujeres lo constituye la reducción drástica del número de amas de casa, pasando del 68% en 1965 al 39% en 1991 (De Miguel, 1992).

La Encuesta Nacional de Salud de 1987 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990) mostraba que las mujeres perciben tener más molestias que los varones y están más sujetas a las dolencias crónicas, de forma que en la misma edad, las mujeres se perciben más enfermas que los hombres. Profundizando en estos aspectos de Miguel (1992) planteó una lista de males o síntomas que las amas de casa decían haber padecido en el último mes, porque *"las amas de casa es una población muy vulnerable a todo tipo de dolencias"* (página 98). En sus datos, el 46% de las amas de casa manifestó haber padecido en el último mes depresión, ansiedad o estrés y más del 20% señalaban alguna dolencia física (reuma, dolor de cabeza, insomnio, gripe, etcétera).

Curiosamente, en las amas de casa menores de 50 años las depresiones eran más frecuentes cuando el nivel educativo era superior al grado de bachillerato. Se podría pensar que este cuadro clínico responde a la hiperactividad de muchas de ellas, pero se vio que aquellas mujeres que señalaban que les sobraba tiempo eran las que manifestaban un mayor número de síntomas que aquéllas que "no tienen tiempo ni para quejarse".

Estos datos podrían indicar que la salud y el bienestar de las amas de casa son peores que el de las mujeres que trabajan fuera del hogar, y así se ha confirmado en algunos estudios (Escalera y Sebastián, 2000; Mathews y Power, 2002, Nathawat y Mathur, 1993; Thakar y Misra, 1999), lo que –señalan estos autores- podría estar relacionado con la deprivación relativa del rol de ama de casa y el deseo de tener oportunidades para la autorrealización.

De hecho, cuando las amas de casa desempeñan otros roles que no son los estrictamente familiares tienen niveles superiores de autoestima y satisfacción, lo que incide en el bienestar (Adelmann, 1993; Miller, Moen y Dempster, 1991). Parece ser que los trabajos del ama de casa son más rutinarios y, consecuentemente, más negativos (Lennon, 1994).

Estos mejores niveles de salud y bienestar en las mujeres trabajadoras frente a las amas de casa no encuentran apoyo poco después de tener un hijo (Walker y Best, 1991), ya que las empleadas manifiestan mayores niveles de estrés.

3.6. MUJERES EMPLEADAS Y SALUD.

El panorama de las relaciones entre el hecho de ser mujer trabajadora y la salud, como hemos esbozado, es muy complicado. Cuando se quiere analizar el impacto que tiene el trabajo en los hombres, se evalúa sólo eso: el impacto del empleo. En el caso de las mujeres no es tan simple. El trabajo, pero también el hogar, la pareja, los hijos e hijas, etcétera, configuran un entorno indisociable que tiene consecuencias en la salud física y psicológica de las mujeres.

Como señalan algunas autoras (Gutek, 2001) la psicología del trabajo aún no ha incorporado definitivamente a la mujer en su conceptualización y ámbito, pero lo cierto es que el tema adquiere cada vez mayor resonancia en los ámbitos científicos, hasta el punto de que, en los últimos años, proliferan los estudios transculturales, surgen publicaciones específicas (por ej, desde 1994 la revista *Gender, Work and Occupations*), y han aparecido algunas revisiones y monografías significativas sobre el tema (Browne, 2002, Lyons, 2002). Esto

ha hecho que comiencen a aparecer estudios con características muy concretas de mujeres trabajadoras que pueden enriquecer la perspectiva del problema. Por ejemplo, se han analizado a parejas de doble carrera que trabajan en la misma empresa (Moen y Sweet, 2002) o el impacto que tiene que los trabajadores deban viajar frecuentemente (Roehling y Bultman, 2002).

Debido a la complejidad descrita, hay muchas variables que interactúan en la relación trabajo, mujer y salud. Expondremos sólo algunos aspectos de este entramado de la vida diaria de las mujeres. Para análisis más completos del tema puede consultarse la excelente monografía de Nelson y Burke (2002) que recoge trabajos de diferentes autores especializados en esta área de investigación.

Los trabajos que requieren mayor fuerza física, así como trabajos físicamente peligrosos que no requieran fuerza física, están dominados por los hombres. Esta correlación entre peligro en el trabajo y predominancia de los hombres se fundamenta en tres razones (Mealey, 2000):

- Las mujeres han sido tradicionalmente excluidas de trabajos que podrían suponer una amenaza para el feto.
- La protección de las mujeres (no sólo de los fetos) también lleva a una discriminación laboral.
- Los hombres están más dispuestos a desempeñar trabajos peligrosos. Esta diferencia de sexos puede ser en parte consecuencia de diferencias en características fisiológicas y de personalidad (en toma de riesgos y en búsqueda de sensaciones, por ejemplo). Por otro lado, las expectativas sociales y de rol, y las presiones hacia los hombres como "los que tienen que ganar los garbanzos" también explican, en parte, estos resultados.

En general, las circunstancias de las ocupaciones dominadas por las mujeres tienden a ser más confortables y entrañan menos riesgos físicos para la salud que las ocupaciones dominadas por los hombres. Una consecuencia de esto, es el mayor porcentaje de accidentes y muertes laborales entre los varones.

El trabajo, las características sociodemográficas y el bienestar psicológico

Diferentes estudios han relacionado algunas variables sociodemográficas como el sexo, la edad y el nivel educativo (Noor, 1995) con variables psicosociales relacionadas con la salud mental en el trabajo, como por ejemplo el nivel de entusiasmo, la satisfacción y el nivel de competencia percibida.

Lindal, Stefansson y Bergman (2002) estudiaron en Islandia el síndrome de fatiga crónica en 4000 personas. Este síndrome apareció mayoritariamente en mujeres trabajadoras a tiempo completo en empleos poco cualificados. En Italia, Pancheri et al (2002) tras realizar un estudio sobre la policía municipal de Roma concluyen que las mujeres manifestaron puntuaciones más altas en estrés que los hombres. Seppaelae (2001) halló mayores niveles de estrés y más síntomas de enfermedad físicos en mujeres que en hombres. En España, también se ha encontrado que las mujeres trabajadoras padecen mayores consecuencias negativas que los hombres trabajadores (Marín, Infante y Rivero, 2002). A la vista de todos estos resultados podríamos concluir que mujer y trabajo no son buenos compañeros. Sin embargo, no todos los estudios apuntan en la misma dirección.

En España, Matud, García y Matud (2002) no hallaron diferencias entre profesores y profesoras de los niveles de primaria y secundaria en estrés laboral, aunque las mujeres manifestaron un mayor número de síntomas somáticos. Cifre, Agut y Salanova (2000) en su trabajo con hombres y mujeres tampoco encontraron diferencias ni en bienestar psicológico ni en satisfacción laboral entre ambos sexos. Concluyen que las diferencias que puede haber en la salud mental, no se deben tanto a la variable sexo sino a las características del trabajo que ocupan hombres y mujeres, ya que cuando son puestos similares, las diferencias en salud mental desaparecen.

Características del trabajo y salud

Algunas variables relacionadas con el trabajo desempeñado han mostrado su importancia sobre la salud de hombres y mujeres.

Los problemas derivados de los compromisos y obligaciones con la familia, el ocio, el trabajo, etcétera, se pueden aliviar mediante los horarios flexibles de trabajo. Ralston (1989) encontró que el horario flexible era especialmente útil para las madres trabajadoras y para las parejas de doble carrera. Ala-Mursula et al. (2002) encontraron que el control del horario laboral era un predictor de la salud en las mujeres pero no en los hombres. Este resultado está relacionado con el de Sharpe, Hermsen y Billing (2002) que señalan que las mujeres usan más que los hombres la flexibilidad horaria del trabajo para reducir el conflicto trabajo-familia (lo que repercute positivamente en la salud), mientras que los hombres emplean los horarios flexibles para aumentar la productividad laboral.

El trabajo por turnos ha sido objeto de múltiples estudios por sus consecuencias físicas y psicológicas, por ejemplo respecto a la calidad de sueño y al estrés de las mujeres que trabajan en esta situación (Edell, Kritz y Bogren, 2002). Grosswald (2002) señala que no todos los trabajadores por turnos deben ser considerados iguales sino que las diferentes condiciones del trabajo llevan a diferentes estrategias (por ejemplo en el cuidado de los hijos e hijas) que repercuten en el bienestar general. Por su parte, Barton (1994) halló que la salud física y psicológica de las enfermeras era mejor si trabajaban en el turno fijo de noche que si lo hacían en turnos horarios de forma rotatoria.

La mala salud también se ha asociado con los trabajos en oficinas con “síndrome del edificio enfermo”. Algunos trabajos (Soine, 1995; Stenberg y Wall, 1995) sugieren que las mujeres son más susceptibles que los hombres a este problema laboral.

El conflicto de rol en el puesto de trabajo se ha relacionado en las mujeres con la salud mental (Lai, 1995; O'Driscoll, 1996). Cifre, Agut y Salanova (2000) encontraron que el conflicto de rol influye de manera positiva en hombres y

mujeres en la satisfacción laboral y en los hombres en el bienestar psicológico. La explicación de este resultado es que un mayor conflicto en el trabajo es visto por los sujetos como un reto continuo, ya que las características sociodemográficas de la muestra les permite centrarse en el ámbito laboral con el fin de prosperar en él. La ambigüedad de rol también apareció positivamente relacionada con la satisfacción laboral en los hombres, lo que refuerza la idea de que ambos factores actúan de motivadores laborales en los hombres. Muchas horas invertidas en el puesto de trabajo y la sobrecarga laboral están positivamente relacionadas con el conflicto trabajo-familia y, consecuentemente, influyen en la salud en las mujeres (Noor, 2002 a).

El bienestar en el trabajo generalmente se ha estudiado desde una perspectiva patológica, orientada al problema. Es decir, generalmente se ha analizado la falta de bienestar en el trabajo operativizada de diferentes maneras (estrés laboral, insatisfacción, *burnout,* etc.). Pero poco a poco hay un cambio hacia una psicología positiva. Un concepto de bienestar relacionado con el trabajo desarrollado recientemente es la implicación en el trabajo. *Respecto* a qué elementos se valoran en un empleo, Heckert et al (2002) encontraron que las condiciones placenteras en el trabajo y las consideraciones familiares eran más importantes para las mujeres que para los hombres.

El trabajo, el hogar y el bienestar psicológico

Equilibrar el rol laboral y el rol familiar es una de las tareas a la que se enfrentan hombres y mujeres. Thomas (2002) señala que la combinación de las esferas de la vida pública y privada se configura de forma diferente en hombres y mujeres. Las contribuciones relativas de hombres y mujeres a las tareas del hogar se ajustan a la hipótesis de que el conflicto familia-trabajo es mayor para las mujeres, sobretodo en madres trabajadoras que tienen una gran carga doméstica aunque no todos los autores han encontrado estos resultados (McLean, 2002). La gente piensa que el empleo de las mujeres afecta a la vida familiar de forma negativa y que son incompatibles (Gerson, 1985; Janman, 1989; Jozefowicz, Barber y Eccles, 1993; Simon, 1995; Westman y Etzion, 1990). Además, el conflicto entre ambas esferas actúa como barrera en el

desarrollo de carrera de las mujeres (Van Vianen y Ficher, 2002) y se relaciona con la insatisfacción laboral en las mujeres (Martins, Eddleston y Veiga, 2002).

Algunos esperan que las mujeres asuman su responsabilidad en el hogar y respecto a las tareas domésticas, puesto que hombres y mujeres tienen obligaciones laborales y familiares diferentes. Podría pensarse que la falta de libertad y tiempo para manejar eficazmente ambas esferas es una de las causas de este conflicto. Sin embargo, Parasuraman y Simmers (2001) encontraron que las mujeres autónomas laboralmente, presentaban mayores índices de conflicto que las mujeres asalariadas, que tienen mayor restricción de horarios y mayor control laboral. No parece claro que el autoempleo permita combinar mejor el trabajo y las responsabilidades familiares (Taniguchi, 2002).

En cualquier caso, lo importante es que la existencia de dicho conflicto en las mujeres, cuando surge, está relacionado con menor bienestar y mayores niveles de estrés (Noor, 2002 b) y con algunos síntomas físicos y mentales (Krantz y Oestergren, 2001). Además, la satisfacción y las demandas de la vida familiar explican el bienestar general de las mujeres, en mayor proporción que la satisfacción y las demandas laborales (Reisine y Fifield, 1995). Ambos sexos experimentan estrés relacionado con el trabajo, pero las mujeres sin embargo, experimentan más malestar relacionado con la casa y la familia (Aneshensel y Pearlin, 1987; Frankenhauser, 1996; Parkers, 1996). A su vez, el empleo en las mujeres modera el impacto del estrés familiar en el bienestar (Schwartzberg y Dytell, 1988).

Algunas variables que influyen en la integración de los roles laborales y familiares son el apoyo familiar, fundamentalmente de la pareja (Noor, 2002 a), la autoestima y las actitudes igualitarias entre los sexos. Por ejemplo, la percepción que tienen las mujeres de la equidad en el reparto de las tareas del hogar, por parte de ellas y de sus parejas, parece ser una de las variables determinantes de la satisfacción familiar de las mujeres que trabajan y de su bienestar (Noor, 1997).Los conflictos surgidos entre la familia y el trabajo tienen incluso, elementos específicos de la cultura (Ling y Powell, 2001).

Trabajo, hijos/hijas y bienestar psicológico

Los cambios en el empleo en las mujeres y en las estructuras familiares hacen que la paternidad y la maternidad sean cada vez más estresantes (por ejemplo, McLanahan y Adams, 1989), debido a las mayores demandas surgidas (Kahn, Long y Peterson, 1989) y a la dificultad de cuidar a los hijos e hijas, lo que hace que algunas mujeres presenten mayores índices de depresión y malestar psicológico (Ross y Mirowsky, 1988). Además, las parejas utilizan diferentes estilos de afrontamiento y de combinación de los distintos roles en el trabajo y en el cuidado de los hijos e hijas, que no siempre son eficaces (Vasquez, Durik y Hyde, 2002).

Desde un punto de vista más social, las actitudes hacia las madres trabajadoras no son todo lo positivas que pudieran parecer incluso en sociedades “tan avanzadas” como Gran Bretaña, Suecia y Noruega, donde las personas jóvenes, las de mayor nivel educativo y las menos religiosas tienen actitudes positivas hacia el trabajo de las madres (Knudsen y Waerness, 2001). Las mujeres tenían actitudes más positivas que los hombres. Incluso las jóvenes entre 15 y 17 años perciben presión social para dejar de trabajar cuando se tiene un hijo (Marks y Houston, 2002).

De hecho, las mujeres en comparación con los hombres experimentan más estrés, mayor pérdida de control en sus vidas y unos niveles mayores de depresión después del nacimiento de un hijo o una hija (Belsky, Lang y Rovine, 1985). Igualmente, parecen estar relacionados los sentimientos de inadecuación y descontento en el desempeño del rol de maternidad (Miller, Moen y Dempster, 1991).

Sin embargo, también hay aspectos positivos. Gareis y Barnett (2002) hallaron que las buenas relaciones que las madres tienen con sus hijos e hijas "protegen" a las madres de los efectos negativos de las demandas de su trabajo fuera del hogar, demandas que, por otra parte, podrían provocar estrés y malestar psicológico.

La mujer como cabeza de familia

Las estructuras familiares han experimentado modificaciones con respecto a épocas pasadas. Uno de los aspectos destacables es el notable aumento de familias monoparentales, que en el caso de las mujeres ve complicada su situación por la elevada probabilidad de tener los hijos/as a su cargo y custodia. En estas circunstancias, la situación laboral de las mujeres y el impacto del trabajo en la vida diaria pueden desencadenar en síntomas físicos y psicológicos relacionados con la salud de consecuencias negativas.

En este sentido, algunos estudios apoyan la idea de que el empleo en las mujeres "solas" con hijos no genera consecuencias positivas y beneficiosas para las mujeres. Thompson y Ensminger (1989) encontraron que criar solas a los hijos/as era un estresor crónico en la vida de las mujeres (frente a compartir la crianza con la pareja), de forma que los niveles de estrés psicológico fueron mayores en este grupo.

Baker y North (1999) en una muestra amplia en Gran Bretaña encontraron que la crianza solitaria estaba relacionada con niveles inferiores de salud mental, aunque no encontraron diferencias en la salud física. Sin embargo, estas relaciones parecen venir mediadas por las creencias de las mujeres respecto a su rol de madres y su rol laboral, de forma que cuando se considera que el trabajo repercute negativamente en la crianza de los hijos e hijas, el estrés de las mujeres es mucho mayor (Jackson y Huang, 1998).

Fokkema (2002), sin embargo, señala que en mujeres divorciadas combinar un trabajo fuera del hogar y cuidar a los niños no perjudica la salud, con independencia del número de horas laborales y las edad de los hijos e hijas.

El *burnout*

Hay un abundante conjunto de estudios relacionados con el *burnout*, que es considerado como una dimensión del bienestar psicológico. Para revisiones globales véase Shirom (2003), el número monográfico de *Psychology and*

*Health, vol16(5)*del 2001, Burke y Richardsen (2001) o Maslach, Schaufeli y Leiter (2000). En España también hay diversos trabajos sobre el síndrome del "quemado" en el trabajo (Durán, Extremera y Rey, 2001a y b; Moreno, Rodríguez y Escobar, 2001; Olmedo, Santed, Jimenez y Gómez, 2001), así como un número especial sobre este tema en la *Revista del Trabajo y de las Organizaciones* en el año 2000 (vol 16-2). Sin embargo, los estudios sobre la incidencia, las causas y repercusiones del burnout en las mujeres trabajadoras es escaso. Por ejemplo, Kulik y Rayyan (2003) encontraron en hombres y mujeres árabes y judíos en Israel que las mujeres tenían mayores niveles de *burnout*. Burke y Greenglas (2001 b) señalan que los conflictos trabajo-familia y familia-trabajo estaban asociados a altos niveles de *burnout*. Hudley (2001), por su parte, apoya la idea de que el autoempleo proporciona a las mujeres casadas menos *burnout* y mayor satisfacción laboral.

Son necesarios, por tanto, más trabajos específicos en esta población.

Un caso particular: las parejas de "doble-carrera"

Las mujeres llevan sobre sus hombros una gran carga de responsabilidades domésticas y de crianza de los hijos e hijas y, aunque asumir muchos roles puede llevar a la sobrecarga y el conflicto, también es posible que de este hecho se deriven consecuencias beneficiosas para la salud de algunas mujeres.

La interferencia de los mundos del trabajo y de la familia encuentra su máximo exponente en el caso de las parejas en las que ambos miembros desempeñan ocupaciones profesionales con una alta implicación en el desarrollo de sus carreras. Los costes de los trabajos profesionales son diversos, básicamente en lo que se refiere al desgaste de energía, a la escasez de tiempo y a la falta de control sobre sus vidas. Sin embargo, en numerosas ocasiones, este tipo de parejas muestra mayores niveles de salud y felicidad.

Parece que hombres y mujeres experimentan esta situación de forma diferente en relación con la satisfacción en la vida y con el trabajo (Kossek y Ozeki,

1998), aunque la existencia de diferentes tipologías en este tipo de parejas (Crouter y Manke, 1997; Kinnunen y Mauno, 2001), hace que diversas formas de afrontar la situación, lleven a la inexistencia de un enfoque ideal para resolver el conflicto familia-trabajo.

Aún así, los hombres perciben su trabajo más estresante que su vida familiar, es una fuente de conflicto matrimonial (Swanson y Power, 1999), pero contribuye más a la satisfacción y el bienestar que la esfera del hogar. Para las mujeres, se agudizan los problemas de ausencia de reparto equitativo de las tareas, lo que repercute negativamente en la depresión de las mujeres (Schwartzberg y Dytell, 1996).

Porque, aunque pudiera parecer que en este tipo de parejas, por sus características laborales, debiera haber un reparto más equitativo de las tareas del hogar y del cuidado de los hijos e hijas, lo cierto es que esto no es así. Si bien es cierto que el papel de los hombres está cambiando (por ej., Smit, 2002), la mujer sigue siendo, incluso en este tipo de parejas, la que se encarga más del trabajo emocional y de la organización familiar (Zimmerman, Haddock, Ziemba y Kust, 2001; Daly, 2002).

Kulik y Rayyan (2003) encontraron en una muestra de israelíes, que los árabes mantenían una orientación más tradicional hacia los roles sexuales que los judíos y éstos, por tanto, participaban más en las tareas domésticas. Parece pues, que la cultura y las actitudes hacia los roles sexuales son variables diferenciales explicativas de este hecho (Zuo y Bian, 2001).

Esta hipótesis de la influencia de la cultura y las actitudes hacia los roles sexuales fue puesta a prueba por Des Rivières, Saurel y Romito (2002). En su trabajo, las autoras analizaron la participación del hombre en las tareas del cuidado del hogar y de los hijos e hijas un año después del nacimiento del bebé en tres países: Italia, Francia y Canadá. La asignación no equitativa de las tareas fue mayor en Italia, luego en Francia y después en Canadá, y esta desigualdad en el cuidado de la descendencia estaba relacionada con estrés psicológico (aunque en el caso de la desigualdad de las tareas domésticas no

hubo relación). Por tanto, la percepción de la no igualdad en la división de tareas del hogar y del cuidado de los hijos e hijas puede provocar tensión entre los miembros de la pareja lo que lleva a una disminución de la calidad de vida marital tanto en hombres como en mujeres (Holm, Werner, Cook y Berger, 2001; Frisco y Williams, 2003).

Otros aspectos a considerar

El aumento de la participación de las mujeres en la fuerza laboral en las últimas décadas ha producido un creciente interés por estudiar los efectos que el empleo tiene en el bienestar de las mujeres y las variables que moderan esta relación.

Una de estas variables es el control percibido, constructo psicosocial que describe las creencias de uno mismo sobre su capacidad para evitar resultados no deseados y para lograr los deseados. Las investigaciones han mostrado que este constructo está relacionado positivamente con el bienestar físico y social y que, en el caso de las mujeres, el empleo proporciona los recursos económicos y sociales necesarios para alcanzar los fines deseados. En este sentido, también el locus de control interno está relacionado con la autoestima y la felicidad (Kopp y Ruzicka, 1993).

Otra de las variables analizadas es la importancia o centralidad en el trabajo (Agervold, 1998). Las mujeres que conceden importancia a su trabajo, que prefieren trabajar y a las que les gusta su empleo, sienten menor estrés y ansiedad cuando, por ejemplo, tienen que separarse de sus hijos/as y dejarles al cuidado de otros personas. Esto estaría relacionado con las actitudes hacia el rol sexual de las mujeres, y su visión de lo que es la maternidad y la importancia que tiene en la vida de una mujer.

Otros estudios, sin embargo, no han encontrado diferencias entre mujeres centradas en su trabajo o en la familia y el bienestar psicosocial o la satisfacción, aunque sí manifestaban algunas diferencias en otras variables

como el número de hijos/as o las horas extras trabajadas (Burke, Todorova, Kotzeva y McKeen, 1994).

El género también ha sido analizado de forma que las mujeres femeninas y las indiferenciadas manifestaron mayores índices de depresión y menor autoestima, que las mujeres masculinas o andróginas (Napholz, 1994 a y b). El optimismo también se ha señalado como variable moduladora del estrés y el bienestar en las mujeres trabajadoras.

3.7. EL DESEMPLEO EN LAS MUJERES Y LA SALUD.

Los primeros estudios realizados sobre el efecto del desempleo en los años 30 del siglo XX, mostraron las consecuencias negativas del mismo en el bienestar físico y psicológico. Tras un lapso temporal importante, hasta los años 80 no vuelve a ser objeto de investigación, pero pese a las diferencias temporales, económicas y sociales, los estudios también mostraron las consecuencias negativas del desempleo.

El desempleo tiene un efecto negativo en el bienestar porque produce ansiedad y depresión y disminuye la autoestima y la seguridad económica (Lennon, 1999). Viinamaeki, Hintika, Kontula, Niskanen y Koskela (2000) hallaron que los trastornos mentales eran más comunes entre los desempleados, tanto en hombres como en mujeres, que en el resto de los sujetos en una muestra en Finlandia, y Hilton, Osborn y Serjeant (1997) concluyeron lo mismo en Jamaica.

Los desempleados también mostraron niveles inferiores de bienestar que los empleados en un estudio longitudinal en Australia (Marks y Fleming, 1999). Para una revisión de los principales estudios, véase Alvaro (1992) y García (1992). La satisfacción con la vida también ha sido una variable evaluada en algunos estudios de forma que, sistemáticamente los desempleados muestran niveles inferiores de satisfacción vital (Feather & O'Brien, 1986; Hardin, Phillips & Fogertty, 1986; Henwood & Miles, 1987).

El desempleo, en definitiva, parece estar asociado con la inseguridad, tanto en la esfera profesional como en la personal (Ekert y Solaz, 2001).

Las consecuencias del desempleo no se limitan a aspectos psicológicos, sino que también se han llevado a cabo estudios que analizan las consecuencias en la salud física. En este sentido se han realizado investigaciones transversales (comparando la salud de empleados y desempleados), estudios longitudinales (que analizan la evolución en la salud de personas con amenaza o inseguridad en el empleo y posterior desempleo) y estudios macroestadísticos (Alvaro, 1992) que, mediante análisis de series temporales, ponen en relación variables macroecónomicas con índices patológicos poblacionales.

Los resultados de todos estos estudios (Brenner, 1971, 1973, 1981; Bunn, 1981; Cobb, 1976; Cook, Cummins, Bartley & Sharper, 1982; Erikssen, Rognum & Jervell, 1979; Fox, 1984; Kasl, 1982; Kasl & Cobb, 1970,1980; Kasl, Cobb & Gore, 1972; Kasl, Gore & Cobb, 1975; McKenna & Payne, 1984, por ejemplo), muestran que, en general, el desempleo está relacionado con una peor salud física, con cambios fisiológicos que pueden tener efectos perjudiciales a largo plazo y con hábitos de vida o conductas poco saludables como el aumento de la ingesta de alcohol (Khan, 1998; Callagham y Cunningham, 2002) o el consumo de diferentes drogas (Yandoli, Eisler, Robbins, Mulleady y Dare, 2002). Asimismo, el desempleo ha sido asociado a mayores tasas de mortalidad y al suicidio o intentos de suicidio (Alvaro, 1992; Platt & Kretimann, 1985).

Las diferencias individuales que acompañan al desempleo son tan numerosas que muchos autores han señalado la imposibilidad de establecer generalizaciones sobre los efectos del mismo. Algunas de estas variables que inciden en la relación son la edad, la implicación o centralidad en el trabajo, el apoyo familiar y social, la duración del desempleo, las actividades y la satisfacción con el tiempo libre, la situación económica y familiar y el sexo del desempleado.

Hombres desempleados y mujeres desempleadas

Los hombres han sido objeto de más estudios sobre el desempleo y sus consecuencias que las mujeres, aunque las cifras del paro son mayores en el grupo de mujeres. Alvaro (1992) señala que esta diferencia en la cantidad de estudios realizados se debe a dos motivos: la reciente incorporación masiva de la mujer al mercado de trabajo y la dificultad en la definición de desempleo en el caso de las mujeres, puesto que hay una categoría más de situación laboral en este colectivo, que es el de las no empleadas (amas de casa).

Además, no hay que olvidar que los desempleados, en general y por tanto también las mujeres, constituyen un grupo muy heterogéneo (Allen, Bati & Bragard, 1981), formado por personas que se han quedado sin trabajo, personas que nunca han tenido trabajo, personas que desean reincorporarse al empleo y personas que no buscan trabajo.

Por otra parte, las circunstancias económicas, familiares, psicológicas y sociales hacen que la heterogeneidad y las diferencias individuales se manifiesten de forma clara en este grupo de población, lo que incide, lógicamente, en las respuestas que proporcionan los sujetos.

No hay ninguna razón para pensar que las mujeres no se vean afectadas de la misma forma que los hombres cuando se encuentran en una situación de desempleo, y los estudios realizados al respecto así lo confirman (Warr, 1987; Alvaro, 1992; Malmberg y Julkunen, 2002). Los trabajos que han analizado los efectos del desempleo sobre el bienestar en hombres y en mujeres indican que, en general, es igualmente negativo para ambos sexos. Además, los efectos que tiene el desempleo a largo plazo son también importantes. Por ejemplo, Hammarstroem y Janlert (2002) en un estudio realizado en Suecia hallaron que el desempleo en jóvenes (entre 16 y 21 años) tenía consecuencias 14 años después sobre la salud. En concreto, sobre el tabaquismo y sobre la salud psicológica en mujeres y hombres, y en éstos, además, sobre la salud física. No se encontró, sin embargo, relación con el consumo de alcohol, que en diversos estudios se ha mostrado una variable

significativa con el desempleo (Bendtsen, Dahlstroem y Bjurulf, 2002). En este sentido, Ahlstroem, Bloomfield y Knibbe (2001) hallaron en un estudio en 9 países europeos que el desempleo en las mujeres estaba significativamente relacionado con la ingesta de alcohol pero no en los hombres.

Leana y Feldman (1991) señalan que las mujeres no estaban menos traumatizadas por la pérdida de empleo que los hombres y que no había diferencias sustanciales entre hombres y mujeres en los síntomas de estrés psicológico y conductual. Sin embargo, había diferencias en la forma de afrontar la pérdida de cada trabajo. Los hombres confiaban más en actividades centradas en el problema, como la búsqueda de un nuevo trabajo, mientras que las mujeres dependían más del apoyo social. Estos resultados también fueron confirmados por Kulik (2000 a, 2000 b).

Este patrón diferencial de comportamiento aparece igualmente en el trabajo de Waters y Moore (2002) que analizaron la relación entre el desempleo y la autoestima entre hombres y mujeres. Los resultados mostraron que, para los hombres, había una relación negativa significativa entre la falta de dinero y la autoestima, mientras que en las mujeres había una relación positiva entre los diferentes roles desempeñados y el apoyo social y la autoestima.

Tener hijos o hijas es otra variable que puede influir en los diferentes afrontamientos que hombres y mujeres hacen del desempleo. Malmberg y Julkunen (2002) encontraron que ser padre incrementa las conductas de búsqueda de empleo y la implicación en el trabajo en los hombres, mientras que para las mujeres ser madre modera las experiencias negativas del desempleo y disminuye las actividades de búsqueda de trabajo.

Los datos de los que se dispone son, en ocasiones, contradictorios. De hecho algunos autores sugieren que las mujeres, en general, se adaptan a la situación de desempleo mejor que los hombres, y sin embargo, Kulik (2001) halló que las mujeres desempleadas manifiestan un mayor declive en su salud como consecuencia del desempleo que los varones. Al-Jaddou y Malkawi (1997) encontraron que el desempleo está relacionado con trastornos mentales

tanto en hombres como en mujeres. En España, Villaverde, García-Marco, de la Fuente y Benítez (1999) hallaron que el desempleo estaba asociado con trastornos psiquiátricos en los hombres pero no en las mujeres.

Ya se ha señalado que en algunos estudios se han encontrado relaciones entre desempleo y suicidio, de forma que hay más riesgo de suicidio entre desempleados que entre los empleados. Aunque este hecho ha sido ampliamente avalado en el caso de los hombres, por ejemplo Qin, Agerbo, Westergard-Nielsen, Erikkson y Mortenson (2000) en Dinamarca, Kposowa (2001) en Estados Unidos, Gunnell, Lopatatzidis, Dorling, Wehner, Southall y Frankel (1999) en Inglaterra y Gales, Preti y Miotto (1999) en Italia, Lester y Saito (1998-99) en Japón o McCrea (1996) en Irlanda del Norte, los datos sobre la incidencia del desempleo en el suicidio en las mujeres son menos numerosos (Gunnell et al 1999; Kposowa, 2001) pero igualmente significativos.

Por último, debemos señalar, dada la significación social y el alcance que está tomando el problema, la influencia que el desempleo en los hombres (y asociado con él, el consumo de alcohol) tiene sobre la salud de las mujeres. En concreto nos estamos refiriendo a los maltratos y abusos que sufren algunas mujeres. En varios trabajos se ha encontrado una relación significativa entre situación de desempleo del hombre y abusos y maltratos a sus mujeres (por ej., Johnson, 2001; McCloskey, 2001; Schumacher, Felbau, Slep y Heyman, 2001).

Mujeres empleadas y mujeres desempleadas

Algunos estudios muestran las diferencias en salud y en bienestar psicológico entre mujeres empleadas y mujeres en paro. En Francia, las mujeres desempleadas manifiestan mayor estrés psicológico que las empleadas, al año de haber tenido un hijo, después de controlar un conjunto de variables demográficas y sociales (Saurel, Romito, Ancel y Lelong, 2000). Lai, Chan y Luk (1997) hallaron, al igual que en estudios con muestras occidentales, que las mujeres desempleadas de Hong Kong tienen peor salud mental que las mujeres empleadas. Goldsmith, Veum y Darity (1997) encontraron que el desempleo disminuye la autoestima en las mujeres.

Sin embargo, Gallo et al (2003) han encontrado, comparando a mujeres trabajadoras y no trabajadoras, diferencias a favor de éstas respecto a algunos indicadores de salud física. En concreto, se encontró que las trabajadoras en puestos de oficinistas y similares (como opuestas a trabajadoras manuales) eran las mujeres que tenían mayores riesgos de arterioesclerosis. Es posible que, en este caso, el sedentarismo asociado al puesto de trabajo sea el responsable de los resultados obtenidos.

Variables moduladoras del efecto del desempleo en las mujeres

El efecto del desempleo en las mujeres se ve afectado por un conjunto de variables que intervienen en la relación. Por ejemplo, las mujeres que no están casadas, que son el sustento principal del hogar o las mujeres jóvenes en busca de su primer empleo responden al desempleo de forma similar a los hombres, complicándose el panorama si, además, tienen hijos o hijas a su cargo, puesto que las barreras que encuentran para acceder a un nuevo empleo son mayores (Youngblut, Brady, Brooten y Thomas, 2000). En este sentido, las viudas y las divorciadas tienen respuestas más negativas hacia el desempleo que las casadas o las solteras (Kulik, 2000 b).

En una revisión realizada por Warr y Parry (1982) se extrajeron las siguientes conclusiones:

- Para las mujeres solteras sin hijos/as, el desempleo está asociado de forma significativa, a un menor bienestar psicológico.

- Esta asociación es menor en el caso de las mujeres casadas sin hijos/as.

- Las investigaciones sobre mujeres casadas con hijos/as, raramente muestran relación entre desempleo y bienestar, pero sí hay relación entre desempleo y suicidio o intento de suicidio.

- En ningún caso, hay menor bienestar psicológico por el hecho de estar empleada.

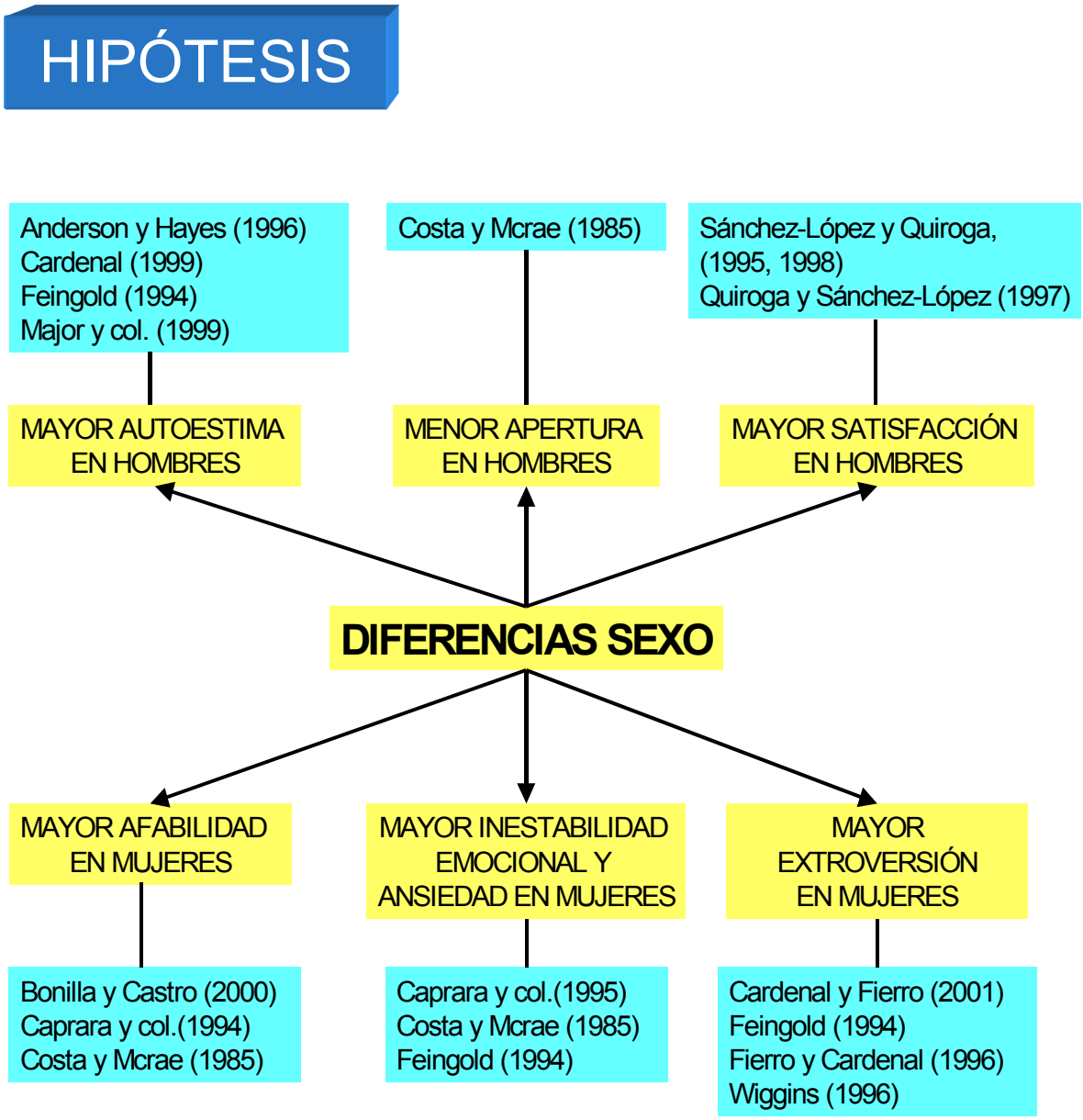
Otra variable analizada es el optimismo. Lai y Wong (1998) estudiaron a mujeres desempleadas y encontraron que el optimismo modera el efecto negativo del desempleo en la salud psicológica, de forma que las menos optimistas eran las más perjudicadas psicológicamente. Este mismo resultado lo encontraron Morrison, O'Connor, Morrison y Hill (2001) tanto en hombres como en mujeres.

Por último, para Agevold (1998) estar desempleada provoca mayores síntomas de estrés cuando hay una elevada centralidad en el trabajo, mientras que con baja centralidad aparecen menos síntomas.

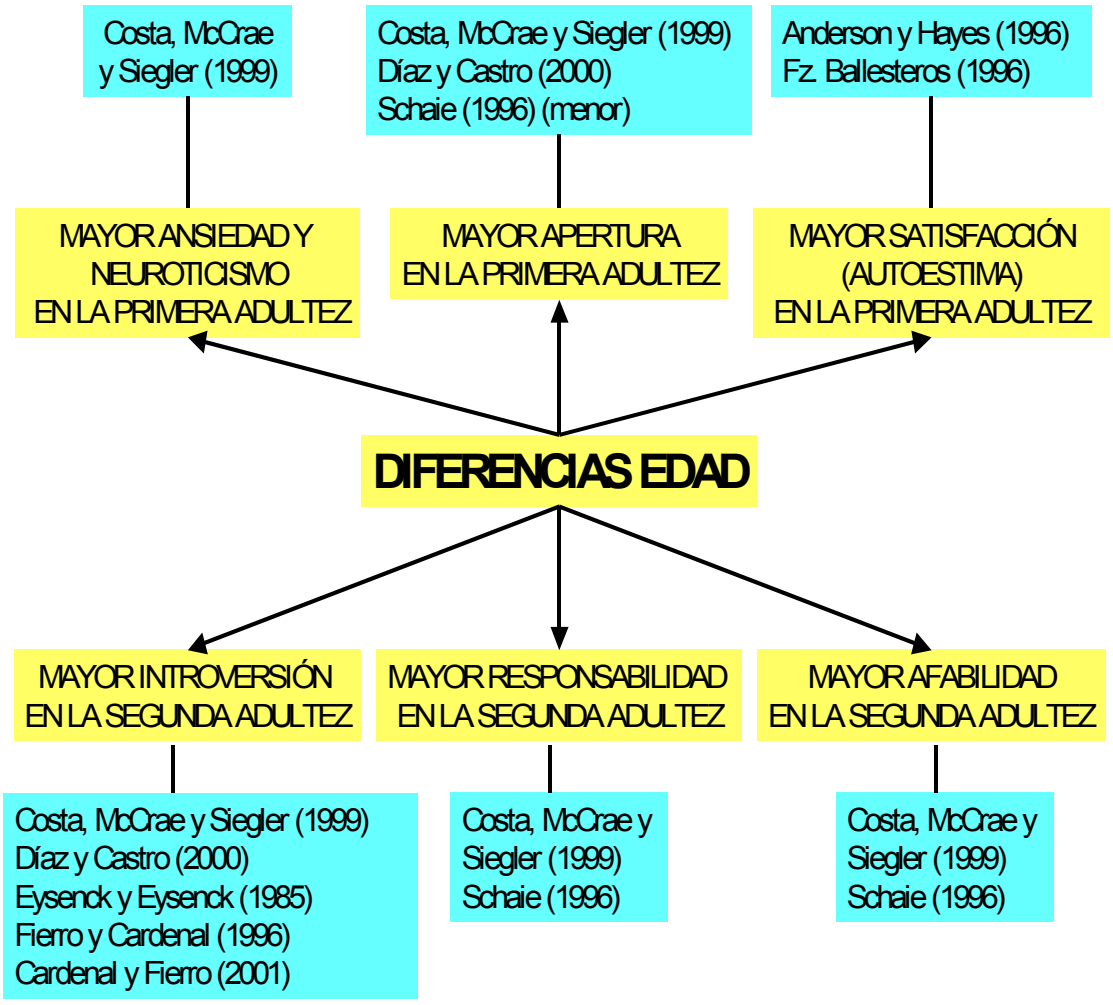
El cuadro de datos y conclusiones que se ha dibujado hasta ahora ha servido de base a las autoras para plantear la investigación empírica que recoge las i , que se expone en los capítulos siguientes

4. FORMULACIÓN DE LAS HIPÓTESIS

El conjunto de predicciones que se ha puesto a prueba ha sido muy numeroso. Las hipótesis principales, así como algunos trabajos que han encontrado las mismas conclusiones, se muestran en los cuadros siguientes.



Cuadro 5: Principales hipótesis referidas a las diferencias en salud mental en cuanto al sexo.



Cuadro 6: Principales hipótesis referidas a las diferencias en salud mental en cuanto al sexo.

SEXO Y CONDICIÓN DE TRABAJO:

(Aiken, 1999; Anderson y Hayes,1996; Lichtenstein, 1996; Quiroga y Sánchez-López,1997; Sánchez-López y Quiroga,1995, 1998; Schwartzberg y Dytell, 1996).

1. Mayor ansiedad rasgo en las mujeres trabajadoras.
2. Menor autoestima en en las mujeres paradas y amas de casa.
3. Menor satisfacción global en la mujer en paro.
4. Menor satisfacción laboral en la mujer en paro.
5. Mayor apertura en las mujeres trabajadoras.
6. Mayor extroversión en las mujeres trabajadoras.
7. Mayor inestabilidad emocional en las mujeres paradas.
8. Mayor responsabilidad en las mujeres con trabajo.
9. Peor salud física autopercibida en las mujeres amas de casa.
10. Mayor número de visitas al médico en amas de casa.
11. Mayor nivel de dolor físico general en amas de casa.

Cuadro 7: Principales hipótesis referidas a las diferencias en salud mental y física en cuanto sexo y la condición de trabajo.

III. MÉTODO

Es preciso detallar que, dada la complejidad de diseños, resultados y datos obtenidos en esta investigación, se ha procedido a agruparlos y presentarlos en dos Estudios separados, para que el lector pueda entender con mayor claridad y organización todos los aspectos estudiados y analizados. Cada estudio se relaciona y completa, lógicamente, al otro. Pero, a veces, en un estudio se han tenido en cuenta características psicológicas o físicas que no se han considerado en el otro.

No obstante, tomando en conjunto los dos Estudios se han evaluado todos y cada uno de los aspectos y factores que se señalaban en el proyecto de esta investigación: sexo, edad, nivel socioeconómico, condición de trabajo, variables familiares, rasgos de personalidad, indicadores de salud mental y salud física, índices de bienestar personal, etc.

Sin embargo, para los apartados que aparecen en este capítulo III, no se realizará esta división ya que como se comprenderá al leerlos, son comunes a ambos estudios. Por consiguiente, ya que, la cantidad de variables contempladas ha sido muy numerosa, nos hemos inclinado por esta forma de presentación separada en Estudio 1 y 2 para los capítulos IV y V.

Y se ha reservado el capítulo VI de Conclusiones Finales para mostrar un resumen de las aportaciones principales de los 2 Estudios que devuelven la unidad a los objetivos que se pretendían cubrir al diseñar esta investigación.

Básicamente:

- El Estudio 1 se ha centrado en analizar las diferencias de salud mental en cuanto al sexo, la edad y el nivel socioeconómico.
- Y en el Estudio 2 se han estudiado las diferencias en salud mental y salud física entre los 5 grupos que se forman al tener en cuenta el sexo y la condición de trabajo (1. mujeres amas de casa, 2. mujeres

en paro, 3. mujeres con trabajo, 4. hombres en paro, y 5. hombres con trabajo). Además, en este Estudio 2 se ha valorado la influencia de Variables Familiares y de Factores de Personalidad, así como de la Edad.

Por tanto, se puede afirmar que el Estudio 2 es más completo al tener en cuenta un mayor número de variables, pero el Estudio 1 es importante porque presenta las primeras conclusiones preliminares que luego quedarán matizadas y perfiladas en el Estudio 2.

1. PARTICIPANTES-MUESTRA.

La muestra que se ha utilizado está constituida por 500 sujetos de 27 a 65 años con estas características demográficas y sociales:

100 mujeres amas de casa
100 mujeres que trabajan fuera del hogar
100 mujeres en paro
100 hombres trabajadores
100 hombres en paro

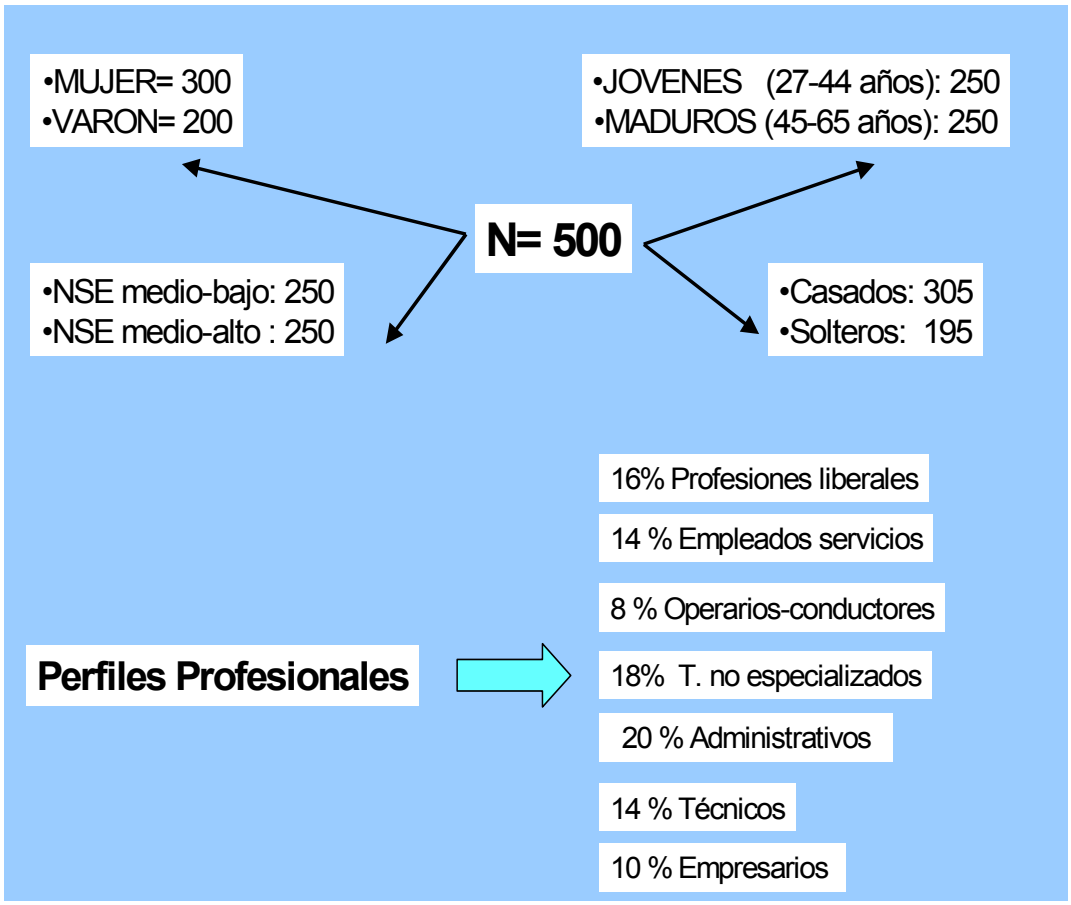
Se seleccionaron por la técnica de muestreo estratificado entre población de Madrid de diferentes clases sociales y niveles de estudios, respetando las cuotas de edad y sexo para cada uno de los 5 criterios establecidos. En el grupo de mujeres trabajadoras se procurará que estén representadas las principales profesiones en las que participa la mujer española.

Este método de selección garantiza que los sujetos de nuestro estudio: 100 mujeres paradas, 100 mujeres amas de casa, 100 mujeres trabajadoras fuera del hogar, 100 hombres trabajadores y 100 hombres parados, son representativos de la población española a efectos de edad, clase social, nivel de estudios, nivel cultural, número de hijos, tipo de trabajo, etc.

Por tanto, los resultados que de esta investigación se deriven serán generalizables a la población española en su conjunto, y más especialmente a la población madrileña.

Esta garantía es fundamental, porque de lo contrario el valor de la investigación sería escaso y muy circunscrito a la muestra particular que se eligiera. Este problema es el que se critica con mayor intensidad y frecuencia en todos los estudios, ya que las conclusiones encontradas a partir de estas investigaciones, en las que la muestra no se selecciona rigurosamente al azar y estratificada, quedan relegados a un grupo de sujetos pequeño y sus conclusiones no son relevantes, ni tienen implicaciones prácticas en el área de la intervención.

Las principales características demográficas quedan reflejadas en el cuadro 8.



Cuadro 8: Características demográficas de la muestra de sujetos.

2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.

Las herramientas que se han empleado en esta investigación han sido instrumentos de evaluación psicológica. Se describen a continuación los aspectos psicológicos que han medido cada uno de ellos y sus principales características.

1. **Rasgos de personalidad***: Inventario de Cinco Factores (NEO-FFI: Neuroticisme, Extroversion, Openness -Five Factor Inventory-).* Es una versión reducida del NEO-PI-R de Costa y McCrae (1986). Mide las mismas dimensiones de personalidad, denominadas cinco grandes o Big Five. Hay un acuerdo generalizado entre distintos autores a la hora de considerar estos cinco rasgos de personalidad como las características psicológicas más centrales y relevantes que pueden definir y diferenciar a los seres humanos, y que puedan pertenecer, además, a diversas culturas. Se añade, por otro lado, la virtud de las propiedades psicométricas altamente demostradas con que cuenta este instrumento de evaluación de la personalidad. Los nombres de los cinco rasgos son Estabilidad emocional, Extroversión, Apertura a la experiencia, Afabilidad o Conformidad y Responsabilidad o Escrupulosidad

2. **Ansiedad:** Inventario de Estímulo-Respuesta de Ansiedad (ISRA) de Miguel Tobal y Cano Vindel (1994). Este cuestionario es una de las pruebas con que cuenta actualmente la Psicología, más fiable y válida para la evaluación de la disposición general que tienen las personas a experimentar y padecer Ansiedad y la cantidad de ansiedad que pueden experimentar en una situación concreta. Se mide, por tanto, el rasgo de Ansiedad como una tendencia que manifiesta el sujeto con cierta estabilidad temporal y consistencia transituacional. Además, esta prueba permite obtener tres puntuaciones independientes de ansiedad: *Ansiedad cognitiva, Ansiedad fisiológica y Ansiedad motora.* Se considera que estos tres

tipos de respuesta son los principales indicadores de los fenómenos de personalidad que se expresan de manera conductual en el comportamiento humano.

3. **Satisfacción Autopercibida:** Hay un acuerdo generalizado sobre la validez de las medidas de autopercepción de la felicidad, bienestar o satisfacción (Argyle, 1987; Andrews y Robinson, 1991), además del uso de medidas de satisfacción de ítem único. Por tanto, se va a utilizar una escala likert de 10 puntos en la que los sujetos valorarán tanto su Satisfacción Familiar, como su Satisfacción Laboral y su Satisfacción Global. En trabajos previos se ha puesto de manifiesto la adecuación de esta medida (Sánchez-López, Aparicio, Cárdenas, Dávila y Díaz, 1996).

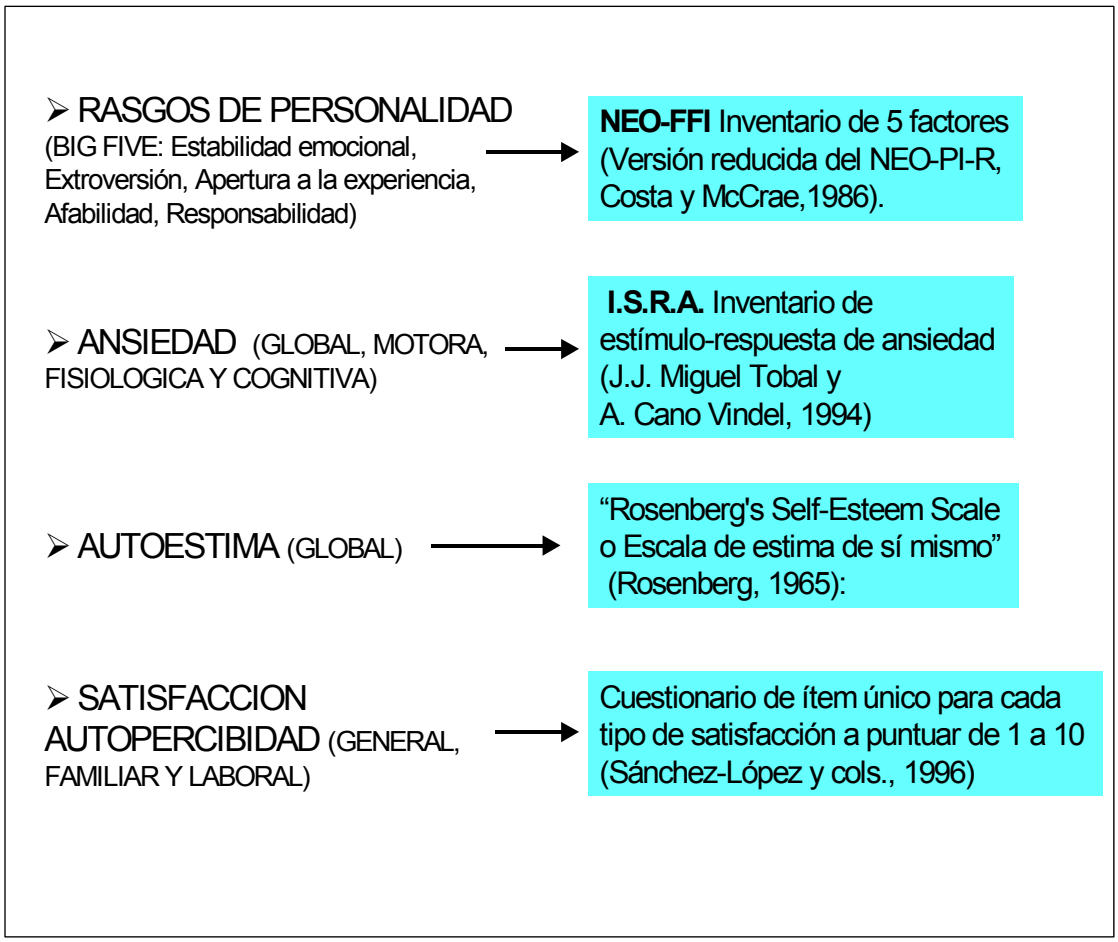
4. **Autoestima:** "Rosenberg's Self-Esteem Scale o Escala de estima de sí mismo" (Rosenberg, 1965). Esta prueba es muy importante es nuestro estudio ya que evalúa la valoración positiva o negativa, que una persona tiene de sí misma: su autoestima. Ha sido confeccionada a partir de frases que exploran el autoconcepto. Se presenta como unidimensional y mide concretamente autoestima.

5. **Variables Familiares**: Se aplicaron, además, una serie de formularios breves para obtener información sobre el grado de implicación que tiene el cónyuge de cada mujer, respecto a las tareas del hogar y la educación de los hijos, así como la propia valoración que hace la persona sobre la dedicación que dispensa ella misma a las tareas del hogar y al cuidado de los hijos.

6. **Salud Física:** Se ha evaluado, también, un índice general de salud física, a través de un cuestionario diseñado por el propio equipo de investigación, para obtener información de diferentes áreas que pueden ser susceptibles de presentar problemas, dolencias corporales y malestar físico en general, así como para detectar el

padecimiento de enfermedades y trastornos psicosomáticos a lo largo de los últimos años.

En el cuadro 9 aparece un resumen de las variables psicológicas evaluadas y de sus correspondientes pruebas.



Cuadro 9: Dimensiones de personalidad e instrumentos de evaluación utilizados.

3. PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN (MÉTODOS Y VARIABLES)

3.1. PROCEDIMIENTO.

El tiempo empleado para la realización de este proyecto ha sido de 1 año y 7 meses. Las fases del estudio han estado limitadas, en parte, a la obtención de la muestra.

Fase 1:

1. Búsqueda bibliográfica exhaustiva y completa sobre el tema desde los últimos cinco años.
2. Establecimiento de bases para la aplicación de los instrumentos, además del ajuste de los formatos de los instrumentos a utilizar para que se faciliten las respuestas de los participantes.
3. Contacto por carta con las personas que participen en el estudio, para fomentar su motivación en el sentido de que con su ayuda pueden colaborar en el bienestar psicológico y físico de muchas mujeres, así como para garantizar el anonimato y la total confidencialidad de los datos de los cuestionarios.
4. Aplicación de las diferentes pruebas a todos los participantes.

Fase 2:

1. Corrección de las pruebas y cuestionarios.
2. Introducción de los datos y análisis estadísticos.
3. Realización de Análisis estadísticos e Interpretación de los resultados

Fase 3:

1. Establecimiento de Conclusiones.

2. Elaboración de Informes.
3. Presentación (hasta la actualidad) de los resultados en 3 Congresos Internacionales.
4. Realización de publicaciones en revistas científicas (en preparación).

En cuanto a la obtención de los datos, se comentan a continuación algunas cuestiones de interés, que –pensamos- han garantizado todo lo máximo posible, que la recogida de datos, tan decisiva e importante en un trabajo empírico, haya sido objetiva, cualificada, rigurosa y veraz.

Todos los participantes de la muestra han contestado a los distintos instrumentos de medida psicológica y de datos físicos que se han asignado en esta investigación. La aplicación de todas estas pruebas se ha llevado a cabo por una empresa técnica, especializada en administración de encuestas y cuestionarios.
Además, dadas las características psicológicas de muchas de las pruebas y, teniendo en cuenta la importancia que los datos se obtuvieran de forma rigurosa, uno de los integrantes de este equipo de investigación impartió un cursillo de 6 horas de duración a los empleados de la empresa de encuestas y cuestionarios.

En este seminario se reunió la investigadora con todos los sujetos que luego aplicaron las pruebas de evaluación, y se les fue explicando y haciendo hincapié, fundamentalmente, en estos aspectos:

- Estudio de los diversos los instrumentos que se iban a emplear, señalando sus aspectos más relevantes, así como analizando aquellos ítems que pudieran ser más conflictivos y pudieran presentar alguna dificultad en su posterior aplicación.

- Se recalcó la necesidad de que ellos mismos motivaran a las personas que iban a entrevistar, argumentándoles que las conclusiones obtenidas podían ayudar a su comunidad y a la

sociedad en general, para fomentar, además, que contestaran a todas las preguntas y fueran cooperadores.

- Se precisaron las características demográficas de la muestra de sujetos que se debía seleccionar.

- Y, por último, y no menos importante se trató de motivar a este grupo de trabajo de encuestadores, destacando la importante función de su tarea para que los datos obtenidos fueran rigurosos, exactos y completos, y la investigación pudiera ser realizada con éxito.

3.2. MÉTODO UTILIZADO.

Se ha utilizado el *Método Comparativo* y se justifica brevemente su elección.

En los métodos experimentales, el investigador actúa sobre la variable independiente y registra los cambios concomitantes producidos en la variable dependiente. Pero, en muchas ocasiones, el cambio de la variable independiente no puede ser provocado por el experimentador, bien por razones externas a la propia variable (razones éticas o históricas), bien por razones internas a la misma (naturaleza inmodificable). En estos casos, nos encontramos ante lo que Claude Bérnard llamó *experiencia invocada.*

El recurso a estas experiencias invocadas o métodos comparativos tiene especial relevancia para la Psicología Diferencial, que trata con sujetos humanos sobre los que determinadas variables psicológicas, biológicas o sociales no pueden modificarse según quiera el investigador.

Así, la edad, el sexo, la raza, la clase social, el nivel de estudios, la inteligencia, los rasgos de personalidad, etc., no son modificables en el curso de una experimentación. Sin embargo se reconoce unánimemente la importancia de obtener un conocimiento científico de la influencia que dichas variables y muchas otras pueden ejercer sobre la conducta.

Por tanto, el método que mejor se adecuaba al objeto de estudio de esta investigación era el comparativo, dentro del cual se han empleado diferentes diseños y técnicas de análisis de datos que se exponen seguidamente.

3.3. DISEÑOS, TIPOS DE VARIABLES Y TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO 1.

Tanto en Estudio 1 como en el Estudio 2 se han utilizado fundamentalmente *Diseños propiamente comparativos* y se explican, por tanto, algunos aspectos característicos que ayuden al lector a entender cómo se han aplicado en este trabajo.

Los *Diseños propiamente comparativos* tienen una estructura semejante a la de los métodos experimentales y cuasi-experimentales con grupo control y grupo experimental, radicando su principal diferencia en la naturaleza de la variable independiente que no está bajo el control del investigador, sino que su modificación ya ha tenido lugar antes de la intervención experimental. Suele tratarse de variables independientes de naturaleza física, biológica, psicológica, política o demográfica.

En este tipo de diseños, el investigador debe seleccionar muestras representativas de las poblaciones en las que la variable independiente está presente según distintas categorías o niveles. Los procedimientos estadísticos suelen ser los mismos de los diseños experimentales: pruebas t y F, o técnicas no paramétricas como la U de Man Witney.

Así, en el Estudio 1, las Variables Independientes eran de naturaleza biológica y demográfica como el sexo, la edad y el nivel socioeconómico.

La variable Edad, al ser una variable continua se ha dicotomizado en dos niveles para poder operativizarla como Variable Independiente: Grupo de Jóvenes (de 27 a 44 años) y Grupo de Maduros (de 45 a 65 años). Esta clasificación se ha basado en las principales teorías evolutivas que sugieren que en ese tramo de edad de 44 ó 45 años se produce, sobre todo, para la mujer el inicio de un ciclo psicológico que está acompañado por cambios

fisiológicos como la aparición de los primeros síntomas de la menopausia y que se refiere a una nueva etapa vital.

Por supuesto, que en cada persona se produce este cambio de manera idiosincrásica, pero a efectos de investigación ha sido necesario contemplar algún criterio para poder realizar esta división y poder operar estadísticamente con los datos obtenidos.

Por tanto, se señalan los diseños, técnicas estadísticas utilizadas y posición que ocupan las variables estudiadas:

1. Diseño propiamente comparativo y Técnicas Estadísticas como ANOVA (Análisis de varianza) y MANOVA (Análisis multivariado de varianza): Para el bloque de hipótesis en las que se trata de analizar si aparecen diferencias significativas entre diferentes grupos:

    - Hombres y mujeres: Diseño de 1 vía. El sexo es la *Variable Independiente* con dos niveles: Hombres y mujeres.
    - Personas jóvenes y maduras: Diseño de 1 vía. La edad es la *Variable Independiente* con dos niveles: Jóvenes y Maduros.
    - Sujetos de nivel socioeconómico medio-alto y medio-bajo. Diseño de 1 vía. El nivel socioeconómico es la *Variable Independiente* con dos niveles: nivel socioeconómico medio-alto y medio-bajo.
    - Interacción de Sexo por grupos de Edad: Diseño 2 x 2. *Las Variables Independientes* son 2, El sexo y la Edad, formándose 4 grupos.
    - Interacción de Sexo por grupos de Edad por Nivel socioeconómico: Diseño 2 x 2 x 2. *Las Variables Independientes* son 3, El sexo, la Edad y el Nivel Socioeconómico formándose 8 grupos.

2. Las Variables Dependientes han sido los distintos índices de:

- *Salud mental*: Estabilidad emocional, Extraversión, Apertura, Afabilidad, Responsabilidad, Ansiedad global, Ansiedad Cognitiva, Ansiedad Fisiológica y Ansiedad Motora, Satisfacción personal, Autoestima.

3.4. DISEÑOS, TIPOS DE VARIABLES Y TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO 2.

1. Diseño propiamente comparativo y Técnicas Estadísticas como ANOVA (Análisis de varianza), MANOVA (Análisis multivariado de varianza) y Contraste Post Hoc Bonferroni para Familias de Comparaciones: Para el bloque de hipótesis en las que se trata de analizar si aparecen diferencias significativas entre los 5 grupos (mujeres trabajadoras, amas de casa, en paro, hombres con trabajo y hombres en paro), formándose los siguientes grupos:

    - Hombres con trabajo, hombres en paro, mujeres amas de casa, mujeres trabajadoras y mujeres en paro: Diseño de 1 vía. El sexo y la condición de trabajo es la *Variable Independiente* con los 5 niveles señalados.
    - Hombres con trabajo, hombres en paro, mujeres amas de casa, mujeres trabajadoras y mujeres en paro, divididos ahora en dos grupos de Jóvenes y Maduros: Diseño 2 x 5. Las *Variables Independientes* son 2, El sexo y condición de trabajo, por un lado, y el grupo de Edad, por otro, formándose 10 grupos (Hombres con trabajo jóvenes, hombres con trabajo maduros, hombres en paro jóvenes, hombres en paro maduros, etc.).

2. Diseño propiamente comparativo y Técnicas Estadísticas como ANCOVA (Análisis de Covarianza), MANCOVA (Análisis multivariado de Covarianza): Para el bloque de hipótesis en las que se trata de analizar si aparecen diferencias significativas entre los 5 grupos (mujeres trabajadoras, amas de casa, en paro, hombres con trabajo y

hombres en paro), teniendo como Covariables las Variables Familiares (-Dedicación al cuidado de la casa, -Dedicación a la educación de los hijos, -Implicación del cónyuge en las tareas de la casa, -Implicación del cónyuge en el cuidado de los hijos).

- Hombres con trabajo, hombres en paro, mujeres amas de casa, mujeres trabajadoras y mujeres en paro: Diseño de 1 vía. El sexo y la condición de trabajo es la *Variable Independiente* con los 5 niveles señalados.

3. Diseño propiamente comparativo y Técnicas Estadísticas como ANCOVA (Análisis de Covarianza), MANCOVA (Análisis multivariado de Covarianza): Para el bloque de hipótesis en las que se trata de analizar si aparecen diferencias significativas entre los 5 grupos (mujeres trabajadoras, amas de casa, en paro, hombres con trabajo y hombres en paro) y teniendo como Covariables los Rasgos de Personalidad (-Estabilidad emocional, -Extroversión, -Apertura, -Amigabiliad, -Responsabilidad).

   - Hombres con trabajo, hombres en paro, mujeres amas de casa, mujeres trabajadoras y mujeres en paro: Diseño de 1 vía. El sexo y la condición de trabajo es la *Variable Independiente* con los 5 niveles señalados.

4. Las Variables Dependientes han sido para todos los Diseños los distintos índices de:

   - *Salud mental*: Estabilidad emocional, Extraversión, Apertura, Afabilidad, Responsabilidad, Ansiedad global, Ansiedad Cognitiva, Ansiedad Fisiológica y Ansiedad Motora, Satisfacción personal global, familiar y laboral, Autoestima.

   - *Salud Física*: Cantidad de ingesta de sustancias químicas nocivas para la salud, Apreciación general de Dolor Físico,

Número de veces que se ha acudido a la consulta médica, Salud Física Autopercibida.

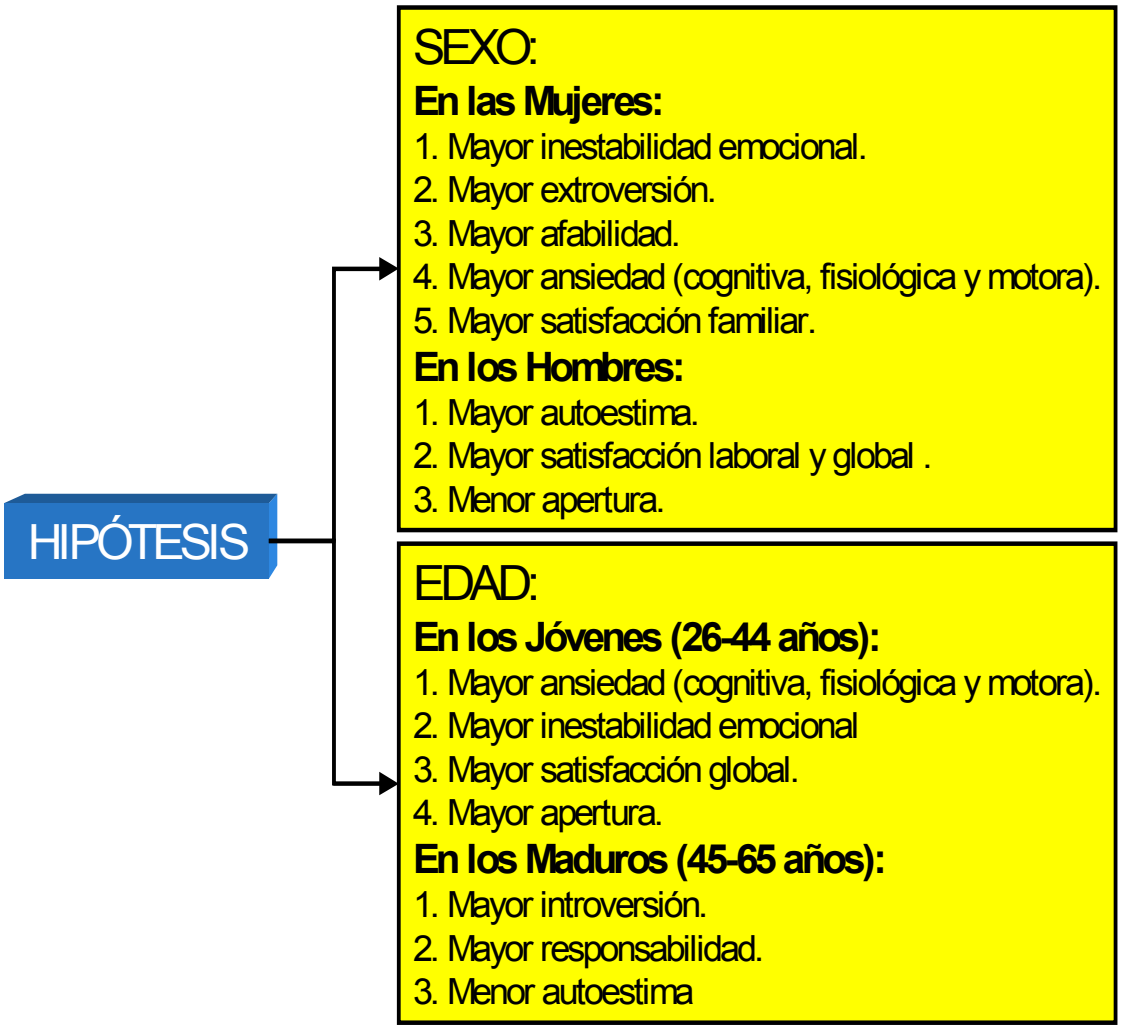
- Excepto para el Diseño en el que los rasgos de personalidad son tomados como covariables, ya que aquí las Variables Dependientes han sido los distintos índices de salud física y la Ansiedad global, Ansiedad Cognitiva, Ansiedad Fisiológica y Ansiedad Motora, Satisfacción personal global, familiar y laboral, Autoestima.

Para los dos Estudios 1 y 2, los datos han sido introducidos y analizados en el programa estadístico SPSS -versión 9.0- para Windows, para lo cual se ha realizado una base de datos específica para este trabajo, habiendo llevado a cabo el equipo de investigación la tarea de seleccionar y analizar los datos estadísticamente.

IV. RESULTADOS DEL ESTUDIO 1: INFLUENCIA DEL SEXO, LA EDAD Y EL NIVEL SOCIOECONOMICO (VARIABLES DEMOGRAFICAS) EN LA SALUD MENTAL.

1. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.

En el cuadro 10 se muestra un esquema de las principales hipótesis sometidas a comprobación.



Cuadro 10: Principales hipótesis sometidas a prueba en cuanto a las diferencias de sexo y de edad en rasgos de personalidad indicadores de salud mental.

- *En las diferencias en cuanto al SEXO* se han encontrado puntuaciones significativamente distintas entre los dos sexos y, además, en la dirección esperada. Por tanto, se han cumplido la mayoría de las predicciones, no obteniéndose hallazgos diferenciales en las variables de Extroversión, Autoestima y Satisfacción personal.

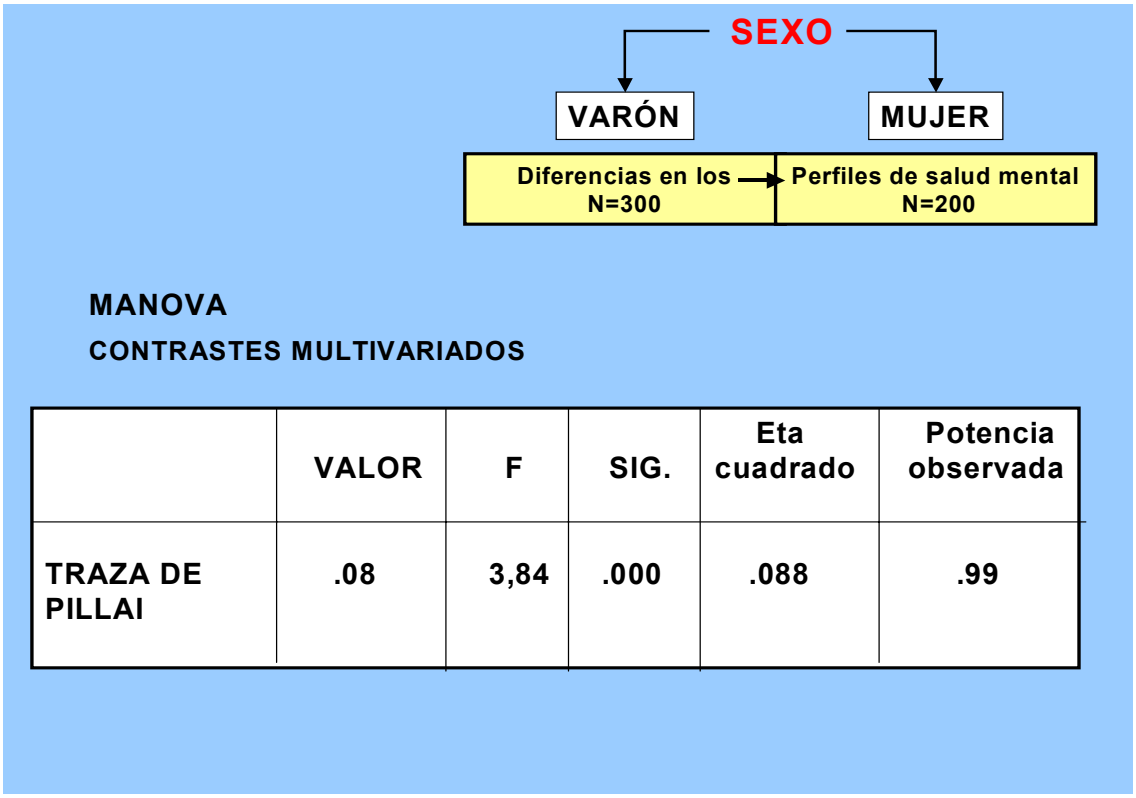
- Respecto a las *diferencias en cuanto a la EDAD,* aparece también un número de hipótesis confirmada aunque menor que entre hombres y mujeres.

- El *NIVEL SOCIOECONÓMICO ofrece diferencias* para algunas dimensiones determinadas, y en la interacción formada por el sexo y la edad, como se detallará seguidamente.

2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

- **Diferencias en cuanto al SEXO**

Perfil General: En el cuadro --- aparecen los resultados del Análisis multivariado de la varianza (MANOVA) que indican que hay diferencias significativas en los Perfiles globales de salud mental entre hombres y mujeres.



MANOVA

CONTRASTES MULTIVARIADOS

	VALOR	F	SIG.	Eta cuadrado	Potencia observada
TRAZA DE PILLAI	.08	3,84	.000	.088	.99

Cuadro 11: Análisis multivariado de la varianza de los 2 grupos de Hombres y Mujeres en el perfil conjunto de indicadores de salud mental.

Este resultado es importante porque indica que si consideramos un conjunto de aspectos psicológicos indicadores de personalidad sana o de estilo saludable de afrontamiento, tomados globalmente, es decir, como una unidad, quedan reflejados dos perfiles diferenciales: uno para hombres y otro para mujeres.

Efectivamente, no se está contemplando aquí un aspecto concreto y específico de la personalidad del sujeto, sino un estilo general de comportarse. Es, por tanto, un enfoque multivariado en el análisis del mundo psicológico del individuo, en el que se tienen en cuenta la interrelación de diversas variables que pueden ofrecer una visión más compleja y completa de la persona.

Otro aspecto relevante que se desprende del MANOVA es que la proporción de varianza explicada por el SEXO es aproximadamente del 9% (Eta cuadrado= .088, para la estimación del tamaño del efecto de las diferencias).

Esto significa que la variabilidad encontrada en hombres y mujeres en estos aspectos, se debe a otras causas en un % amplio. Y que el sexo tiene una contribución significativa aunque limitada. No obstante, es preciso añadir, igualmente, que al ser el nivel de significación de .000, este dato tiene un sólido valor y la probabilidad de que al replicar este hallazgo concreto apareciera otro resultado es nula.

Ahora bien, una vez evidenciada empíricamente esta distinción de perfiles, es preciso descender a un nivel de análisis más fino que permita detallar cuáles han sido las características psicológicas en las que hombres y mujeres han presentado más claramente las diferencias.

Dimensiones específicas: En el cuadro 12 se pueden observar los resultados encontrados al aplicar un Análisis de varianza (ANOVA)

VARIABLE DEPENDIENTE	Varón		Mujer		F
	M	*SD*	*M*	*SD*	
ESTABILIDAD EMOCIONAL	20, 8	7, 5	23,1	8,1	10
APERTURA	24,9	7,5	26,9	8,1	8,5
AFABILIDAD	25,5	6	27,6	6,4	12,7
ANSIEDAD COGNITIVA	8	4,7	9,8	4,6	17,5
ANSIEDAD FISIOLÓGICA	6	4,7	7,3	5,1	8,4
ANSIEDAD MOTORA	6,5	3,9	7,3	3,8	4,3
ANSIEDAD TOTAL	20,5	11	24,4	11,2	14,1

Cuadro 12: Análisis de la varianza de los 2 grupos de Hombres y Mujeres en los distintos rasgos de personalidad sana.

Las mujeres han obtenido mayor puntuación en las escalas de Neuroticismo, Ansiedad global, Ansiedad motora, fisiológica y cognitiva, consideradas como indicadores de una estilo desadaptativo de comportamiento. También han puntuado más en Apertura a la experiencia, que puede considerarse como un rasgo que favorece la tolerancia y la flexibilidad mental y tiene connotaciones saludables.

Y no se han obtenido diferencias en Extroversión que, tradicionalmente y presentándose con una intensidad moderada, ha sido considerada como un factor de protección ante el estrés y las dificultades psicológicas, y en la que las mujeres suelen presentar mayor ventaja con respecto a los hombres, lo que

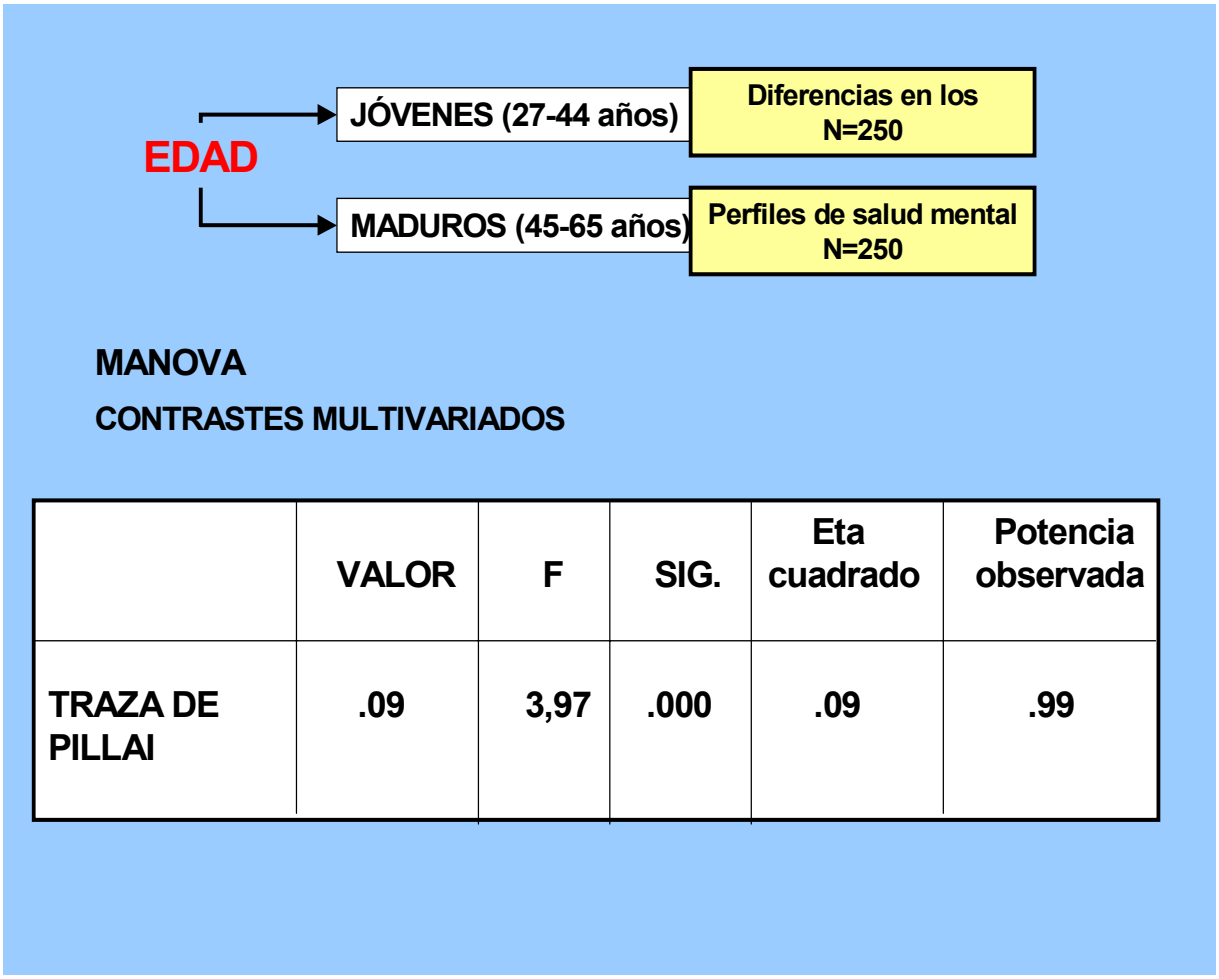
puede evaluarse como una ausencia negativa en el grupo femenino de este estudio, al no ser portadoras de este rasgo de manera diferencial.

Por otro lado, las autoevaluaciones ofrecidas por los hombres, recogidas en la escala de Autoestima, no han sido superiores a las de las mujeres, lo que tampoco era de esperar según datos precedentes. Y no aparece un sexo u otro como más satisfecho en su vida personal, familiar y laboral.

Por tanto, el balance final en este punto se hace necesario y se discutirá y sopesará en el apartado de Conclusiones del Estudio 1.

- **Diferencias en cuanto a la EDAD**

Perfil General: Al igual que en el perfil general de personalidad sana analizado en cuanto a la influencia del sexo, también se puede afirmar que la Edad lleva aparejadas diferencias en una constelación global de rasgos y conductas de afrontamiento eficaz, tal y como muestra el MANOVA del cuadro 13.



	VALOR	F	SIG.	Eta cuadrado	Potencia observada
TRAZA DE PILLAI	.09	3,97	.000	.09	.99

Cuadro 13: Análisis multivariado de la varianza de los 2 grupos de Edad: Jóvenes y Maduros en el perfil conjunto de indicadores de salud mental.

Ya se comentó anteriormente, que la división realizada en este trabajo en dos tramos de edad: Jóvenes y Maduros, más allá de las críticas y dificultades que puede suscitar y que se aludirán en el apartado procedente de Conclusiones, tiene una finalidad práctica de poder operar con dos grupos de personas que pertenecen a etapas vitales distintas.

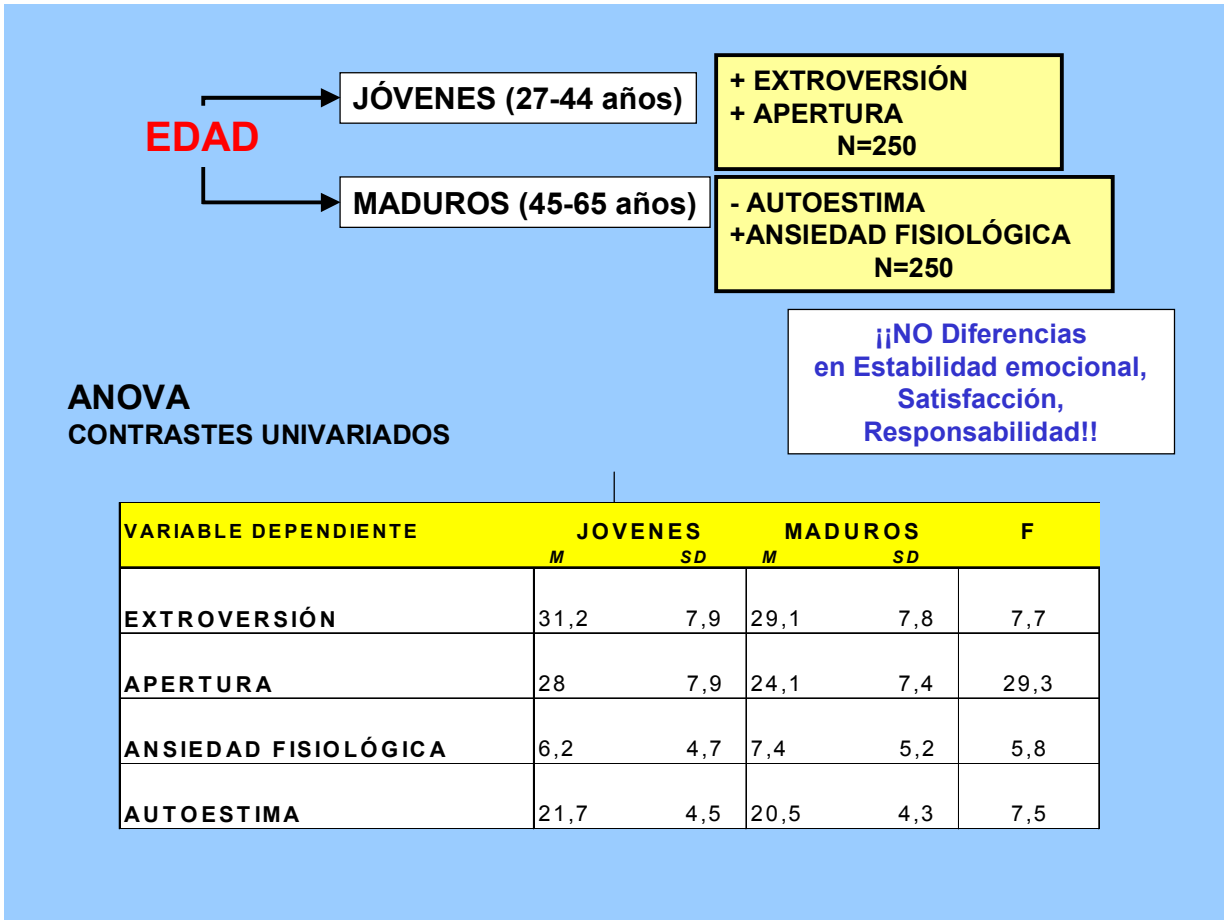
Finalidad que, además, está basada en criterios evolutivos de diversa índole que aconsejan esta diferenciación, como la aparición de los inicios de transformación biológica en la mujer con el climaterio, el asentamiento en los

ámbitos laborales y sociales, y una supuesta, aunque relativa, estabilización familiar e individual.

Hay coincidencia, también, con respecto a la variable sexo, en la proporción de varianza explicada en los índices de salud mental, por pertenecer a una de estas dos etapas de la Juventud o Madurez. Y también se reproduce la similitud en la solidez del valor de significación de .000, bajo el que se ha encontrado este resultado.

Interesa, ahora, detallar las características psicológicas en las que Jóvenes y Maduros han diferido de forma significativa.

Dimensiones específicas: En el cuadro 14 se pueden observar los resultados encontrados al aplicar un Análisis de varianza (ANOVA).



VARIABLE DEPENDIENTE	JOVENES M	JOVENES SD	MADUROS M	MADUROS SD	F
EXTROVERSIÓN	31,2	7,9	29,1	7,8	7,7
APERTURA	28	7,9	24,1	7,4	29,3
ANSIEDAD FISIOLÓGICA	6,2	4,7	7,4	5,2	5,8
AUTOESTIMA	21,7	4,5	20,5	4,3	7,5

Cuadro 14: Análisis de la varianza de los 2 grupos de Edad: Jóvenes y Maduros en los distintos rasgos de personalidad sana.

El grupo de sujetos Jóvenes, muestra resultados claramente asociados con indicadores de personalidad sana o salud mental. Así, obtienen una puntuación mayor en Extroversión, Autoestima y Apertura, dimensiones todas ellas, contempladas como reflejo de un estilo saludable de desenvolverse en la vida.

A esto se añade que los sujetos de edad Madura, presentan, además de mayor introversión, menor flexibilidad mental y más baja autovaloración, más intensidad y frecuencia en respuestas de Ansiedad fisiológica como taquicardias, palpitaciones, sudoración de manos, y tensión y estrés, en general.

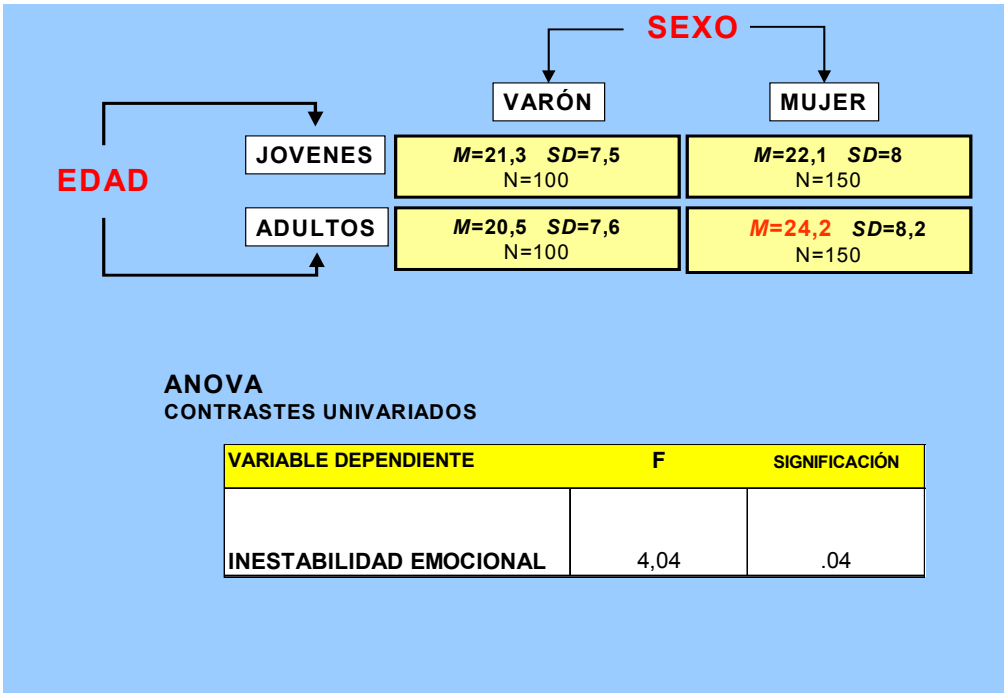
En cambio, no queda patente que los Jóvenes sean menos responsables o que estén más satisfechos y más equilibrados emocionalmente.

Así, una primera lectura de estos resultados sugiere que, aunque no son muchas las características psicológicas que distinguen a personas jóvenes y adultas, las que lo hacen tienen un inequívoco sesgo que desfavorece y perjudica a los sujetos incluidos en la etapa comprendida entre los 45 y 65 años, en la forma de relacionarse con ellos mismos y con los demás.

- **Diferencias en la Interacción de SEXO y EDAD**

Aunque no como hipótesis metodológicas, se ha asumido a lo largo de la exposición teórica se podían detectar ciertos grupos de riesgo, de hombres o mujeres que al estudiarlos en su vertiente evolutiva, mostrarán una mayor tendencia a la adaptación psicológica o por el contrario a la vivencia de conflictos y consiguiente sufrimiento.

Después de realizar los análisis estadísticos de Manova para la interacción de Sexo por Edad, y de realizar los respectivos Anovas para cada una de las variables dependientes que forman el perfil de salud mental, únicamente han aparecido diferencias en una variable como se puede apreciar en el cuadro 15.



Cuadro 15: Análisis de la varianza de la interacción de Sexo y Edad, formándose 4 grupos (Mujeres Jóvenes, Mujeres Maduras, Hombres Jóvenes y Hombres Maduros) en la dimensión de Neuroticismo o Inestabilidad emocional.

Así, las Mujeres que pertenecen a la etapa cronológica de 45 a 65 años, presentan una mayor puntuación en la escala de Neuroticismo.

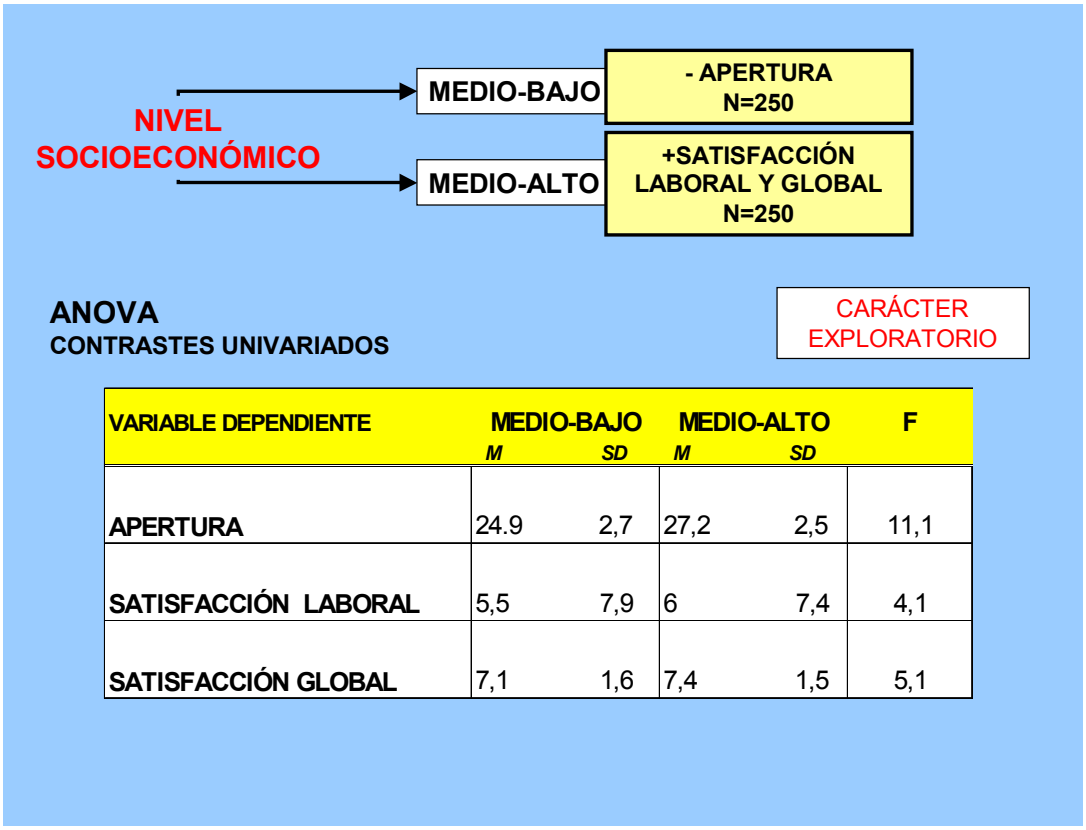
Esto significa que este grupo de Mujeres Maduras, en concreto, se caracteriza por tener mayor tendencia al desequilibrio afectivo y más propensión a ser aprensivas, ansiosas y con humor deprimido.

En una rápida interpretación inicial de este dato, se puede aventurar que, es un resultado desafortunado para la mujer de esta edad, que puede predisponerla a ser más vulnerable a trastornos psicológicos y psicosomáticos, pero que al ser una sola dimensión la que se manifiesta en esta dirección, es necesario matizar y relativizar estas apreciaciones.

O, de la misma manera, la lectura puede ser la inversa: a pesar de ser solamente una dimensión en la que la mujer de 45 a 65 años sale peor parada, es notorio que sea: en ese rasgo psicológico especialmente, que es considerado uno de los dos o tres predictores más importantes de resistencia a los trastornos psicopatológicos, en ese grupo de edad, considerado particularmente "grupo de riesgo", y en la dirección esperada de presentar mayor puntuación en inestabilidad emocional. En las Conclusiones se retomará esta reflexión.

- **Diferencias en cuanto al NIVEL SOCIOECONÓMICO**

El pertenecer a un nivel socioeconómico medio-bajo o medio-alto no influye en las diferencias en salud mental en un sentido global. Pero si se tienen en cuenta determinadas variables, como se puede observar en el cuadro 16, se puede afirmar que las personas que tienen un nivel medio-bajo presentan menor apertura y flexibilidad y están menos satisfechas con su trabajo y tienen menor bienestar personal, lo cual está referido claramente a un estilo de afrontamiento más rígido y menos gratificante.



VARIABLE DEPENDIENTE	MEDIO-BAJO		MEDIO-ALTO		F
	M	*SD*	*M*	*SD*	
APERTURA	24.9	2,7	27,2	2,5	11,1
SATISFACCIÓN LABORAL	5,5	7,9	6	7,4	4,1
SATISFACCIÓN GLOBAL	7,1	1,6	7,4	1,5	5,1

Cuadro 16: Análisis de la varianza de los 2 grupos de Nivel socioeconómico: Medio-alto y Medio-bajo en distintos indicadores de estilo adaptativo.

No obstante, el % de varianza explicada por el nivel socioeconómico es muy pequeño (Eta cuadrado= .047) ya que apenas llega al 5%.

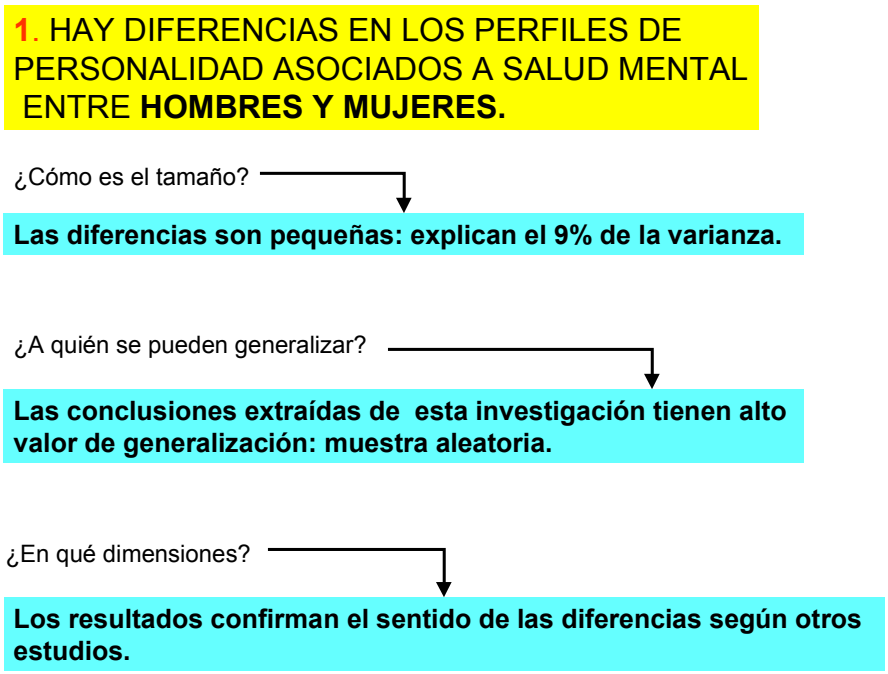
En el resto de interacciones que se han chequeado estadísticamente, con el sexo y la edad, solamente es destacable que los jóvenes pertenecientes al nivel socioeconómico alto están más satisfechos con su familia (F= 4,2; p= .04) y tienen más bienestar personal (F= 3,66; p= .05). Y que las mujeres de 45 a 65 años de nivel socioeconómico alto presentan el grado más alto en la variable de Responsabilidad, teniendo mayor capacidad organizativa, previsión, orden y eficacia en el ámbito laboral. También el grupo de mujeres maduras pero de nivel socioeconómico bajo muestra el índice más elevado de Ansiedad cognitiva con pensamientos e ideas estresantes y de inseguridad.

Estos hallazgos referidos a la influencia del nivel socioeconómico, juzgados aisladamente, quizá no tienen relevancia. Pero será preciso, en el próximo apartado, valorarlos en su justa medida relacionándolos con el conjunto global de conclusiones ofrecidas.

3. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA.

Las conclusiones fundamentales que se van a ir comentando se muestran de forma esquemática en los próximos cuadros. Se recuerda al lector que el Estudio 1 se ha centrado en el análisis de la influencia que pueden tener algunas variables demográficas. Por tanto, interesa poder confirmar si el ser mujer u hombre o pertenecer a una etapa del ciclo vital, así como a un determinado nivel socioeconómico, tienen algo que ver con que una persona tenga una mejor o peor salud mental.

Respecto al **Sexo**, en el cuadro 17 quedan reflejadas las ideas más sobresalientes. Ser mujer u hombre lleva aparejadas diferencias en rasgos relativos a la personalidad sana. Si bien el tamaño de esas diferencias no es muy grande, sí que es una conclusión sólida ya que se obtiene a partir de una muestra representativa de población de Madrid, y además, los resultados tienden a ir en la misma dirección que otros estudios. Por tanto, el valor de generalización de estas conclusiones es bastante alto.



Cuadro 17: Conclusiones generales respecto a las diferencias de salud mental en cuanto al sexo.

Ya se comentó que las mujeres han obtenido mayor puntuación en las escalas de Neuroticismo, Ansiedad global, Ansiedad motora, fisiológica y cognitiva, consideradas como indicadores de una estilo desadaptativo de comportamiento. Este sería un primer resultado desfavorecedor para las mujeres, independientemente de la edad o el nivel socioeconómico. Este resultado corrobora, además, los datos obtenidos en varios estudios que han encontrado el mismo patrón de rasgos en la mujer (Bonilla y Castro, 2000; Caprara y col., 1994; Cardenal y Fierro, 2001; Costa y McCrae, 1986; Feingold, 1994)

El hecho de ser mujer lleva aparejada la probabilidad que se tenga mayor inestabilidad emocional, más tendencia a la depresión, un ánimo lábil y un estado aprensivo. Desde la perspectiva clínica, los datos epidemiológicos confirman esta tendencia ya que la depresión es padecida por el doble de

mujeres que de hombres (Nolen-Hoeksema, 1987; Nolen-Hoeksema y Girgus, 1994).

Si se añade que el sexo femenino puntúa más alto en todas las escalas de Ansiedad, se corrobora y se agrava este dato ya que, además, es necesario recalcar que la mujer ha obtenido no sólo mayor ansiedad global sino también más síntomas de ansiedad fisiológica, motora y cognitiva.

- Así la ansiedad cognitiva se caracteriza porque la persona tiene ideas o pensamientos que expresan:
  - Preocupación
  - Pensamientos o sentimientos negativos sobre uno mismo
  - Inseguridad
  - Temor a que nos noten la ansiedad y a lo que pensarán si esto sucede.

- La ansiedad fisiológica se refiere a síntomas como:
  - Sudores
  - Palpitaciones
  - Sequedad de boca
  - Taquicardias, etc.

- La ansiedad motora se refleja en conductas como:
  - Movimientos repetitivos (pies, manos, rascarse, etc.)
  - Fumar, comer o beber en exceso
  - Evitación de situaciones

Por tanto, la mayor tendencia de la mujer a la inestabilidad emocional y a la ansiedad en todas sus formas hace que sea más proclive a padecer trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo.

Si se conjugan estos rasgos con mayor afabilidad -rasgo en el que el sexo femenino también ha prevalecido en este estudio- se podría pensar en una configuración de cacracterísticas psicológicas que puede derivar ante circunstancias estresantes y conflictivas en un trastorno de la personalidad por

dependencia (Costa, McCrae y Siegler, 1999). y en casos más graves en una personalidad límite o borderline, caracterizada por inestabilidad en las relaciones sociales y prevalencia de comportamientos regresivos y desadaptativos (Millon, 1998).

La afabilidad o conformidad –recordemos- es uno de los cinco grandes factores de personalidad en el que la mujer -en este caso- exhibe compasión, ingenuidad, humildad, bondad, cooperación y servicialidad. En esta misma línea otros trabajos apoyan esta tendencia (Bonilla y Castro, 2000; Caprara y col., 1994; Cardenal y Fierro, 2001; Costa y McCrae, 1986). Y se entiende que este rasgo unido a desequilibrio afectivo y a ansiedad pueda convertirse en un factor de riesgo para padecer los trastornos antes citados.

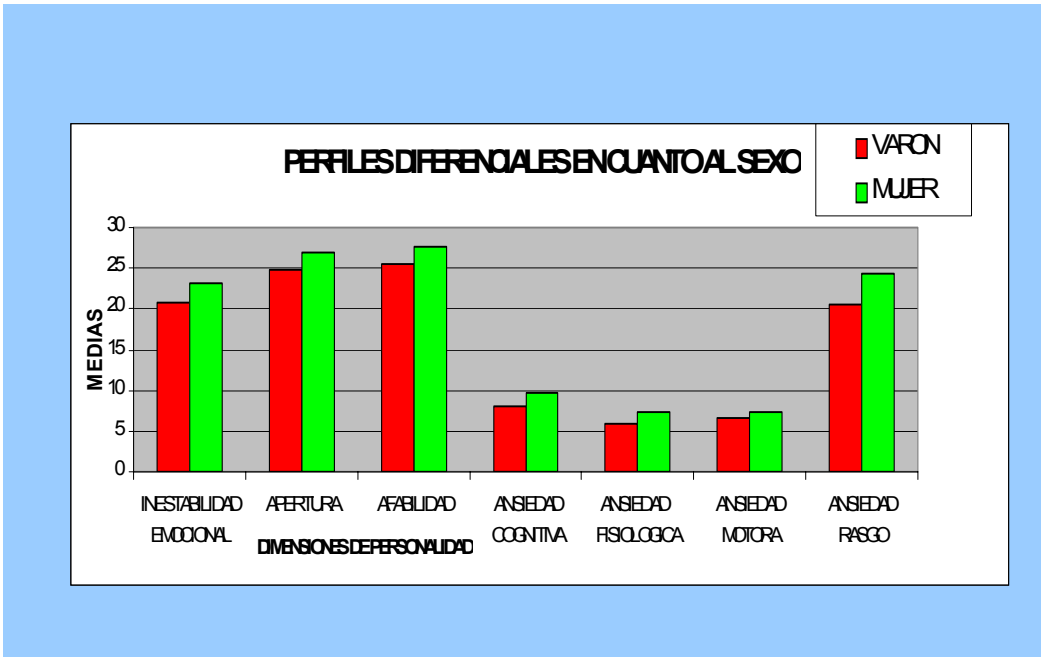
La mujer presenta también mayor apertura a la experiencia, siendo más tolerante, creativa, con interese amplios y flexibilidad mental. Estos aspectos tienen connotaciones positivas dentro de una personalidad saludable y en este rasgo, en concreto, el sexo femenino tendría, al menos, un indicador claro de salud mental.

Por su parte, el hombre se presenta con estabilidad emotiva, bajos niveles de ansiedad general y referida a sus tres índices –cognitivo, fisiológico y motor-, todo lo cual le previene, en parte ante, de un gran número de problemas psicopatológicos.

El hecho de que el hombre sea más rudo, suspicaz, agresivo y menos cooperativo y en definitiva, menos afable y amigable –ya que puntúa más bajo en el rasgo de Afabilidad o Conformidad-, le podría hacer más vulnerable, siempre que fuera unido a mayor Inestabilidad emocional y Neuroticismo, al padecimiento de trastorno antisociales, paranoides y a ser más proclive a una personalidad narcisista (Costa, McCrae y Siegler, 1999). Cierto es que se considera que estos trastornos tienen mayor prevalencia entre la población masculina (Echeburúa y Del Corral, 1999).

Pero, en esta investigación el hombre, aunque sí tiene baja afabilidad no posee inestabilidad emocional, lo que reduce el padecimiento de esto trastornos a grupos del sexo masculino más reducidos, tendencia que no se manifiesta en la población en general.

Se puede consultar el cuadro 18 para ver gráficamente los rasgos en los que han aparecido diferencias estadísticamente significativas



Cuadro 18: Representación gráfica de las dimensiones de personalidad en las que han aparecido diferencias significativas entre hombres y mujeres.

En cuanto a los factores psicológicos como la autoestima y la satisfacción en los que no han aparecido diferencias, se puede argumentar que los cuestionarios que se utilizaron para medir estas variables constaban de pocos ítems lo que puede dificultar la detección de variabilidad intersexos, ya que

prevalece una tendencia a escoger las puntuaciones medias que se traduce en una mayor homogenización de los grupos estudiados. No obstante, puede hipotetizarse también que al evaluar grupos más especifico y similares entre sí, como se realizará e el Estudio 2, las diferencias puedan quedar patentes.

La **Edad** también determina diferencias en la configuración global de rasgos de personalidad sana. Los cambios evolutivos de la personalidad propician que en las distintas etapas vitales aparezcan unos rasgos psicológicos predominantes (Ver cuadro 19).

Las dos etapas en las que se ha agrupado a los sujetos del estudio (Jóvenes, de 27 a 45 años, y Maduros, de 45 a 65 años) están bastante dilatadas en el tiempo y esa podría ser una razón por la que aparecen pocas diferencias en personalidad. Y aunque una división en momentos cronológicos más pequeños hubiera sido posible, habría sido a costa de reducir la muestra y tener un N de sujetos menos fiable en cada grupo de edad.

2. HAY DIFERENCIAS EN LOS PERFILES DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A SALUD MENTAL ENTRE **JOVENES Y MADUROS**

¿Cómo es el tamaño? →

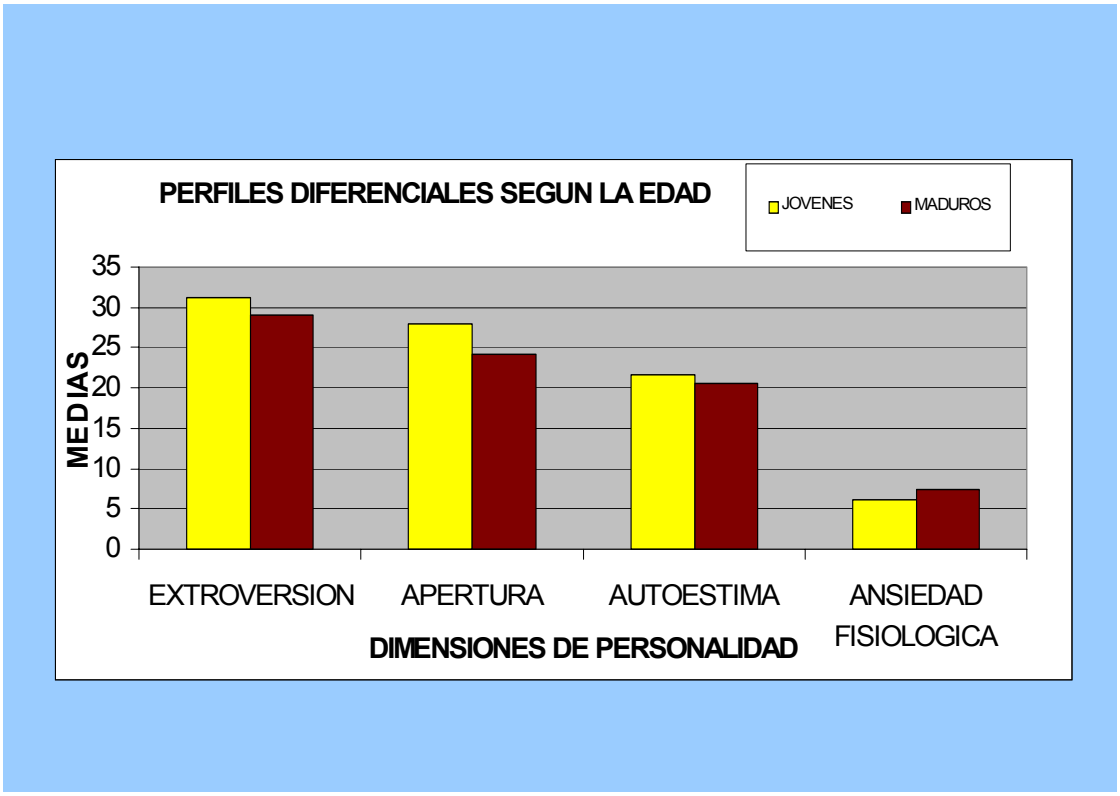
Las diferencias son pequeñas: explican el 9% de la varianza.

¿En qué dimensiones? →

Los **JOVENES** presentan mayor **extroversión**, son más **abiertos** y tienen más **autoestima**, frente a los **MADUROS** que exhiben mayor **ansiedad fisiológica**.

Cuadro 19: Conclusiones generales respecto a las diferencias de salud mental en cuanto a la Edad.

No obstante, los aspectos comportamentales en los que las diferencias han sido estadísticamente significativas (ver cuadro 20) están, en general, de acuerdo con las aportaciones de diversos autores.



Cuadro 20: Representación gráfica de las dimensiones de personalidad en las que han aparecido diferencias significativas entre personas Jóvenes y Maduras.

Así, los sujetos de 45 a 65 años son más introvertidos, reservados e inhibidos socialmente, predominando en ellos la discreción y el control (Cardenal y Fierro, 2001; Costa y McCrae y Siegler, 1999; Díaz y Castro, 2000; Eysenck y Eysenck,1985; Fierro y Cardenal, 1996).

En consonancia con lo anterior, los jóvenes se muestran más abiertos a la experiencia, más imaginativos, creativos y con mayor flexibilidad mental y son más tolerantes (Costa y McCrae y Siegler, 1999; Díaz y Castro, 2000).

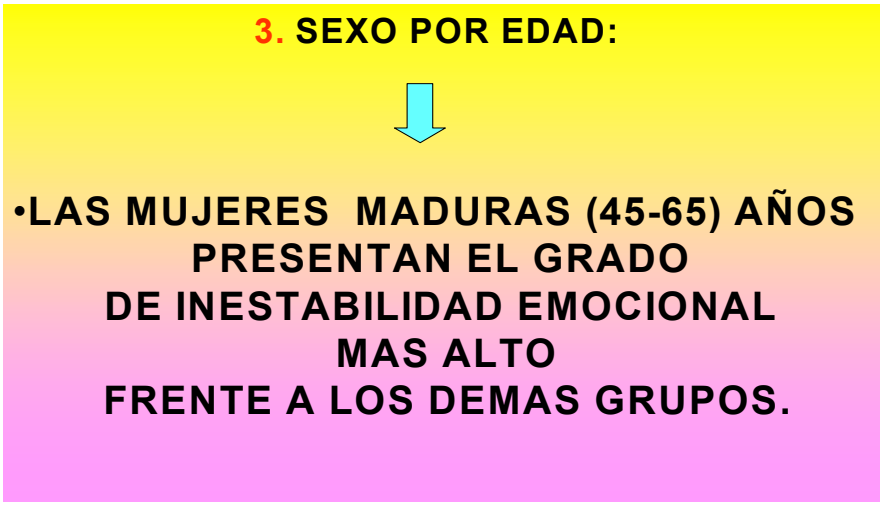
Las personas maduras de nuestro estudio también tienen una autovaloración más negativa que los jóvenes, presentando menos autoestima (Anderson y Hayes, 1996; Fz. Ballesteros,1996).

Unicamente, el dato de que las personas maduras obtengan mayor ansiedad fisiológica no apoya resultados precedentes de otros autores que afirman que es en la etapa de la juventud donde aparecen mayores niveles de inestabilidad emocional y ansiedad (Costa y McCrae y Siegler, 1999). Se puede relativizar este hallazgo ya que los Maduros puntúan más, sólo en Ansiedad fisiológica que es un componente del rasgo general de ansiedad, no apareciendo mayor ansiedad ni motora, ni cognitiva ni global.

Lo que parece que se desprende, haciendo una interpretación final de la influencia de la Edad, es que los Jóvenes salen mejor parados que las personas Maduras, ya que presentan de forma significativa 4 rasgos que son considerado fieles indicadores de salud mental, siendo:

- Más extrovertidos: sociables, animados, activos, etc.
- Más abiertos a la experiencia: con intereses amplios en la vida, originales, tolerantes, poco convencionales.
- Más proclives a tener alta autoestima: confiados, seguros de sí mismos.
- Menos ansiosos corporalmente: con menor presencia de síntomas físicos de tensión, palpitaciones, sudoración, etc.

Al analizar, ahora, la interacción de **Sexo por Edad**, se ha encontrado que el grupo de Mujeres de edad comprendida entre los 45 y 65 años ha mostrado una puntuación estadísticamente significativa en la escala de Neuroticismo (Ver cuadro 21).



Cuadro 21: Resultado de la interacción de Sexo por Edad.

Si se reflexiona sobre el hecho de que la mujer, en general, ha manifestado un número mayor de rasgos que indicaban peor salud mental y de que el grupo de sujetos maduros salía más desfavorecido, tiene coherencia que sea este grupo de Mujeres Maduras el que precisamente muestra una mayor Inestabilidad emocional.

Se comentó anteriormente que, efectivamente, el ser sólo una dimensión de la personalidad en la que aparece esta tendencia sugiere relativizar los efectos negativos del hallazgo, ya que en otros rasgos de personalidad no aparece este grupo con desventaja. Pero, si parece conveniente estar alertados ya que este rasgo de Inestabilidad emocional es considerado como el predictor más

relevante y con mayor peso de los trastornos psicopatológicos (Costa y McCrae y Siegler, 1999). Esto significa que en la mayoría de los conflictos psicológicos está presente, de una u otra manera y en mayor o menor medida, un desequilibrio afectivo y un número amplio de comportamientos neuróticos.

Si se tiene en cuenta que este resultado se obtiene en una muestra elegida rigurosamente al azar con grupos de mujeres y hombres representativos de su población, parece necesario apuntar, al menos, que las mujeres de edad madura pueden ser un "grupo de riesgo" con el que es importante trabajar desde políticas de prevención y de apoyo. Además, y no es casualidad, es en este momento cronológico cuando la mujer vive el período de la menopausia, lo que puede agravar ciertas predisposiciones conductuales y desencadenar síndromes desadaptativos que desemboquen en auténticos trastornos psicofísicos.

La influencia del **Nivel socioeconómico**, se ha explorado en este trabajo, encontrándose datos que apoyan lo que el sentido común, de una u otra manera, sugiere en la sociedad en que vivimos. Así, el pertenecer a un nivel socioeconómico medio-bajo va asociado con tener un bienestar personal más bajo y con estar menos satisfecho con la vida en general y con el trabajo y la profesión. Igualmente, estas personas se muestran menos abiertas, más rígidas y menos creativas, lo que se relaciona con un estilo de afrontamiento menos saludable y eficaz.

No obstante las diferencias son más pequeñas que las producidas por el Sexo o la Edad, explicando un % de la varianza muy pequeño (Ver cuadro 22).

4. HAY DIFERENCIAS EN LOS PERFILES DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A SALUD MENTAL ENTRE LAS PERSONAS DE **NIVEL SOCIOECONOMICO MEDIO-BAJO Y MEDIO-ALTO**

¿Cómo es el tamaño? →

Las diferencias son muy pequeñas: explican el 4,7% de la varianza.

¿En qué dimensiones? →

Las personas pertenecientes al **nivel socioeconómico medio-bajo se ven mas desfavorecidas** en algunas de las variables indicadoras de bienestar psicológico como **apertura a la experiencia y satisfacción laboral y global.**

Cuadro 22: Principales conclusiones sobre el efecto del Nivel socio-económico en los índices de personalidad sana.

En la interacción de la **Edad con el Nivel socioeconómico** (Ver cuadro 23), el único dato con significación estadística ha sido que los jóvenes de nivel medio-alto se encuentran más satisfechos en sus relaciones familiares y con mayor bienestar personal, lo que sigue corroborando que las desventajas económicas y sociales se asocian con indicadores de peor salud mental.

Cuadro 23: Resultado de la interacción de Edad por Nivel socioeconómico.

En la interacción, finalmente, de **Sexo, Edad y Nivel socio-económico**, se reflejan, únicamente, dos resultados significativos (Ver cuadro 24):

- Las mujeres de clase baja y de edad madura tienen mayor nivel de ansiedad cognitiva.
- Las mujeres maduras de clase alta son más responsables, persistentes y disciplinadas que el resto de los grupos y tienen mayor capacidad de organización.

LAS **MUJERES MADURAS** DE NIVEL SOCIOECONOMICO **MEDIO-ALTO**
PRESENTAN LA PUNTUACION MAS ALTA
EN **RESPONSABILIDAD.**

6. INTERACCION: SEXO- EDAD-NIVEL SOCIOECONOMICO:

LAS **MUJERES MADURAS** DE NIVEL SOCIOECONOMICO **MEDIO-BAJO**
TIENEN EL INDICE MAS ELEVADO
DE **ANSIEDAD COGNITIVA.**

Cuadro 24: Resultados de la interacción de Sexo por Edad y por Nivel socioeconómico.

Uniendo estos datos a los anteriores, se puede proponer la reflexión de que el grupo de Mujeres Maduras de Nivel socioeconómico medio-bajo presenta algunos datos que pueden asociarse a un peor y más negativo estilo de afrontamiento, y que, bajo circunstancias sociales desfavorecedoras y situaciones estresantes, tendría una mayor propensión a padecer **conflictos psicológicos.**

V. RESULTADOS DEL ESTUDIO 2: INFLUENCIA DEL SEXO, LA CONDICIÓN DE TRABAJO, LA EDAD Y LAS VARIABLES FAMILIARES (VARIABLES AMBIENTALES) EN LA SALUD MENTAL Y FÍSICA. INFLUENCIA DE RASGOS DE PERSONALIDAD.

1. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.

En el cuadro 25 se muestra un esquema de las principales hipótesis sometidas a comprobación.

SEXO Y CONDICIÓN DE TRABAJO:

(Aiken, 1999; Anderson y Hayes,1996; Lichtenstein, 1996; Quiroga y Sánchez-López,1997; Sánchez-López y Quiroga,1995, 1998; Schwartzberg y Dytell, 1996).

1. Mayor ansiedad rasgo en las mujeres trabajadoras.
2. Menor autoestima en en las mujeres paradas y amas de casa.
3. Menor satisfacción global en la mujer en paro.
4. Menor satisfacción laboral en la mujer en paro.
5. Mayor apertura en las mujeres trabajadoras.
6. Mayor extroversión en las mujeres trabajadoras.
7. Mayor inestabilidad emocional en las mujeres paradas.
8. Mayor responsabilidad en las mujeres con trabajo.
9. Peor salud física autopercibida en las mujeres amas de casa.
10. Mayor número de visitas al médico en amas de casa.
11. Mayor nivel de dolor físico general en amas de casa.

Cuadro 25: Algunas de las hipótesis del Estudio 2 sometidas a comprobación.

La mayoría de las aseveraciones se han apoyado. En este estudio, al hablar de la Variable *Sexo-Condición de Trabajo*, nos referiremos a una sola variable a partir de la cual se ha divido la muestra de sujetos en 5 grupos y que –recordamos- han sido:

100 mujeres amas de casa
100 mujeres que trabajan fuera del hogar
100 mujeres en paro
100 hombres trabajadores
100 hombres en paro

Por tanto, las conclusiones e hipótesis aceptadas o rechazadas presentan muchas matizaciones, ya que puede ser que las amas de casa, por ejemplo, tengan menos autoestima que los hombres con trabajo, pero igual que las mujeres en paro. Es decir, puede haber dos grupos de esos cinco que se diferencien entre sí, pero no con respecto a los otros tres.

Además, como se verá en los próximos apartados, se ha añadido la influencia de la *Variable Edad* a estos 5 grupos, con lo que los resultados se han hecho más complejos y ricos. Ya que se hablará no sólo de mujeres paradas o mujeres trabajadoras, sino que se precisará, al referirse a Mujeres Paradas Jóvenes (de 27 a 44 años) o Mujeres Trabajadoras Maduras (de 45 a 65 años).

Y, en los últimos Diseños se completarán las conclusiones analizando la posible influencia de *Variables Familiares* y de *Rasgos de Personalidad.*

También en este Estudio 2 se han incluido, además de las 13 dimensiones indicadoras de salud mental que se analizaron en el Estudio 1, características que se han considerado indicadoras de salud física y que han sido:

- Ingesta de sustancias químicas (alcohol, tabaco, fármacos, psicofármacos, etc.).
- Dolencias corporales y malestar físico en general.
- Número de visitas a los médicos en los últimos 2 años.

- Autopercepción de la salud física.

2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

- **Diferencias en cuanto al SEXO-CONDICIÓN DE TRABAJO**

SALUD MENTAL

Perfil General: En el cuadro 26 aparecen los resultados del Análisis multivariado de la varianza (MANOVA) que indican que hay diferencias significativas en los Perfiles globales de *salud mental* entre los 5 grupos de sujetos.

SEXO Y CONDICIÓN DE TRABAJO

100 MUJERES AMAS DE CASA

100 HOMBRES EN PARO

100 MUJERES EN PARO

100 HOMBRES CON TRABAJO

100 MUJERES CON TRABAJO

MANOVA

CONTRASTES MULTIVARIADOS

	VALOR	F	SIG.	Eta cuadrado	Potencia observada
TRAZA DE PILLAI	.52	6.07	.000	.13	1

Cuadro 26: Análisis multivariado de la varianza de los 5 grupos en el perfil conjunto de indicadores de salud mental.

Este resultado es importante porque indica que si consideramos un conjunto de aspectos psicológicos indicadores de personalidad sana o de estilo saludable de afrontamiento, tomados globalmente, es decir, como una unidad, quedan reflejados distintos perfiles diferenciales para cada uno de los cinco grupos.

Efectivamente, no se está contemplando aquí un aspecto concreto y específico de la personalidad del sujeto, sino un estilo general de comportarse. Es, por tanto, un enfoque multivariado en el análisis del mundo psicológico del individuo, en el que se tienen en cuenta la interrelación de diversas variables que pueden ofrecer una visión más compleja y completa de la persona.

Otro aspecto relevante que se desprende del MANOVA es que la proporción de varianza explicada por el SEXO es del 13% (Eta cuadrado= .13, para la estimación del tamaño del efecto de las diferencias).

Esto significa que la variabilidad encontrada en estos 5 grupos en estos aspectos, se debe a otras causas en un % amplio. Y que la variable **Sexo-Condición de Trabajo** tiene una contribución significativa aunque limitada. No obstante, es preciso añadir, igualmente, que al ser el nivel de significación de .000, este dato tiene un sólido valor y la probabilidad de que al replicar este hallazgo concreto apareciera otro resultado es nula.

Es preciso añadir también que esta variable del sexo unida a la condición de trabajo explica más y tiene mayor influencia en la salud mental que el sexo tomado aisladamente como se evidenciaba en el Estudio 1.

Ahora bien, una vez analizada empíricamente esta distinción de perfiles, es preciso descender a un nivel de análisis más fino que permita detallar cuáles han sido las características psicológicas en las que los 5 grupos de sujetos han presentado más claramente las diferencias.

Dimensiones específicas: En los cuadros 27 y 28 se pueden observar los resultados encontrados al aplicar un Análisis de varianza (ANOVA).

SEXO Y CONDICION DE TRABAJO

100 MUJERES AMAS DE CASA
100 HOMBRES EN PARO
100 MUJERES EN PARO
100 HOMBRES CON TRABAJO
100 MUJERES CON TRABAJO

ANOVA
CONTRASTES UNIVARIADOS

VARIABLE DEPENDIENTE	F	SIGNIFICACION
ESTABILIDAD EMOCIONAL	4,6	.001
EXTROVERSION	3,1	.015
APERTURA	7,7	.000
AFABILIDAD	3,8	.005
RESPONSABILIDAD	5,6	.000

Cuadro 27: Análisis de la varianza de los 5 grupos en los Big Five ó 5 grandes rasgos de personalidad.

SEXO Y CONDICION DE TRABAJO

100 MUJERES AMAS DE CASA
100 HOMBRES EN PARO
100 MUJERES EN PARO
100 HOMBRES CON TRABAJO
100 MUJERES CON TRABAJO

ANOVA
CONTRASTES UNIVARIADOS

VARIABLE DEPENDIENTE	F	SIGNIFICACION
ANSIEDAD COGNITIVA	4,9	.001
ANSIEDAD FISIOLOGICA	3,6	.006
ANSIEDAD MOTORA	3,3	.01
ANSIEDAD TOTAL	5	.001
AUTOESTIMA	2,2	.059
SATISFACCION LABORAL	46	.000
SATISFACCION GLOBAL	22	.000

Cuadro 28: Análisis de la varianza de los 5 grupos en las dimensiones de Ansiedad, Autoestima y Satisfacción.

El sexo y la Condición de Trabajo arrojan diferencias significativas para todas y cada una de las variables psicológicas (excepto para la Satisfacción Familiar). Así, el ser mujer parada, ama de casa, mujer trabajadora, hombre parado u hombre con empleo influye en que estos grupos de personas tengan diferente autoestima, ansiedad, satisfacción laboral, etc.

No obstante, para determinar exactamente entre qué grupos de estos 5 señalados, tomados dos a dos, se presentan las diferencias principales, se ha realizado un contraste "post hoc" Bonferroni para Comparaciones Múltiples (ver Cuadro 29).

	BONFERRONI -COMPARACIONES MULTIPLES-				
VARIABLE	**GRUPO**	*M.P.*	*M.T.*	*H.P.*	*H.T.*
INESTABILIDAD EMOCIONAL	*AMAS DE CASA*				4,28***
	MUJERES PARO (mp)				3,91**
	MUJERES TRABAJO (mt)				3,36*
	HOMBRES PARO (hp)				3,16*
EXTROVERSION	*AMAS DE CASA*		-3,4**		
APERTURA	*AMAS DE CASA*	-4,28***	-4,38***		
ANSIEDAD COGNITIVA	*AMAS DE CASA*				2,25**
	MUJERES PARO (mp)				2,33**
	MUJERES TRABAJO (mt)				2,32**
ANSIEDAD FISIOLOGICA	*AMAS DE CASA*				2,51**
	MUJERES PARO (mp)				1,97*
ANSIEDAD MOTORA	*MUJERES PARO (mp)*				1,94**
ANSIEDAD RASGO	*AMAS DE CASA*				5,73**
	MUJERES PARO (mp)				6,24***
	MUJERES TRABAJO (mt)				4,72**
SATISFACCION GLOBAL	*AMAS DE CASA*	1***		1,24***	
	MUJERES PARO (mp)	-1***	-,79**		-1,41***
	MUJERES TRABAJO (mt)			1,03***	-,62*
	HOMBRES PARO (hp)				-1,65***

* p< .05. ** p< .01. *** p< .001.

Cuadro 29: Contrastes de Bonferroni entre los 5 grupos para algunos índices de salud mental.

En este cuadro 29 se observa que el grupo que más diferencias refleja con respecto a los otros 4 grupos, es el de **Hombres con Trabajo**, sobre todo en la dimensión de *Estabilidad Emocional*, mostrando ser el grupo con mayor equilibrio afectivo.

No es sorprendente este resultado si lo ponemos en relación con estudios anteriores. El mundo de la mujer es más complejo que el del hombre y el hecho de tener trabajo o no, no es suficiente para caracterizar la situación de las mujeres; la de los hombres, sí, porque ese ha sido siempre "su papel". Por un lado, estarían las condiciones laborales en las que las mujeres desempeñan sus trabajos y ya hemos señalado anteriormente que el empleo bajo determinadas condiciones negativas (que afectan mayoritariamente a las mujeres), puede tener consecuencias perniciosas para la salud física y mental. Por otro, podrían señalarse diversos factores que moderan dicha relación (multiplicidad de roles, apoyo social, estructura familiar, etcétera). En los hombres el trabajo contribuye más al bienestar general que en el caso de las mujeres. En éstas, para bien o para mal, hay más variables que contribuyen.

SALUD FÍSICA

Perfil General: En el cuadro 30 aparecen los resultados del Análisis multivariado de la varianza (MANOVA) que indican que hay diferencias significativas en los Perfiles globales de *salud física* entre los 5 grupos de sujetos.

SEXO Y CONDICIÓN DE TRABAJO

100 MUJERES AMAS DE CASA

100 HOMBRES EN PARO

100 MUJERES EN PARO

100 HOMBRES CON TRABAJO

100 MUJERES CON TRABAJO

MANOVA

CONTRASTES MULTIVARIADOS

	VALOR	F	SIG.	Eta cuadrado	Potencia observada
TRAZA DE PILLAI	.12	4	.000	.03	1

Cuadro 30: Análisis multivariado de la varianza de los 5 grupos en el perfil conjunto de indicadores de salud física.

Este resultado es importante porque indica que si consideramos un conjunto de aspecto como indicadores de salud física, tomados globalmente, es decir, como una unidad, quedan reflejados distintos perfiles diferenciales para cada uno de los cinco grupos.

No obstante la proporción de varianza explicada por el Sexo y Condición de Trabajo para los índices de salud física es tan solo del 3% (Eta cuadrado= .03, para la estimación del tamaño del efecto de las diferencias).

Esto significa que la variabilidad encontrada en estos 5 grupos en estos aspectos, se debe a otras causas en un % muy amplio. Y que la variable Sexo-Condición de Trabajo tiene una contribución significativa aunque muy limitada.

No obstante, es preciso añadir, igualmente, que al ser el nivel de significación de .000, este dato tiene un sólido valor y la probabilidad de que al replicar este hallazgo concreto apareciera otro resultado es nula.

Por tanto, en una primera lectura de estos datos se puede afirmar que esta variable del sexo unida a la condición de trabajo explica más y tiene mayor influencia en la salud mental que en la salud física.

Ahora bien, una vez analizada empíricamente esta distinción de perfiles, es preciso descender a un nivel de análisis más fino que permita detallar cuáles han sido las características psicológicas en las que los 5 grupos de sujetos han presentado más claramente las diferencias.

Dimensiones específicas: En el cuadro 31 se pueden observar los resultados encontrados al aplicar un Análisis de varianza (ANOVA).

SEXO Y CONDICIÓN DE TRABAJO

100 MUJERES AMAS DE CASA

100 HOMBRES EN PARO

100 MUJERES EN PARO

100 HOMBRES CON TRABAJO

100 MUJERES CON TRABAJO

ANOVA

CONTRASTES UNIVARIADOS

VARIABLE DEPENDIENTE	F	SIGNIFICACION
INGESTA SUSTANCIAS QUÍMICAS	4,3	.002
VISITAS AL MÉDICO	5	.001
DOLOR FÍSICO GENERAL	4,6	.001
AUTOPERCEPCIÓN SALUD FÍSICA	3,4	.009

Cuadro 31: Análisis de la varianza de los 5 grupos en los índices de salud física.

El Sexo y la Condición de Trabajo arrojan diferencias significativas para todas y cada una de las variables físicas. Así, el ser mujer parada, ama de casa, mujer trabajadora, hombre parado u hombre con empleo influye en que estos grupos de personas tengan diferentes niveles de dolor físico, distintas apreciaciones sobre su salud y cantidad de ingesta de sustancias químicas, así como en el número de veces que visitan al medico.

No obstante, para determinar exactamente entre qué grupos de estos 5 señalados, tomados dos a dos, se presentan las diferencias principales, se ha realizado un contraste “post hoc” Bonferroni para Comparaciones Múltiples (ver Cuadro 32).

	BONFERRONI -COMPARACIONES MULTIPLES-				
VARIABLE	GRUPO	MP.	MT.	HP.	HT.
INGESTA SUSTANCIAS QUÍMICAS	AMAS DE CASA			-1,47**	
VISITAS AL MÉDICO	AMAS DE CASA			5,48**	5,31**
DOLOR FÍSICO GENERAL	AMAS DE CASA			2,27**	1,79*
	MUJERES TRABAJO			1,95*	
AUTOPERCEPCIÓN SALUD FÍSICA	AMAS DE CASA			-,67*	-,73*
* p<.05 ** p<.01. *** p<.001.	MP. (Mujeres en paro), MT. (Mujeres con trabajo), HP. (Hombres en paro), HT. (Hombre con trabajo).				

Cuadro 32: Contrastes de Bonferroni entre los 5 grupos para los índices de salud física.

Algunos resultados son:

- Los *hombres parados* son los que ingieren mayor cantidad de sustancias químicas (alcohol, tabaco, fármacos, etc.), diferenciándose de forma significativa de las amas de casa.
- Las *amas de casa* presentan un nivel mayor de dolores físicos, una mayor asistencia a la consulta del médico y una peor salud física autopercibida que los hombres en general, tanto parados como trabajadores.
- Las *mujeres con trabajo* muestran más intensidad de dolor físico pero sólo con respecto a los hombres desempleados.

El desempleo ha sido asociado en diversos estudios a una mayor proporción de hábitos no saludables, lo que se confirma en este estudio. ¿Por qué no se

produce este hecho en las mujeres? Una explicación podría ser que, puesto que para la mujer no todo es trabajo (hay menor centralidad en el trabajo en mujeres respecto a hombres), se beneficia de la existencia de otros ámbitos que amortiguan el efecto del desempleo en la salud física. Otra explicación podría ser el efecto de la edad y de la cohorte de los sujetos analizados, como veremos posteriormente.

Respecto al resultado de la salud física de las mujeres, si bien es cierto que éstas suelen manifestar mayor número de molestias físicas, estos datos pueden venir moderados por dos variables, al menos. Una es la edad de las mujeres y de los hombres; otra, la situación laboral. En general, se señala que la salud de las amas de casa es peor que las de las trabajadoras. Esto podría explicarse por la rutina en el rol, la deprivación y la falta de oportunidades y por el mayor tiempo libre. En este sentido podría justificarse el resultado obtenido en este trabajo respecto a las amas de casa. Por lo que se refiere a las mujeres trabajadoras, la sobrecarga de roles y la falta de tiempo, hace que las mujeres trabajadoras no puedan cuidarse a sí mismas en la medida en que sería necesario, lo que incide en algunos síntomas de salud física.

- **Diferencias en cuanto al SEXO-CONDICIÓN DE TRABAJO: INFLUENCIA DE VARIABLES FAMILIARES.**

En este apartado se ha tenido en cuenta la influencia que pueden ejercer algunos aspectos relacionados con la familia, en las diferencias encontradas en el Diseño anterior en los índices salud mental y física. Así se han evaluado las 4 variables familiares siguientes:

- Implicación del cónyuge en las tareas del hogar.
- Implicación del cónyuge en la educación de los hijos.
- Dedicación a las tareas de la casa.
- Dedicación al cuidado y educación de los hijos.

Se ha realizado un ANCOVA (Análisis de Covarianza) teniendo como covariable cada una de estas 4 características familiares.

Se ha encontrado que 2 de estas 4 variables influyen en las diferencias señaladas anteriormente en los índices de salud mental y física.

Así, la *dedicación al cuidado y educación de los hijos* contribuye a que haya diferencias entre los 5 grupos (F=1,9; p< .05; Eta = .09) en el perfil de salud mental y física, y, fundamentalmente, en los rasgos de Ansiedad Cognitiva, Ansiedad Motora y Autoestima, explicando el 9% de la varianza.

La *implicación del cónyuge en las tareas del hogar* también determina que haya diferencias entre los 5 grupos (F=2,5; p= .005; Eta = .12) en el perfil de salud mental y física, y, fundamentalmente, en los rasgos de Extroversión y Apertura, explicando el 12% de la varianza.

- **Diferencias en cuanto al SEXO-CONDICIÓN DE TRABAJO: INFLUENCIA DE RASGOS DE PERSONALIDAD.**

En este apartado se ha tenido en cuenta la influencia que pueden ejercer algunos Rasgos de Personalidad considerados indicadores de salud mental, en las diferencias encontradas en el Diseño anterior en los índices salud mental y física. Así, se han evaluado los 5 Rasgos de Personalidad siguientes:

- Estabilidad Emocional.
- Extroversión.
- Apertura a la experiencia.
- Afabilidad.
- Responsabilidad.

Se ha realizado un ANCOVA (Análisis de Covarianza) teniendo como covariable cada uno de estos 5 rasgos de personalidad.

Se ha encontrado que los 5 rasgos influyen en las diferencias señaladas anteriormente en los índices de salud mental y física.

La *Estabilidad Emocional* es la dimensión que tiene la contribución más importante en las diferencias encontradas entre los 5 grupos (F=59; p= .000; Eta= .46) en el perfil de salud mental y física, y en cada uno de las características de salud mental como Autoestima, Ansiedad, Satisfacción, etc. explicando, además, el 46% de la varianza, lo que es un tamaño del efecto muy amplio y considerable.

Significa que la variabilidad encontrada en estos 5 grupos se debe en gran medida –casi la mitad- a este rasgo de personalidad de Estabilidad emocional o en el otro polo Neuroticismo.

Y ya se señaló en el Estudio 1 que la mujer tiende a tener mayor Inestabilidad Emocional o Neuroticismo con lo que, efectivamente, si muchos aspectos de la salud mental se van a ver determinados por esta importante característica de personalidad, es evidente que la mujer va a presentar con peores índices de salud mental y física.

La influencia de los otros 4 rasgos es mucho menor aunque significativa:

- *Extroversión*: es el segundo rasgo que más peso tiene en los índices de salud mental, y, sobre todo, en Autoestima y Satisfacción global (F= 9; p= .000; Eta= .12).
- *Responsabilidad*: es el tercer rasgo que más influye, principalmente en Ansiedad y Autoestima (F= 7,8; p= .000; Eta= .10).
- *Afabilidad*: es el cuarto rasgo con más peso que determina fundamentalmente la Satisfacción familiar y Ansiedad cognitiva (F= 4,4; p= .000; Eta= .06).
- *Apertura*: es la característica de personalidad que menos influye, siendo la Autoestima la dimensión con la que más se relaciona. (F= 3,2; p= .003; Eta= .04).

- **Diferencias en cuanto al SEXO-CONDICIÓN DE TRABAJO y EDAD**

SALUD MENTAL

Al realizar la interacción de las variables Sexo-Condición de Trabajo y Edad se forman 10 grupos de sujetos (Ver cuadro 33). Aparecen diferencias significativas entre esos 10 grupos en 3 dimensiones de personalidad como son la Ansiedad Fisiológica, Ansiedad Motora y Ansiedad Global. Estas características indican un estilo de afrontamiento desadaptativo y con riesgo para el estrés y trastornos físicos asociado. Por eso, interesa detallar, ahora, en los próximos cuadros, qué grupos de esos 10 han presentado tanto las puntuaciones más altas en esos rasgos de Ansiedad, indicando ser grupos de riesgo, como los grupos que han puntuado más bajo, presentando indicadores de un afrontamiento más saludable.

SEXO-CONDICIÓN DE TRABAJO Y EDAD: SALUD MENTAL

JÓVENES	MADUROS
50 MUJERES AMAS DE CASA	50 MUJERES AMAS DE CASA
50 MUJERES EN PARO	50 MUJERES EN PARO
50 MUJERES CON TRABAJO	50 MUJERES CON TRABAJO
50 HOMBRES EN PARO	50 HOMBRES EN PARO
50 HOMBRES CON TRABAJO	50 HOMBRES CON TRABAJO

ANOVA
CONTRASTES UNIVARIADOS

VARIABLE DEPENDIENTE	F	SIGNIFICACIÓN
ANSIEDAD FISIOLÓGICA	3,3	.01
ANSIEDAD MOTORA	3,7	.005
ANSIEDAD GLOBAL	4	.003

Cuadro 33: Análisis de la varianza de los 10 grupos en tres índices de salud mental en los que han aparecido diferencias significativas.

El grupo de Mujeres Amas de Casa Maduras (de 45 a 65 años) ha presentado el nivel de Ansiedad Fisiológica más alto con respecto a los otros grupos.

Por tanto, estas mujeres tienen mayores síntomas psicofisiológicos de ansiedad como sudores, palpitaciones, taquicardias, temblores, y, en general, grados más elevados de tensión física y emocional. Le sigue en intensidad de ansiedad fisiológica el grupo de Mujeres en Paro Jóvenes (de 27 a 44 años) y en tercer lugar el grupo de Mujeres Trabajadoras Maduras y el grupo de Hombres en Paro Maduros (Ver cuadro 34).

En cambio, presenta el índice más bajo de ansiedad el grupo de Hombres con Trabajo Maduros y le siguen el grupo de Hombres con Trabajo Jóvenes y el grupo de Mujeres con Trabajo Jóvenes.

SEXO-CONDICION DE TRABAJO Y EDAD: SALUD MENTAL

	JOVENES	MADUROS
100 MUJERES AMAS DE CASA	6,1	9,7
100 MUJERES EN PARO	7,8	7
100 MUJERES CON TRABAJO	5,8	7,5
100 HOMBRES EN PARO	5,7	7,4
100 HOMBRES CON TRABAJO	5,6	5,3

ANOVA
CONTRASTES UNIVARIADOS

VARIABLE DEPENDIENTE	F	SIGNIFICACION
ANSIEDAD FISIOLOGICA	3,3	.01

Cuadro 34: Medias en Ansiedad Fisiológica de los 10 grupos de sujetos.

En la Ansiedad Motora (ver cuadro 35) son, nuevamente, los 2 grupos de Mujeres Amas de Casa Maduras y Mujeres en Paro Jóvenes los que han presentado el nivel de más alto con respecto a los otros grupos.

Y, además, se mantiene también que los Hombres con Trabajo Maduros manifiestan la puntuación más baja en esta variable.

SEXO-CONDICION DE TRABAJO Y EDAD: SALUD MENTAL

	JOVENES	MADUROS
100 MUJERES AMAS DE CASA	5,7	8
100 MUJERES EN PARO	8,4	7,2
100 MUJERES CON TRABAJO	7,6	6,7
100 HOMBRES EN PARO	7	7,4
100 HOMBRES CON TRABAJO	6,4	5,3

ANOVA
CONTRASTES UNIVARIADOS

VARIABLE DEPENDIENTE	F	SIGNIFICACION
ANSIEDAD MOTORA	3,7	.005

Cuadro 35: Medias en Ansiedad Motora de los 10 grupos de sujetos.

Es muy importante el resultado en Ansiedad Global (ver cuadro 36) por que hace referencia al conjunto de pensamientos, emociones y comportamientos que reflejan una disposición general de la persona a padecer y manifestar el rasgo de Ansiedad.

Los datos corroboran los hallazgos anteriores ya que el grupo de Mujeres Amas de Casa Maduras es el que más padece este rasgo general de Ansiedad, seguido por las Mujeres en Paro Jóvenes y las Mujeres con Trabajo Maduras.

Igualmente, los grupos que han presentado el nivel más bajo han sido Hombres con Trabajo Maduros y Jóvenes y por este orden.

SEXO-CONDICION DE TRABAJO Y EDAD: SALUD MENTAL

	JOVENES	MADUROS
100 MUJERES AMAS DE CASA	20,3	28,7
100 MUJERES EN PARO	26,2	24
100 MUJERES CON TRABAJO	22,6	24,5
100 HOMBRES EN PARO	21	23,6
100 HOMBRES CON TRABAJO	20	17,7

ANOVA
CONTRASTES UNIVARIADOS

VARIABLE DEPENDIENTE	F	SIGNIFICACION
ANSIEDAD GLOBAL	4	.003

Cuadro 36: Medias en Ansiedad global de los 10 grupos de sujetos.

Por tanto, parece deducirse que los hombres cuando tienen trabajo, y sobre todo los maduros, presentan un nivel aceptable de tensión psíquica y física, descendiendo claramente este bienestar cuando los hombres se encuentran desempleados pero, fundamentalmente, en la edad madura. Esto es lógico y congruente con el menor número de posibilidades que tiene un hombre adulto de encontrar trabajo.

En cambio, las mujeres maduras que se dedican solo a las labores del hogar manifiestan un nivel considerablemente más alto de Ansiedad (10 puntos más) que los que se supone, por edad cronológica, son sus parejas o maridos.

Las jóvenes desempleadas, también, es un grupo de riesgo, sufriendo más ansiedad que sus homólogos masculinos de la misma edad. Quizá esto se deba a las mayores dificultades que encuentra la mujer en el ámbito laboral, y más en esta edad, cuando se espera de ella que dedique buena parte de su energía y tiempo a la procreación y al cuidado de los hijos.

Es preciso mencionar también que las mujeres maduras con trabajo ocupan el tercer lugar en la cantidad de Ansiedad experimentada, lo que nos hace reflexionar sobre la muy probable hipótesis de que, a pesar de tener trabajo, este grupo puede tener muchas cargas familiares como personas ancianas bajo su cuidado, hijos que todavía viven en el hogar, y a todo esto habría que añadir el inicio, desarrollo y final de la etapa de la Menopausia con todos los cambios hormonales y psicológicos que conlleva.

Así, se podría proponer que la mujer joven que es ama de casa porque lo ha elegido libremente y no porque se vea abocada a ello por estar en paro -ya que en nuestra investigación este grupo se ha diferenciado aparte-, y la mujer joven que trabaja presentan niveles aceptables de Ansiedad pero, es necesario recalcar que esto índices siempre son superiores a los mostrados por el grupo de hombres maduros con trabajo que se va perfilando, significativamente, en todos los resultados como el grupo más saludable.

Es razonable proponer que el hombre con trabajo, a esta edad, se siente más seguro que los hombres jóvenes con trabajo que deben, aún, demostrar su capacidad profesional y su desempeño familiar. Por otro lado, las consecuencias negativas del paso de los años no tienen en el hombre efectos tan patentes y no producen cambios tan drásticos físicos ni psicológicos como en las mujeres.

No sorprenden los resultados aunque las explicaciones pueden ser múltiples, lo que nos llevaría a nuevas investigaciones más especificas. Uno de los elementos a considerar es la cohorte de los sujetos. De esta forma, no es tanto la edad de hombres y mujeres sino la generación a la que pertenecen la que podría explicar, en parte, los resultados. Las actitudes hacia los roles sexuales y la incorporación masiva de la mujer al ámbito laboral, en ocasiones en situaciones de precariedad social y cultural (falta de apoyo social e institucional), determinan las diferencias encontradas.

Otros factores podrían explicar los resultados. Las amas de casa maduras manifiestan los mayores índices de ansiedad, bien porque se han visto obligadas social y culturalmente a ello sin desearlo realmente, no habiendo por tanto, voluntariedad en el desempeño del rol lo que repercute en la satisfacción y consecuentemente, en la ansiedad. Por su parte, las tareas propias del rol (por ejemplo, cuidado de los hijos e hijas) han desaparecido casi por completo (situación de "nido vacío"), lo que supone una deprivación natural en sus vidas. Se impondría en este grupo la necesidad de "crear" nuevos roles satisfactorios para este grupo de mujeres y oportunidades para amortiguar el efecto negativo de la situación personal y social en la que se encuentran.

El caso de las mujeres jóvenes en paro podría explicarse por otros motivos. Son mujeres preparadas para trabajar y que desean trabajar. La frustración tras la formación recibida por no encontrar empleo hace que se produzca disonancia cognitiva en este colectivo, que no termina de ubicarse o posicionarse social y personalmente. No obstante, en este resultado pueden estar incidiendo variables muy importantes como la estructura familiar y la situación económica.

Por último, el hecho de que algunas mujeres trabajadoras manifiesten elevados índices de ansiedad podría venir explicado por los múltiples roles desempeñados. Así, parece que no se cumple la teoría de acumulación de roles que en otros países sí parece darse. Quizás, en España (o en la C. M. que es donde se ha llevado a cabo el estudio), carecemos de redes de apoyo social formales e informales que ayuden a la mujer a desempeñar las diferentes tareas que se les "suponen" o, quizás, los hombres aún no han "querido comprender" lo que realmente implica para ellos y sus obligaciones el hecho de que la mujer trabaje.

SALUD FÍSICA

Perfil General: En el cuadro 37 aparecen los resultados del Análisis multivariado de la varianza (MANOVA) que indican que hay diferencias significativas en los Perfiles globales de *salud física* entre los 10 grupos de sujetos.

SEXO-CONDICIÓN DE TRABAJO Y EDAD: SALUD FÍSICA

JÓVENES	MADUROS
50 MUJERES AMAS DE CASA	50 MUJERES AMAS DE CASA
50 MUJERES EN PARO	50 MUJERES EN PARO
50 MUJERES CON TRABAJO	50 MUJERES CON TRABAJO
50 HOMBRES EN PARO	50 HOMBRES EN PARO
50 HOMBRES CON TRABAJO	50 HOMBRES CON TRABAJO

MANOVA

CONTRASTES MULTIVARIADOS

	VALOR	F	SIG.	Eta cuadrado	Potencia observada
TRAZA DE PILLAI	.09	3	.000	.024	.99

Cuadro 37: Análisis multivariado de la varianza de los 10 grupos en el perfil conjunto de indicadores de salud física.

Este resultado es importante porque indica que si se considera un conjunto de aspecto como indicadores de salud física, tomados globalmente, es decir,

como una unidad, quedan reflejados distintos perfiles diferenciales para cada uno de los 10 grupos.

No obstante la proporción de varianza explicada por la interacción del Sexo-Condición de Trabajo y la Edad para los índices de salud física es tan solo del 2,4% (Eta cuadrado= .024, para la estimación del tamaño del efecto de las diferencias).

Esto significa que la variabilidad encontrada en estos 10 grupos en estos aspectos, se debe a otras causas en un % muy amplio. Y que las variables Sexo-Condición de Trabajo y Edad tienen una contribución significativa aunque muy limitada.

No obstante, es preciso añadir, igualmente, que al ser el nivel de significación de .000, este dato tiene un sólido valor y la probabilidad de que al replicar este hallazgo concreto apareciera otro resultado es nula.

Por tanto, en una primera lectura de estos datos se puede afirmar que esta variable del sexo unida a la condición de trabajo explica más y tiene mayor influencia en la salud mental que en la salud física.

Ahora bien, una vez analizada empíricamente esta distinción de perfiles, es preciso descender a un nivel de análisis más fino que permita detallar cuáles han sido los índices físicos en las que los 10 grupos de sujetos han presentado más claramente las diferencias.

Dimensiones específicas: En el cuadro 38 se pueden observar los resultados encontrados al aplicar un Análisis de varianza (ANOVA).

SEXO-CONDICIÓN DE TRABAJO Y EDAD: SALUD FÍSICA

JÓVENES	MADUROS
50 MUJERES AMAS DE CASA	50 MUJERES AMAS DE CASA
50 MUJERES EN PARO	50 MUJERES EN PARO
50 MUJERES CON TRABAJO	50 MUJERES CON TRABAJO
50 HOMBRES EN PARO	50 HOMBRES EN PARO
50 HOMBRES CON TRABAJO	50 HOMBRES CON TRABAJO

ANOVA

CONTRASTES UNIVARIADOS

VARIABLE DEPENDIENTE	F	SIGNIFICACIÓN
INGESTA SUSTANCIAS QUÍMICAS	2	.08
VISITAS AL MÉDICO	2,8	.02
DOLOR FÍSICO GENERAL	3,7	.005
AUTOPERCEPCIÓN SALUD FÍSICA	3,3	.01

Cuadro 38: Análisis de la varianza de los 10 grupos en cada uno de los índices de salud física.

La interacción del Sexo-Condición de Trabajo con la Edad arroja diferencias significativas para 3 de las variables físicas. No obstante, se presentan los datos de la Ingesta de Sustancias Químicas pues aunque p> .05, al ser .08 está cerca del nivel de significación con el que se ha trabajado e indica una tendencia, aunque el resultado no sea estadísticamente significativo.

Por consiguiente, el ser mujer parada, ama de casa, mujer trabajadora, hombre parado u hombre con empleo y de diferentes edades, influye en que estos grupos de personas tengan diferentes niveles de dolor físico, distintas apreciaciones sobre su salud y cantidad de ingesta de sustancias químicas, así como en el número de veces que visitan al medico.

Indudablemente, todas estas características son índices claros de una mala salud física, por lo que interesa detallar, ahora, en los próximos cuadros, qué grupos de esos 10 han presentado tanto las puntuaciones más altas indicando ser grupos de riesgo, como los grupos que han puntuado más bajo, presentando indicadores de mayor resistencia a la enfermedad física (ver cuadros 39, 40, 41 Y 42).

SEXO-CONDICION DE TRABAJO Y EDAD: SALUD FISICA

	JOVENES	MADUROS
100 MUJERES AMAS DE CASA	3,8	4,2
100 MUJERES EN PARO	4,7	4,6
100 MUJERES CON TRABAJO	4,5	4,5
100 HOMBRES EN PARO	4,8	6,1
100 HOMBRES CON TRABAJO	5	4,3

ANOVA
CONTRASTES UNIVARIADOS

VARIABLE DEPENDIENTE	F	SIGNIFICACION
INGESTA SUSTANCIAS QUIMICAS	2	.08

Cuadro 39: Medias en Ingesta de sustancias químicas de los 10 grupos de sujetos.

SEXO-CONDICION DE TRABAJO Y EDAD: SALUD FISICA

	JOVENES	MADUROS
100 MUJERES AMAS DE CASA	10,7	7,4
100 MUJERES EN PARO	5,2	5,4
100 MUJERES CON TRABAJO	4	10,5
100 HOMBRES EN PARO	2,3	5
100 HOMBRES CON TRABAJO	3,5	4

ANOVA
CONTRASTES UNIVARIADOS

VARIABLE DEPENDIENTE	F	SIGNIFICACION
VISITAS AL MEDICO	2,8	.02

Cuadro 40: Medias en Número de visitas al médico los 10 grupos de sujetos.

SEXO-CONDICION DE TRABAJO Y EDAD: SALUD FISICA

	JOVENES	MADUROS
100 MUJERES AMAS DE CASA	15,2	19
100 MUJERES EN PARO	16,7	15,8
100 MUJERES CON TRABAJO	15,8	17,7
100 HOMBRES EN PARO	14,5	15
100 HOMBRES CON TRABAJO	14,5	16

ANOVA
CONTRASTES UNIVARIADOS

VARIABLE DEPENDIENTE	F	SIGNIFICACION
DOLOR FISICO GENERAL	3,7	.005

Cuadro 41: Medias en Dolor físico general de los 10 grupos de sujetos.

SEXO-CONDICION DE TRABAJO Y EDAD: SALUD FISICA

	JOVENES	MADUROS
100 MUJERES AMAS DE CASA	7,8	5,8
100 MUJERES EN PARO	7,5	6,7
100 MUJERES CON TRABAJO	7,8	7
100 HOMBRES EN PARO	7,8	7,1
100 HOMBRES CON TRABAJO	7,8	7,2

ANOVA
CONTRASTES UNIVARIADOS

VARIABLE DEPENDIENTE	F	SIGNIFICACION
AUTOPERCEPCION SALUD FISICA	3,3	.01

Cuadro 42: Medias en Salud física autopercibida de los 10 grupos de sujetos.

Algunos resultados que se muestran en los cuadros 39, 40, 41 y 42 son:

- Los *hombres parados maduros* son los que ingieren mayor cantidad de sustancias químicas (alcohol, tabaco, fármacos, etc.), diferenciándose de forma significativa de las amas de casa.

- Las *amas de casa maduras* presentan un nivel mayor de dolores físicos, y una peor salud física autopercibida que los hombres en general, tanto parados como trabajadores.

- Las *amas de casa jóvenes* y las *mujeres trabajadoras maduras* presentan una mayor asistencia a la consulta del médico y una peor salud física autopercibida.

Es interesante señalar que la salud física se ve menos afectada que la salud mental. Esto es lógico, puesto que la situación de hombres y mujeres está determinada psicológica, cultural y socialmente, lo que incide en mayor grado en la salud "vivida" que en la "manifestada" externamente.

3. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA.

Respecto a la **influencia del Sexo y la Condición de Trabajo** (ver cuadro 43), la conclusión inicial es que los 5 grupos presentan rasgos distintivos en lo que se refiere a la salud mental y física, explicando el 13 % de la varianza.

1. HAY DIFERENCIAS EN LOS PERFILES DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A SALUD MENTAL EN FUNCION DE LA INTERACCION DEL **SEXO Y LA CONDICION DE TRABAJO**

¿Cómo es el tamaño? →

Las diferencias explican el 13% de la varianza.

¿En qué dimensiones? →

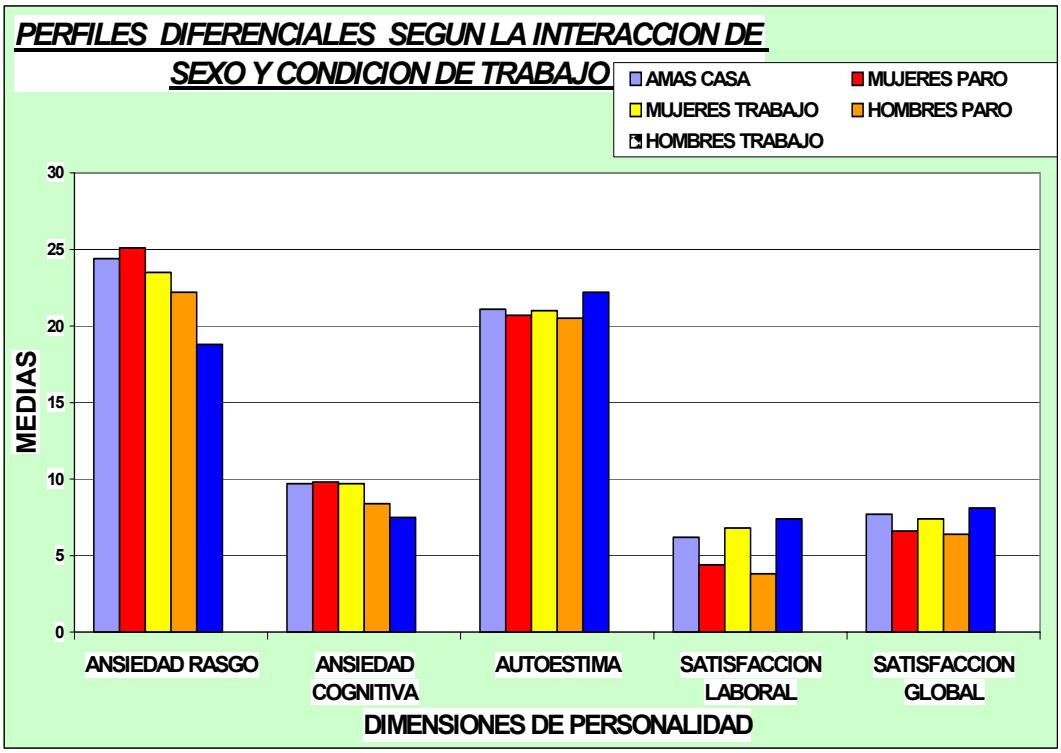
Se observa que el grupo que más diferencias refleja con respecto a los otros 4 grupos es:

Hombres con trabajo, sobre todo en dimensiones muy indicadoras de salud mental:

-**Estabilidad Emocional**, mostrando ser el grupo con mayor equilibrio afectivo.
-**Ansiedad Rasgo,** presentando la menor puntuación.
-**Ansiedad Cognitiva** " "
-**Satisfacción Global,** uno de los grupos con mayor grado.

Cuadro 43: Ideas centrales de la influencia de la variable Sexo y Condición de Trabajo.

Por otro lado, apenas hay diferencias entre los 3 grupos de mujeres, pero sí entre esos grupos y el grupo de hombres con trabajo (Ver cuadros 44 y 45):



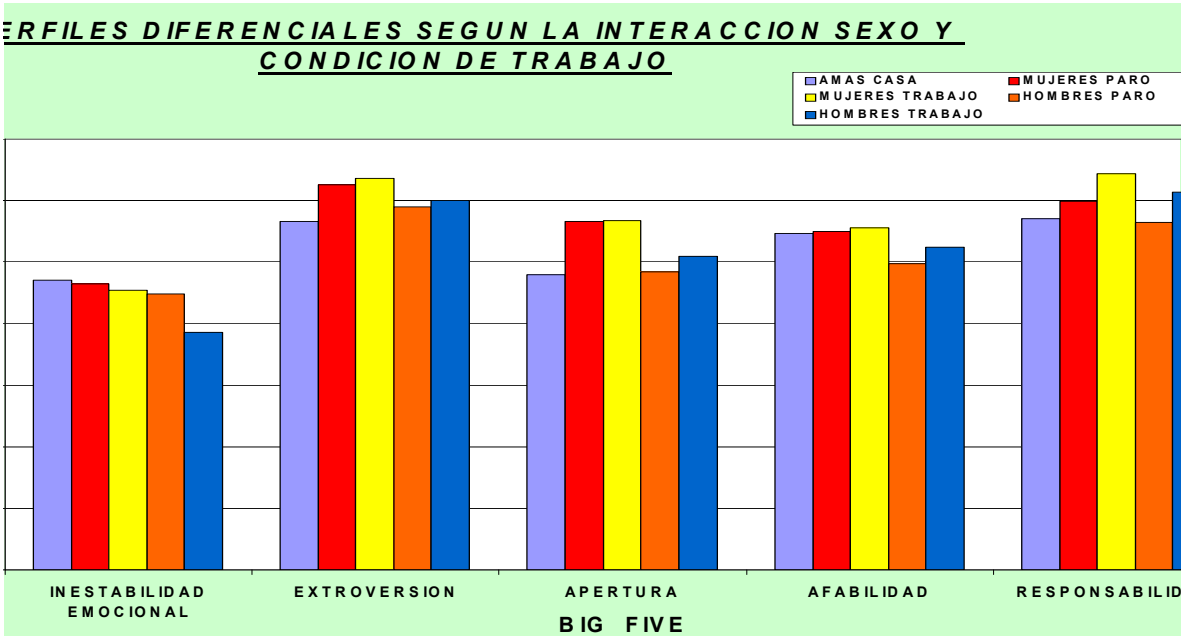
Cuadro 44: Representación gráfica de las diferencias significativas encontradas entre los 5 grupos en algunas dimensiones indicadoras de salud mental.

- Y se puede confirmar que la mujer, en general, (sea ama de casa, desempleada o trabajadora) muestra los niveles más altos de Ansiedad Rasgo con respecto al grupo de hombres trabajadores, lo que corrobora que el sexo femenino, sea cual sea su condición de trabajo, sale peor parado que el hombre, destacando la Ansiedad Cognitiva como el principal indicador de la Ansiedad en el que las diferencias son más manifiestas y extensivas a todos los grupos de mujeres.

- Igualmente, las mujeres amas de casa, con empleo o paradas tienen mayor Inestabilidad Emocional con respecto al Hombre con trabajo.

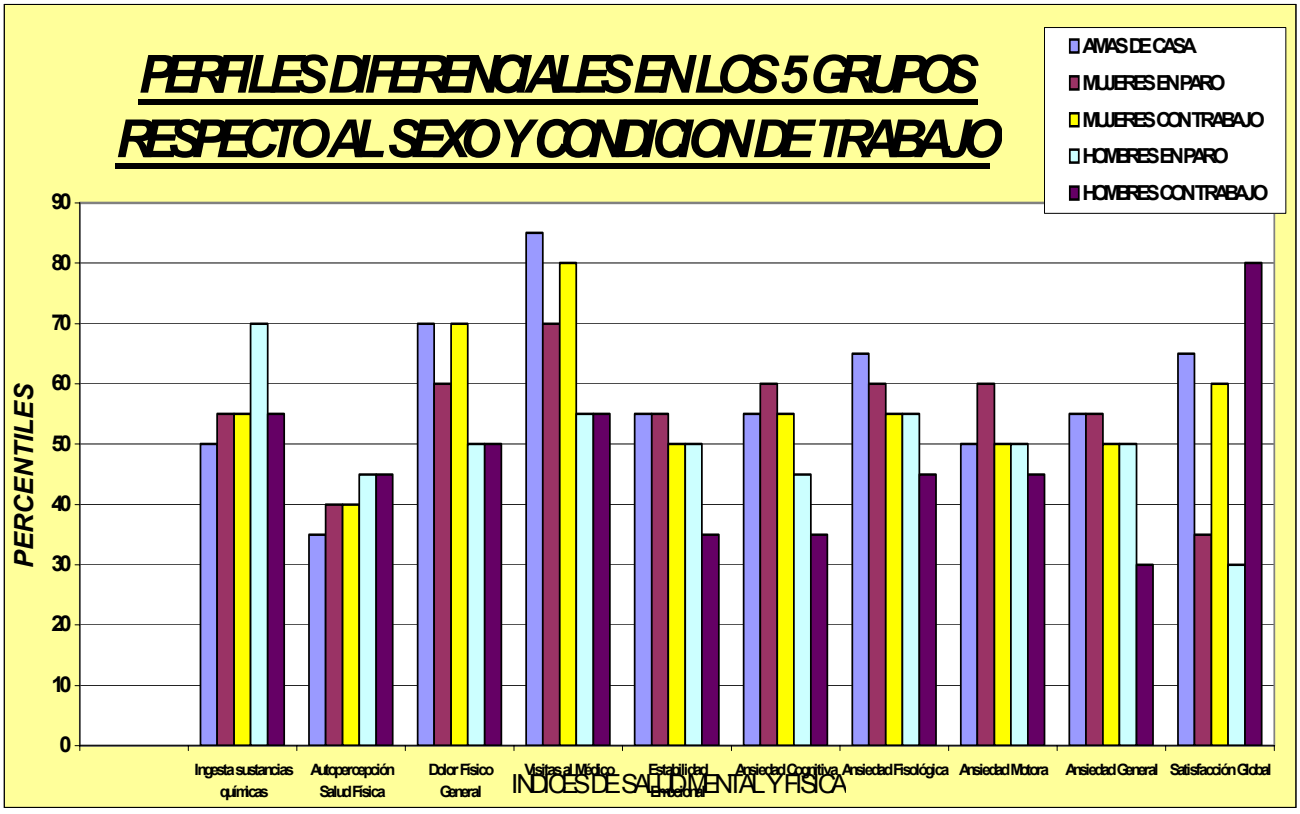
- Las mujeres en paro se presentan como el grupo con el mayor grado de insatisfacción personal.

- Las mujeres trabajadoras son más extrovertidas y abiertas que las amas de casa.



Cuadro 45: Representación gráfica de las diferencias significativas encontradas entre los 5 grupos en algunas dimensiones de personalidad sana.

Si se analiza esta gráfica (ver cuadro 46), teniendo en cuenta las principales diferencias significativas que se han encontrado en variables de salud mental y de salud física conjuntamente, se pueden exponer algunas conclusiones:



Cuadro 46: Representación gráfica de las diferencias significativas encontradas entre los 5 grupos en las principales dimensiones indicadoras de salud física y mental.

Índices de salud física:

- Los hombres parados son los que ingieren mayor cantidad de sustancias químicas (alcohol, tabaco, fármacos, etc.), diferenciándose de forma significativa de las amas de casa.

- Las amas de casa presentan un nivel mayor de dolores físicos, una mayor asistencia a la consulta del médico y una peor salud física autopercibida que los hombres en general, tanto parados como trabajadores.

- Las mujeres con trabajo muestran más intensidad de dolor físico pero sólo con respecto a los hombres desempleados.

Por tanto, las amas de casa aparecen como el grupo con un perfil de salud física más desfavorecido pero, únicamente, al compararlas con los hombres, y los hombres en paro aparecen con unos hábitos de salud más nocivos, pero al contrastarlos sólo con las amas de casa.

Dimensiones psicológicas de salud mental:

- Hay un resultado bien claro y sólido y es que los hombres con trabajo presentan la puntuación más baja en Inestabilidad Emocional y, además, con respecto a los otros 4 grupos. Es decir, se revelan como el grupo con mayor equilibrio emocional y afectivo, y, en definitiva, se identifican con uno de los principales rasgos predictores de salud mental.

- En cuanto a la Ansiedad Global, también podemos confirmar que la mujer, en general, (sea ama de casa, trabajadora o desempleada) muestra los niveles más altos con respecto al grupo de hombres con trabajo, lo que corrobora que el sexo femenino, sea cual sea su condición de trabajo, sale peor parado que el hombre con empleo, destacando la Ansiedad Cognitiva como el principal indicador en el que las diferencias son más manifiestas y extensivas a todos los grupos de mujeres.

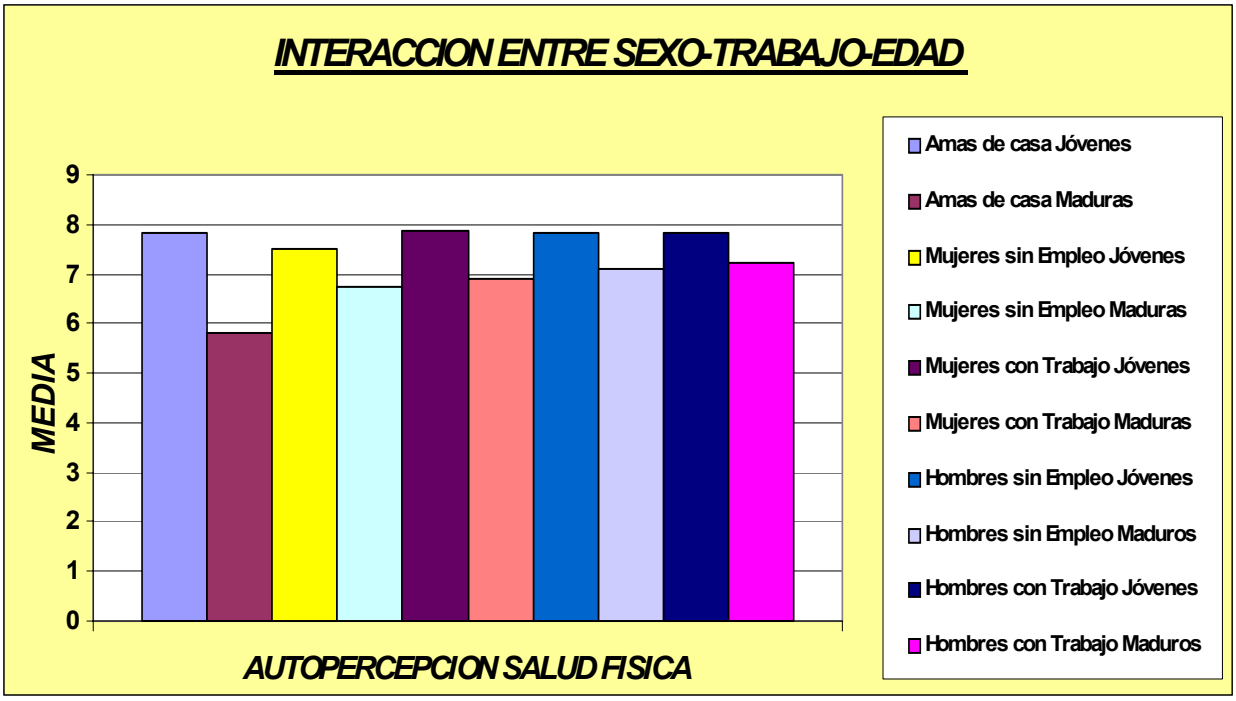
- Finalmente, los hombres trabajadores se describen como el grupo con mayor Satisfacción Global en su vida respecto a los demás grupos. Por otro lado, las mujeres en paro se consideran las más insatisfechas no sólo con respecto a los hombres con trabajo, sino también con respecto a las amas de casa y mujeres con empleo.

En síntesis muy general, parece que los hombres con trabajo sería el grupo con unos índices de salud física y mental más saludables y positivos que le

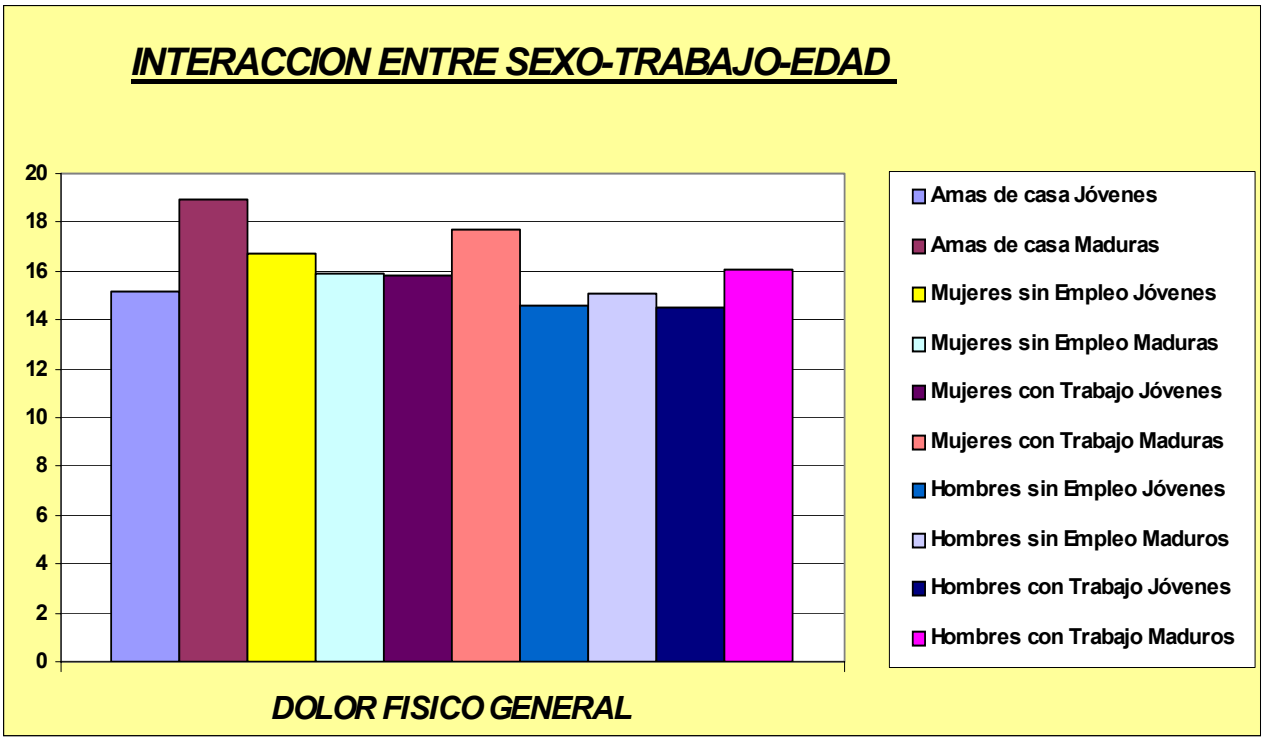
posibilitan una mejor adaptación y una ausencia de patología, al menos al referirse a las variables medidas en esta investigación.

Respecto a la influencia **del Sexo, la Condición de Trabajo y la Edad,** a lo ya dicho anteriormente, se va a añadir, ahora, lo más destacable de estas 5 gráficas (sólo se han representado las 6 variables, en las que la interacción mostraba valores de F con una $p < .05$), respecto a la información nueva que nos ofrece el analizar los índices físicos y psicológicos cuando se dividen los 5 grupos anteriores en 10, al tener en cuenta la edad, formándose grupos de Jóvenes y Maduros (ver las gráficas en los cuadros del 47 al 51):

- Las amas de casa del grupo de 45 a 65 años presentan una percepción más desfavorecida de su salud física (cuadro 47) y un mayor nivel de dolor físico general (cuadro 48).

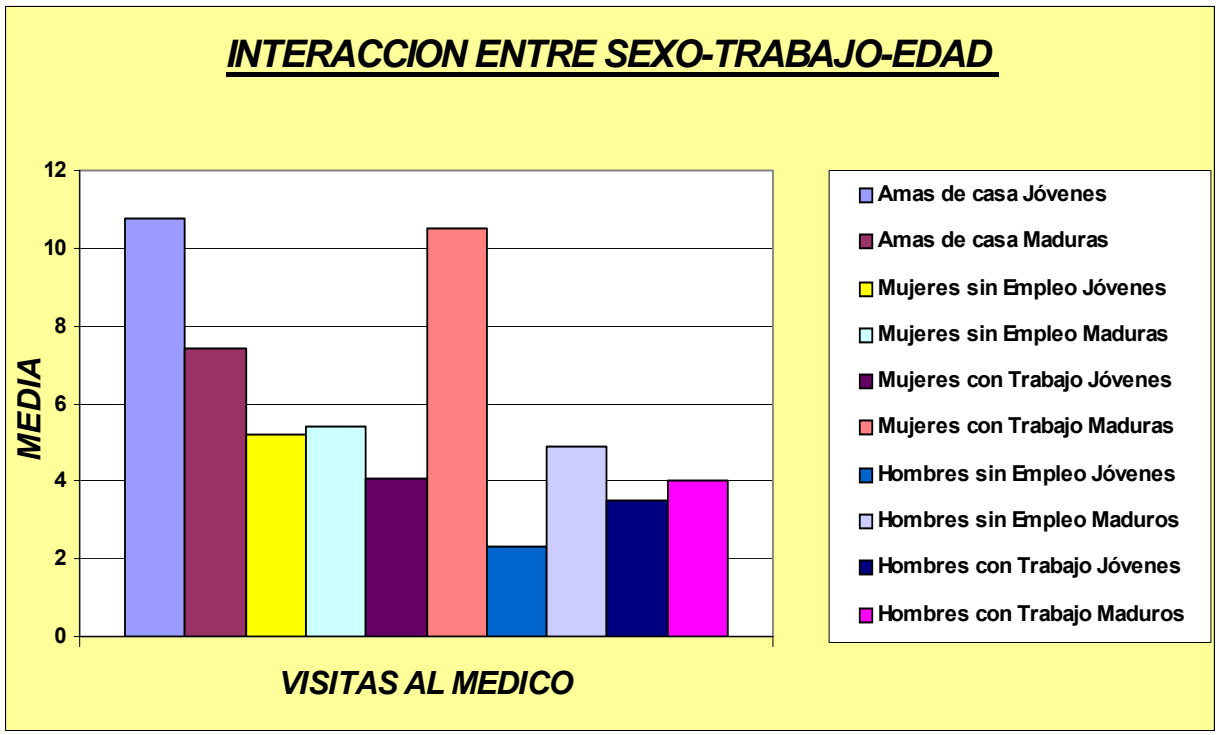


Cuadro 47: Representación gráfica de las diferencias significativas encontradas entre los 10 grupos en Salud física autopercibida.



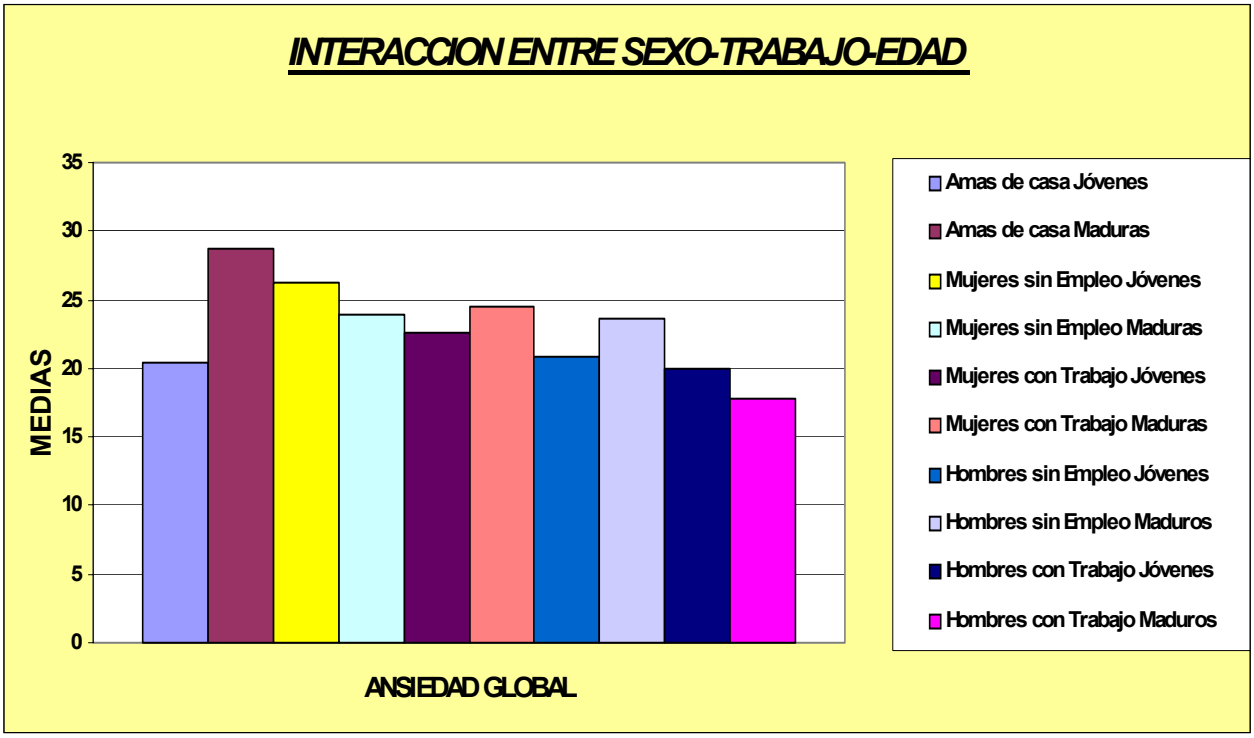
Cuadro 48: Representación gráfica de las diferencias significativas encontradas entre los 10 grupos en Dolor físico general.

- El segundo grupo que muestra mayor puntuación en dolor físico es el de mujeres maduras con trabajo (45-65 años), siendo también este grupo, junto con el amas de casa jóvenes, el que acude a la consulta médica con mayor frecuencia (cuadro 49).

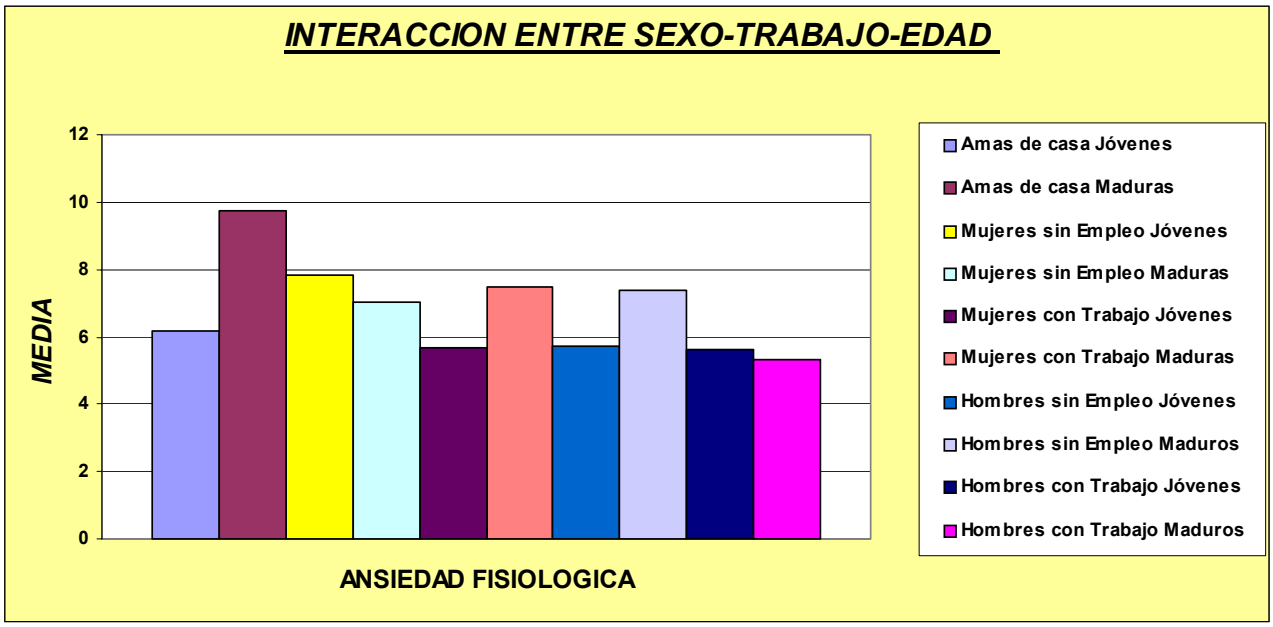


Cuadro 49: Representación gráfica de las diferencias significativas encontradas entre los 10 grupos en Número de visitas realizadas al médico.

- También las amas de casa maduras muestran un mayor grado de Ansiedad Global y Ansiedad Fisiológica (ver cuadros 50 y 51).



Cuadro 50: Representación gráfica de las diferencias significativas encontradas entre los 10 grupos en Ansiedad Global.



Cuadro 51: Representación gráfica de las diferencias significativas encontradas entre los 10 grupos en Ansiedad Fisiológica.

Por tanto, parecería que el hecho de ser mujer lleva aparejado una mayor prevalencia de síntomas asociados a trastornos físicos y una serie de rasgos psicológicos que predicen vulnerabilidad a trastornos de ansiedad, neuroticismo y depresión, fundamentalmente, y que las amas de casa maduras se perfila como uno de los mayores grupos de riesgo, dentro de las mujeres, a padecer de manera más intensa este tipo de alteraciones.

El hombre cuando tiene un trabajo fijo se erige como el grupo más estable emocionalmente, con mayor autoconfianza y seguridad personal (sobre todo el hombre de 45 a 65 años), así como con menor grado de malestar físico (principalmente el hombre con trabajo joven).

¿Qué puede explicar estos resultados?
Podríamos hacer un paralelismo con el consumo en España. España se incorporó tarde (con respecto a otros países) a la sociedad de consumo, lo que hizo que se incorporara deprisa. Como consecuencia, están apareciendo comportamientos patológicos (ludopatías, por ejemplo) y valores sociales (materialismo) en mayor grado que en otras sociedades. Algo similar podríamos apuntar respecto a los resultados de esta investigación.

La salud de la mujer en España es peor que la de los hombres. La mujer en España se ha incorporado al mercado laboral tarde y deprisa, y parece que las consecuencias de este hecho no son tan positivas en algunos aspectos como podría ser predecible. ¿Por qué? Una de las hipótesis sería el efecto negativo que tiene la sobrecarga de roles, las diferentes demandas y la falta de apoyo social. Las parejas no colaboran tanto como sería conveniente y no hay medidas verdaderamente eficaces que "persuadan" a la sociedad de la situación en la que se encuentran las mujeres en este país, tanto las que trabajan (efectos negativos de acumulación de roles), como las amas de casa (ausencia del rol o infravaloración de rol) como las mujeres en paro (disonancia y frustración).

En estas circunstancias (además de otros muchas que no han podido ser analizadas) no es extraño que los índices de salud mental y física sean peores

en mujeres que en hombres. ¡Y quizás son, dadas las circunstancias incluso buenos! Por tanto, en nuestra situación el mito de la "superwoman", es sólo eso, un mito.

Otra variable importante que interactúa con lo anterior es la influencia de la cohorte, la educación recibida en cada generación, la situación cultural y social de cada una y sus efectos en los hombres. Haber querido trabajar y no haber proporcionado oportunidades para ello (amas de casa maduras), estar preparada para trabajar pero no encontrar empleo (mujeres jóvenes en paro) y trabajar pero también tener otras "obligaciones" (mujeres trabajadoras maduras), son síntomas de una situación en la que "algo" falla.

El grupo de mujeres más favorecido por todos estos aspectos son las mujeres jóvenes trabajadoras pero... ¿A alguien entonces le extraña que España sea el país más bajo de natalidad?

Finalmente, es preciso añadir que estos resultados tienen una alto valor de generalización, debido a que la muestra de los sujetos, es realmente una muestra elegida aleatoriamente, y no un grupo de sujetos incidental. No obstante, sería interesante en futuros estudios, tomar otras medidas psicológicas que completen el perfil psicológico aquí presentado, y perfeccionar el cuestionario de salud física.

VI. RESUMEN DE CONCLUSIONES FINALES.

Todos los resultados y conclusiones que se han hallado en esta investigación y de los cuales se muestra, un resumen, a continuación, tienen un alto valor de generalización ya que se han obtenido a partir de una muestra elegida de forma aleatoria y estratificada en la población de Madrid, que cumplía los requisitos respecto a cuotas de edad, sexo, nivel socioeconómico y condición de trabajo que se requerían en este trabajo.

Los resultados extraídos confirman, en general, la dirección de las diferencias encontradas entre los distintos grupos, en otros estudios.

El nivel de significación con el que se ha trabajado en todos los análisis estadísticos ha sido p= ó < .05.

1. Hay diferencias en los perfiles globales de salud mental entre hombres y mujeres.

- El tamaño de las diferencias es pequeño, explicando el 9% de la varianza.
- La probabilidad ha sido en muchos de los análisis de p=.000 con lo que la solidez de los resultados encontrados es muy firme.
- Las mujeres tienen mayor tendencia a la Inestabilidad emocional, a un estado de ánimo lábil y depresivo.
- Las mujeres son más ansiosas como una disposición general permanente y presentan también mayor número de ideas, sentimientos y comportamientos relacionados con la tensión, angustia y ansiedad psicológicas.
- Las mujeres presentan mayor apertura mental caracterizada por mayor tolerancia y flexibilidad mental.
- Los hombres son menos afables, más agresivos y muestran menor cooperación.

- Los hombres son más equilibrados emocionalmente y menos emotivos y ansiosos.

2. Hay diferencias en salud mental entre personas jóvenes (27-44 años y maduras (45-65 años).

- Así, los sujetos de 45 a 65 años son más introvertidos, reservados e inhibidos socialmente, predominando en ellos la discreción y el control.
- En consonancia con lo anterior, los jóvenes se muestran más abiertos a la experiencia, más imaginativos, creativos y con mayor flexibilidad mental y son más tolerantes.
- Las personas maduras de nuestro estudio también tienen una autovaloración más negativa que los jóvenes, presentando menos autoestima.
- Los jóvenes se muestran más extrovertidos: sociables, animados, activos, etc.
- Los jóvenes son más abiertos a la experiencia: con intereses amplios en la vida, originales, tolerantes, poco convencionales.
- Los jóvenes parecen ser más proclives a tener alta autoestima: confiados, seguros de sí mismos.
- Los jóvenes se manifiestan menos ansiosos corporalmente: con menor presencia de síntomas físicos de tensión, palpitaciones, sudoración, etc.
- Las mujeres maduras (45-65) años presentan el grado de inestabilidad emocional mas alto frente a los demás grupos.
- Las mujeres de edad madura, por tanto, pueden ser un “grupo de riesgo” para padecer trastornos psicofísicos, con el que es importante trabajar desde políticas de prevención y de apoyo.

3. Hay algunas diferencias en salud mental entre personas de nivel socio-económico medio-bajo y medio-alto, y en la interacción con el sexo y la edad:

- El hecho de pertenecer a un nivel socioeconómico medio-bajo va asociado con tener un bienestar personal más bajo y con estar menos satisfecho con la vida en general y con el trabajo y la profesión.
- Las personas de nivel socioeconómico medio-bajo se muestran menos abiertas, más rígidas y menos creativas, lo que se relaciona con un estilo de afrontamiento menos saludable y eficaz.
- Los jóvenes de nivel medio-alto se encuentran más satisfechos en sus relaciones familiares y con mayor bienestar personal, lo que sigue corroborando que las desventajas económicas y sociales se asocian con indicadores de peor salud mental.
- Las mujeres de clase baja y de edad madura tienen mayor nivel de ansiedad cognitiva.
- Las mujeres maduras de clase alta son más responsables, persistentes y disciplinadas que el resto de los grupos y tienen mayor capacidad de organización.
- Teniendo en cuenta los datos anteriores, se puede proponer la reflexión de que el grupo de Mujeres Maduras de Nivel socioeconómico medio-bajo se puede asociar a un peor y más negativo estilo de afrontamiento, y que, bajo circunstancias sociales desfavorecedoras y situaciones estresantes, tendría una mayor propensión a padecer **conflictos psicológicos.**

4. Influencia del Sexo y la Condición de Trabajo:

- El grupo de Hombres con trabajo manifiesta puntuaciones más altas, sobre todo, en dimensiones muy indicadoras de salud mental: Estabilidad Emocional, mostrando ser el grupo con mayor equilibrio

afectivo. Ansiedad Raso y Ansiedad Cognitiva, presentando la menor puntuación. Satisfacción Global, uno de los grupos con mayor grado.

- Se puede confirmar que la mujer, en general, (sea ama de casa, desempleada o trabajadora) muestra los niveles más altos de Ansiedad Rasgo con respecto al grupo de hombres trabajadores, lo que corrobora que el sexo femenino, sea cual sea su condición de trabajo, sale peor parado que el hombre, destacando la Ansiedad Cognitiva como el principal indicador de la Ansiedad en el que las diferencias son más manifiestas y extensivas a todos los grupos de mujeres.
- Igualmente, las mujeres amas de casa, con empleo o paradas tienen mayor Inestabilidad Emocional con respecto al Hombre con trabajo.
- Las mujeres en paro se presentan como el grupo con el mayor grado de insatisfacción personal.
- Las mujeres trabajadoras son más extrovertidas y abiertas que las amas de casa.
- Los hombres parados son los que ingieren mayor cantidad de sustancias químicas (alcohol, tabaco, fármacos, etc.), diferenciándose de forma significativa de las amas de casa.
- Las amas de casa presentan un nivel mayor de dolores físicos, una mayor asistencia a la consulta del médico y una peor salud física autopercibida que los hombres en general, tanto parados como trabajadores.
- Las mujeres con trabajo muestran más intensidad de dolor físico pero sólo con respecto a los hombres desempleados.
- Por tanto, las amas de casa aparecen como el grupo con un perfil de salud física más desfavorecido pero, únicamente, al compararlas con los hombres, y los hombres en paro aparecen con unos hábitos de salud más nocivos, pero al contrastarlos sólo con las amas de casa.
- Hay un resultado bien claro y sólido y es que los hombres con trabajo presentan la puntuación más baja en Inestabilidad Emocional y, además, con respecto a los otros 4 grupos. Es decir, se revelan

como el grupo con mayor equilibrio emocional y afectivo, y, en definitiva, se identifican con uno de los principales rasgos predictores de salud mental.

- Los hombres con trabajo sería el grupo con unos índices de salud física y mental más saludables y positivos que le posibilitan una mejor adaptación y una ausencia de patología, al menos al referirse a las variables medidas en esta investigación.

5. Influencia del Sexo, la Condición de Trabajo y la Edad:

- Las amas de casa del grupo de 45 a 65 años presentan una percepción más desfavorecida de su salud física y un mayor nivel de dolor físico general.
- El segundo grupo que muestra mayor puntuación en dolor físico es el de mujeres maduras con trabajo (45-65 años), siendo también este grupo, junto con el de amas de casa jóvenes, el que acude a la consulta médica con mayor frecuencia.
- También las amas de casa maduras muestran un mayor grado de Ansiedad Global y Ansiedad Fisiológica.
- Por tanto, parecería que el hecho de ser mujer lleva aparejado una mayor prevalencia de síntomas asociados a trastornos físicos y una serie de rasgos psicológicos que predicen vulnerabilidad a trastornos de ansiedad, neuroticismo y depresión, fundamentalmente, y que las amas de casa maduras se perfila como uno de los mayores grupos de riesgo, dentro de las mujeres, a padecer de manera más intensa este tipo de alteraciones.
- El hombre cuando tiene un trabajo fijo se erige como el grupo más estable emocionalmente, con mayor autoconfianza y seguridad personal (sobre todo el hombre de 45 a 65 años), así como con menor grado de malestar físico (principalmente el hombre con trabajo joven).
- Algunos indicadores de salud en la mujer de la Comunidad de Madrid son peores que los de los hombres. La mujer en España se ha

incorporado al mercado laboral tarde y deprisa, y parece que las consecuencias de este hecho no son tan positivas en algunos aspectos como podría ser predecible. ¿Por qué? Una de las hipótesis sería el efecto negativo que tiene la sobrecarga de roles, las diferentes demandas y la falta de apoyo social. Las parejas no colaboran tanto como sería conveniente y no hay medidas verdaderamente eficaces que "persuadan" a la sociedad de la situación en la que se encuentran las mujeres en este país, tanto las que trabajan (efectos negativos de acumulación de roles), como las amas de casa (ausencia del rol o infravaloración de rol) como las mujeres en paro (disonancia y frustración).

- En estas circunstancias (además de otros muchas que no han podido ser analizadas) no es extraño que los índices de salud mental y física sean peores en mujeres que en hombres.
- Otra variable importante que interactúa con lo anterior es la influencia de la cohorte, la educación recibida en cada generación, la situación cultural y social de cada una y sus efectos en los hombres. Haber querido trabajar y no haber proporcionado oportunidades para ello (amas de casa maduras), estar preparada para trabajar pero no encontrar empleo (mujeres jóvenes en paro) y trabajar pero también tener otras "obligaciones" (mujeres trabajadoras maduras), son síntomas de una situación en la que "algo" falla.
- El grupo de mujeres más favorecido por todos estos aspectos son las mujeres jóvenes trabajadoras pero... ¿A alguien entonces le extraña que España sea el país más bajo de natalidad?
- Finalmente, es preciso añadir que estos resultados tienen una alto valor de generalización, debido a que la muestra de los sujetos, es realmente una muestra elegida aleatoriamente, y no un grupo de sujetos incidental. No obstante, sería interesante en futuros estudios, tomar otras medidas psicológicas que completen el perfil psicológico aquí presentado, y perfeccionar el cuestionario de salud física.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adelmann, P.K. (1993). Psychological well-being and homemakers vs. retiree identity among older women. *Sex Roles, 29(3-4),* 195-212.

Adkins, G., Martin, P. y Poon, L.W. (1996). Personality traits and states as predictors of subjective well-being in centenarians, octogenarians and sexagenarians. *Psychology and aging, 11*(3), 408-416.

Adler, M.A. (2002). German unification as a turning point in East German women's life course: Biographical changes in work and family roles. *Sex Roles, 47(1-2)*, 83-98.

Agervold, M. (1998). Arbejdets centralitet--og realiteter. *Nordisk Psykologi, 50(3),* 161-177.

Ahlstroem, S., Bloomfield, K. y Knibbe, R. (2001). Gender differences in drinking patterns in nine European countries: Descriptive findings. *Substance Abuse, 22(1)*, 69-85.

Ala-Mursula, L.; Vahtera, J.; Kivimaeki, M.; Kevin, M.V. y Pentti, J. (2002). Employee control over working times: Associat6ions with subjective health and sickness absences. *Journal of Epidemiology and Community Health, 56(4)*, 272-278.

Al-Jadou, H. Y Malkawi, A. (1997). Prevalence, recognition and management of mental disorders in primary health care in Northern Jordan. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 96(1),* 31-35.

Almutawa, M.A. (2002). Values chage and its effects on women status in the U.A.E. society: Comparative field studt on a sample of educated working and non-working women. *Journal of the Social Sciences, 30(2)*, 347-379.

Alvaro, J.L. (1992). *Desempleo y bienestar psicológico*. Madrid: Siglo XXI.

Allen, R., Bati, A. y Bragard, J.C. (1981). *The shattered dream. Employment in the eighties.* London: Arrow.

Anderson, D.Y. y Hayes, Ch. L. (1996). *Gender, identity and self-esteem. A new look at aduld development.* N.Y.: Springer Pub.

Aneshensel, C.S: y Pearlin, L.I. (1987). Structural contexts of sex differences in stress. En R.C. Barnett, L.Biener y G.K. Baruch (Eds.). *Gender adn stress*. New York: Free Press.

Argyle, M. (1987). *The Psychology of happiness*. Londres: Methuen.

Atienza, A.A. y Stephens, M.A. (2000). Social interactions at work and the well-being of daughters involved in parent care. *Journal of Applied Gerontology, 19(3),* 243-263.

Baker, D. y North, K. (1999). Does employment improve the health of lone mothers? *Social Science and Medicine, 49(1),* 121-131.

Barberá, E. (2000). Género y organización laboral: intervenciones y cambio. En J. Fernández (coord.). *Intervención en los ámbitos de la sexología y de la generología*. Madrid: Ed. Pirámide.

Barnett, R. C. (1997). How paradigms shape the stories we tell: Paradigm shifts in gender and health. *Journal of social Issues, 53(2),* 351-368.

Barton, J. (1994). Choosing to work at night. A moderating influence on individual tolerance to shift work. *Journal of Applied Psychology, 79(3)*, 449-454.

Baruch, G.K. y Barnett, R.C. (1979). Multiple roles and well-being: A study of mothers of preschool age children. *Working Paper No 3.* Wellesley, MA: Wellesley College.

Baruch, G.K. y Barnett, R.C. (1986). Role quality, multiple role involvement, and psychological well-being in midlife women. *Journal of Personality and Social Psychology, 51,* 578-585.

Baruch, C., Brondolo, E., Ben-Dayan, D. y Schwartz, J. (2002). Sources of social support and burnout, job satisfaction, and productivity. *Journal of Occupational Health Psychology, 7(1), 84-93.*

Bekker, M.H.J. (1996). Agoraphobia and gender: A review. *Clinical Psychology Review*, 16, 129-146.

Belsky, J., Lang, M.E. y Rovine, M. (1985). Stability and change in marriage across the transition to parenthood: A second study. *Journal of Marriage and the Family, 47,*855-865.

Bendtsen, P., Dahlstroem, M.L. y Bjurulf, P. (2002). Sociodemographic gender differences in patients attending a community-based alcohol treatment centre. *Addictive Behaviors, 27(1)*, 21-33.

Berenguer, G. et al (1999). *El laberinto de cristal. Un estudio sobre el acceso de las mujeres a los puestos de dirección en las cooperativas de trabajo asociado valencianas.* Valencia: FVECTA.

Bersoff, D. Y Crosby, F. (1984). Job satisfaction and family status. *Personality and Social Psychology Bulletin, 10(1),* 79-83.

Brenner, M.H. (1971). Economic changes and heart disease mortality. *American Journal of Public Health, 61,* 606-611.

Brenner, M.H. (1973). Unemployment, economic growth and mortality. *Lancet, 24,* March.

Brenner, M.H. (1981). Unemployment and health. *Lancet, 17,*October, 874-875.

Breslau, N. (2000). Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). En M. B. Goldman y M. C. Hatch, *Women and Health.* San Diego: Academic Press.

Brockwood, K. J., Hammer, L.B., Neal, M.B. y Colton, C.L. (2001). Effectos of accomodations made at home and at work on wives' and husbands' family and job satisfaction. *Journal of Feminist Family Therapy, 13(2-3)*, 41-64.

Brown, K.A., Parker-domínguez, T. Y Sorey, M. (2000). Life stress, social support, and well-being among college-educated African American women. *Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work, 9(1-2),* 55-73.

Browne, K.R. (2002). *Biology at work: Rethinking sexual equality*. New Brunswick, N.J.: Rutgers Univ. Press.

Bunn, R. (1981). Unemployment, morbidity and mortality. *Lancet,* April, 923-924.

Burke, R.J. (2001). Organizational values, work experiences and satisfactions among managerial and professional women. *Journal of Management Development, 20(4)*, 346-354.

Burke, R.J., Todorova, I., Kotzeva, T. Y McKeen, C.A. (1994). Patterns of priority in careers among managerial and professional women in Bulgaria: Costs of the mommy track? *Psychological Reports, 75(2),* 1019-1026.

Burker, R.J. y Greenglass, E.R. (2001 a). Hospital restructuring stressors, work-family concerns and psychological well-being among nursing staff. *Communitiy, Work and Family, 4(1)*, 49-62.

Burke, R.J. y Greenglass, E.R. (2001 b). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychology and Health, 16(5)*, 583-594.

Burke, R.; y Richardsen, A.M. (2001). Psychological burnout in organizations: Reseach and intervention. En R.T. Golembiewski (Ed.). *Handbook of organizational behavior*. New York, NY: Marcel Dekker, Inc.

Calás, M. & Smircich, L. (1996). From the woman's point of view: Feminist approaches to organization studies. En S.Clegg, C.Hardy y W.Nord (Eds.). *Handbook of organization studies*. Londres: Sage.

Callaghan, R.C. y Cunningham, J.A. (2002). Gender differences in detoxification: Predictors of completion and re-admission. *Journal of Substance Abuse Treatment, 23 (2)*, 399-407.

Canals, J., Carbajo, G., Fernandez, J., Marti-Henneberg, C. y Domenech, E. (1996). Biopsychopathologic risk profile of adolescents with eating disorder. *Adolescence, 31*(122), 443-450.

Cano Vindel, A. y Miguel Tobal, J.J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA-. *Psicología Contemporánea, 6*, 14-21.

Caprara, G. V., Barbaranelli, C. y Borgogni, L. / Bermúdez, J. (1993 / 1995). *Cuestionario "Big Five"*. Florencia / Madrid: Organizzasioni speciali / TEA.

Cárcoba, A.C. (1987). Economía sumergida y salud. *Actas XI Congreso Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo.*

Cardenal, V. (1999). *El Autoconocimiento y la Autoestima en el desarrollo de la madurez personal.* Málaga: Ed. Aljibe

Cardenal V. y Díaz Morales, J. F. (2000a). Modificación de la Autoestima y de la Ansiedad por la aplicación de diferentes intervenciones terapéuticas (Educación Racional Emotiva y Relajación) en Adolescentes. *Ansiedad y Estrés, 6*(2-3), 295-306.

Cardenal, V. y Díaz Morales, J. F. (2000b). Diferencias según el Sexo en Autoestima y en su asociación con otras variables psicológicas en Adolescentes. *Revista de Psicología Educativa, 6* (2), 105-128.

Cardenal, V. y Fierro, A. (2001). Sexo y Edad en Estilos de Personalidad, Bienestar Personal y Adaptación Social. *Psicothema 13* (1), 118-126.

Cardenal, V. y Fierro, A. (2003). Componentes y correlatos del autoconcepto en la escala de Piers-Harris. *Estudios de Psicología, 24*(1), 101-113.

Caro, I. (2001). *Género y salud mental*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Castro Solano, A. y Sánchez-López, M. P. (2000). Objetivos de vida y satisfacción autopercibida en las diferentes áreas vitales en estudiantes universitarios españoles. *Psicothema, 12* (1), 49-56.

Chafetz, J. S. (1989). Gender equality: Toward a theory of change. En R.Wallace (Ed.). *Feminism and sociological theory*. Newbury Park, CA: Sage.

Chester, N.L. y Grossman, H.Y. (1990). Introduction: Learning about women and their work through their own accounts. En H.Y. Grossman y N.L. Chester (Eds.). *The experience and meaning of work in women's lives*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Christensen, K.A., Stephens, M.A. y Townsend, A.L. (1998). Mastery in women's multiple roles and well-being: Adult daughters providing care to impaired parents. *Health Psychology, 17(2),* 163-171.

Cifre, E.; Agut, S. y Salanova, M. (2000). Demandas y características del trabajo como predictores de la salud mental en el trabajo en función del sexo. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 16(3)*, 243-258.

Clemente, F. y Sauer, W. (1976). Life satisfaction in the United States. *Social Forces*, 54, 621-631.

Colom, R. (1998). *Psicología de las diferencias individuales. Teoría y Práctica.* Madrid: Pirámide.

Cobb, S. (1976). Social support as moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 39(5),* 300-313.

Comisión Europea (1995). *Bulletin on women and employment in the EU*. Num. 6, Abril 1995.

Comunidad de Madrid (1999). *Análisis de la posición laboral de la mujer en la Comunidad de Madrid: Características personales, condiciones económicas y territorio*. Madrid: Inst. de estadística, Consejería de Hacienda.

Comunidad de Madrid (2000). Quince años de estadística en la Comunidad de Madrid 1985-2000. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Edición en Cd-rom.

Cook, D., Cummins, R.O., Bartley, M.J. y Shaper, A.G. (1982). Health of unemployed middle-aged men in Great-Britain. *Lancet,* June, 1290-1294.

Costa, P. T., Jr., y McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory manual*. Odessa, Fla.: Psychological Assesment Resources.

Costa, P. T., Jr., y McCrae, R. R. (1992). *NEO-PIR: Professional Manual*. Odessa, Fla.: Psychological Assesment Resources.

Costa, P. T. y Widiger, T.A. (Eds) (1993). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washington: American Psychological Association.

Costa, P.T., McCrae, R.R. y Siegler, I.C. (1999). Continuity and change over the adult life cycle: Personality and Personality Disorders. En C. R. Cloninger (Ed.), *Personality and Psychopathology* (págs. 129-155). Washington, D.C.: American Psychopathological Association Series.

Crawford, M. (1995). *Talking Difference . On Gender and Language.* Londres: Sage

Crosby, F.J. (1991). *Juggling: The unexpected advantages of balancing career and home for women and their families.* New York: Free Press.

Cross, S. y Bagilhole, B. (2002). Girls' jobs for the boys? Men, masculinity and non-traditional occupations. *Gender, Work and Organization, 9(2)*, 204-226.

Crouter, A.C. y Manke, B. (1997). Development of a typology of dual-earner families: A window into differences between and within families in relationships, roles, and activities. *Journal of Family Psychology, 11(1),* 62-75.

Daly, K. (2002). Time, gender and the negotiation of family shcedules. *Symbolic Interaction, 25(3)*, 323-342.

Deaux, K. (1984). From individual differences to social categories: Analysis of a decade' s research on gender. *American Psychologist*, 39, 105-116.

Dentinger, E. y Clarkberg, M. (2002). Informal caregiving and retirement timing among men and women: gender and caregiving relationships in late midlife. *Journal of Family Issues, 23(7)*, 857-879.

De Miguel, A. (1992). *La sociedad española 1992-93.* Madrid: Alianza Editorial.

Des Rivières, C., Saurel, M.J. y Romito, P. (2002). Division of domestic work and psychological distress 1 year after childbirth: A comparison betweeen France, Quebec and Italy. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 12(6)*, 397-409.

Díaz Morales, J.F. y Castro, A., (2000). Diferencias de Edad en estios de personaidad. En M. P. Sánchez-López y M. M. Casullo (Eds.), *Los estilos de personalidad.* Madrid: Miño y Dávila.

Díaz Morales, J.F. y Sánchez-López, MP. (2001). Relaciones entre Estilos de Personalidad y Satisfacción autopercibida en diferentes áreas vitales en estudiantes universitarios. *Psicothema*, *14* (1), 100-105.

Durán, M.A.; Extremera, N. y Rey Peña, L. (2001 a). Burnout en profesionales de la enseñanza: Un estudio en educación primaria, secundaria y superior. *Revista de Psicología del trabajo y de las organizaciones, 17(1)*, 45-62.

Durán, M.A.; Extremera, N. y Rey Peña, L. (2001 b). El síndrome de burnout en el ámbito educativo: Una aproximación diferencial. *Apuntes de Psicología, 19(2)*, 251-262.

Echeburúa, E. y Del Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, *25* (102), 585-614.

Edell, G.; Kritz, E.I. y Bogren, I.K. (2002). Self-reported sleep quality strain and health in relation to perceived working conditions in females. *Sacandinavian Journal of Caring Sciences, 16(2*), 179-187.

Eisler, R. M. y Blalock, J.A. (1991). Masculine gender role stress: Implications for the assessment of men. *Clinical Psychology Review*, 11, 45-60.

Ekert, J. O. y Solaz, A. (2001) Unemployment, marriage, and cohabitation in France. (2001). *Journal of Socio Economics, 30(1)*, 75-98.

Elliot, M. (2001). Gender differences in causes of depression. *Women and Health, 33(3-4)*, 163-177.

Erikssen, J., Rognum, T. Y Jervell, J. (1979). Unemployment and health. *Lancet, 2,* 1189.

Escalera, M.E. y Sebastián, J. (2000). Trabajo y salud en la mujer: análisis comparativo de mujeres con trabajo remunerado y amas de casa. *Clínica y Salud, 11(2),* 195-229.

Eysenck, H. J. (1985).The place of individual differences in a Scientific Psychology. En J. Royce y L. Moss (Eds.), *Annals of theoretical Psychology* vol. 1 (págs. 233-285).

Eysenck, H. J. (1994). Normality-abnormality and the three-factor model of personality. En: S. Strack y M. Lorr (Eds.), *Differentiating normal and abnormal personality*. New York: Springer.

Feather, N.T. y O'Brien,, G. (1986). A longitudinal study of the effects of employment and unemployment of school leavers. *Journal of Occupational Psychology, 59,* 121-144.

Feingold, A. (1994). Gender differences in personality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 116* (3), 429-456.

Fernández Ballesteros, R. (1996). *Psicología del envejecimiento: crecimiento y declive*. Madrid: Universidad Autónoma

Fernández, J. (Coor). (1996) Varones y Mujeres. Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género. Madrid: Pirámide.

Fierro, A. y Cardenal, V. (1993). Estudio dimensional de la personalidad madura. *Revista de Psicología General y Aplicada, 46* (4), 411-421.

Fierro, A. y Cardenal, V. (1996). Dimensiones de personalidad y satisfacción personal. *Revista de Psicología General y Aplicada, 49* (1), 65-83.

Fierro, A. y Cardenal, V. (2001). Pertinencia de estilos de personalidad y variables cognitivas a indicadores de salud mental. *Revista de Psicología General y Aplicada, 54* (2), 207-226.

Flax, J. (1987). Postmodernism and gender relations in feminist theory. *Signs,* 12, 621-643.

Fokkema, T. (2002). Combining a job and children: Contrasting the health of married and divorced women in the Netherlands? *Social Science and Medicine, 54(5)*, 741-752.

Fox, J. (1984). Jobless men "die earlier". *Social Statistics Research Unit*. London: City Univ.

Frankenhauser, M. (1986). Stress, gender and leadership. En A.H. Bittles y P.A: Parsons (Eds.). *Stress: Evolutionary, biosocial and clinical perspectives*. London: MacMillan.

Frisco, M.L. y Williams, K. (2003). Perceived housework equity, marital happiness, and divorce in dual- earner households. *Journal of Family Issues, 24(1)*, 51-73.

Gallo, L.C., Troxel, W.M., Mathews, K.A., Jansen-McWilliams, L., Kuller, L.H. y Sutton-Tyrrell, K. (2003). Occupation and subclinical carotid artery disease in women: Are clerical workers at greater risk? *Health Psychology, 22 (1)*, 19-29.

García, Y. (1993). *Desempleo: Alteraciones psicológicas*. Valencia: Promolibro.

Gareis, K.C. y Barnett, R.C. (2002). Under what conditions do long work hours affect psychological distress: A study of full-time and reduced-hours female doctor. *Work and Occupations, 29(4)*, 483-497.

Gerson, K. (1985). *Hard choices: How women decide about work, career and motherhood.* Berkeley, CA: Univ. of California Press.

Goldberg, W.A., Greenberger, E.H., Hamill, S. Y O'Neil, R. (1992). Role demands in the lives of employed single mothers with preschoolers. *Journal of Family Issues, 13,* 312-333.

Goldsmith, A.H., Veum, J.R. and Darity, W. (1997). Unemployment, joblessness, psychological well-being and self-esteem: Theory and evidence. *Journal of Socio Economics, 26(2),* 133-158.

Greenhaus, J.H. y Parasuraman, S. (2002). The allocation of time to work and family roles. En Nelson, D.L. y Burke, R.J. (Eds.) (2002). *Gender, work stress and health*. Washignton, D.C.: A.P.A. pp 115-128.

Grosswald, B. (2002). "I raised my kids on the bus": Transit shift workers' coping strategies for parenting. *Journal of Sociology and Social Welfare, 29(3)*, 29-49.

Grote, N.K.; Naylor, K.E. y Clark, M.S: (2002). Perceiving the division of family work to be unfair: Do social comparisons, enjoyment, and competence matter? *Journal of Family Psychology, 16(4)*, 510-522.

Guidano, V. y Liotti, G. (1983). *Cognitive proceses and emotional disorders*. New York: Guilford Press.

Gunnell, D., Lopatatzidis, A., Dorling, D., Wehner, H., Southall, H. y Frankel, S. (1999). Suicide and unemployment in young people: Analysis of trends in England and Wales, 1921-1995. *British Journal of Psychiatry, 175,* 263-270.

Gutek, B.A. (2001). Women and paid work. *Psychology of women Quarterly, 25(4)*, 379-393.

Haerenstam, A. y Bejerot, E. (2001). Combining professional work with family responsabilities-A burden or a blessing? *International Journal of Social Welfare, 10(3)*, 202-214.

Hakanen,J. (2002). Job engagement and burnout. *P^sykologia, 37(4)*, 291-301.

Hammarstroem, A. y Janlert, U. (2002). Early unemployment can contribute to adult health problems: Results from a longitudinal study of school leavers. *Journal of Epidemiology and Community Health, 56 (8)*, 624-630

Harding, S., Phillips, D. Fogertty, M. (1986). *Contrasting values in Western Europe*. London: MacMillan Press.

Harpaz, I. (2002). Expressing a wish to continue or stop working as related to the meaning of work. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 11(2)*, 177-198.

Heckert, T.M.; Droste, H.E.; Adams, P.J.; Griffin, C.M.; Roberts, L.L.; Mueller, M.A. y Wallis, H.A. (2002). Gender differences in anticipated salary: Role of salary estimates of others, job characteristics, career paths, and job inputs. *Sex Roles, 47(3-4)*, 139-151.

Henwood, F., Miles, I. (1987). The experience of unemployment and the sexual division of labour. En D.Fryer y P. Ullah (Eds.). *Unemployed people. Social and psychological perspectives.* Open Univ. Press.

Hiel, S. Y. (2000). Addictive Disorders. En M. B. Goldman y M. C. Hatch, *Women and Health.* San Diego: Academic Press.

Hill, C. T. y Stull, D.E. (1987). Gender and self-disclosure: Strategies for exploring the issues. En V.J. Derlega y J. H. Berg (comps.), *Self-disclosure. Theory, research and therapy.* New York: Plenum Press, págs. 81-100.

Hilton, C., Osborn, M y Serjeant, G. (1997). Psychiatric disorder in young adults in Jamaica. *International Journal of Social Psychiatry, 43(4),* 257-268.

Hofmann-Lun, I., Schönfeld, S. Y Tschirner, N. (1998). *Mentoring para mujeres en Europa. Estrategia para la promoción laboral de las mujeres.* Munich: DJI.

Holm, K.E., Werner, R.J., Cook, A.S. y Berger, P. S. (2001). The association between emotion work balance and relationship satisfaction of couples seeking therapy. *American Journal of Family Therapy, 29(3)*, 193-205.

Hudley, G. (2001). Domestic division of labor and self/organizationally employed differences in job attitudes and earnings. *Journal of Family and Economic Issues, 22(2)*, 121-139.

Ingersoll-Dayton, B., Neal, M.B. y Hammer, L.B. (2001). Aging parents helping adult children: The experience of the sandwiched generation. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies, 50(3),* 263-271.

Instituto Nacional del Consumo (2000). *La tercera edad y el consumo*. Madrid: INC.

Jackson, A.P. y Huang, C.C. (1998). Concerns about children's development: Implications for single employed Black mothers' well-being. *Social Work Research, 22(4),* 233-240.

Jackson, A. P. y Scharman, J.S. (2002). Constructing family-friends careers: Mother' experiences. *Journal of Counseling and Development, 80(2)*, 180-186.

James, J.B. (1990). Women's employment patterns and midlife well-being. En H.Y. Grossman y M.L. Chester (Eds.). *The experience and meaning of work in women's lives.* Hillsdalem, N.J.: Lawrence Erlbaum.

Janman, K. (1989). One step behind: Current steretypes of women, achievement, and work. *Sex Roles, 21,* 209-230.

Jenkins, S.R. (1996). Self-definition in thought, action and life path choices. *Personality ans Social Psychology Bulletin, 22,* 99-111.

Jeurissen, T. y Nyklicek, I. (2001). Testing the vitamin model of job stress in Dutch health care workers. *Work and Stress, 15(3)*, 254-264.

Johnson, H. (2001). Contrasting views of the role of alcohol in cases of wife assault. *Journal of Interpersonal Violence, 16(1)*, 54-72.

Jourard, S. M. y Landsman, T. (1987). *Healthy personality / La personalidad saludable*. Méjico: MacMillan / Trillas.

Jozefowicz, D.M, Barber, B.L. y Eccles, J.S. (1993). *Adolescent work related values and beliefs: Gender differences and relation to occupational aspirations.* Paper presented at biennial meeting of the Society for Research on Child Development. LA: New Orleans.

Judge, T. A., Erez, A. y Bono, J.E. (1998). The power of being positive: The relation between positive self-concept and job performance. *Human Performance, 11*(2-3), 167-187.

Kahn, S. (1998). Alcohol abuse and its relationship with poverty and unemployment: A structural equation modelling approach. *Dissertation Abstracts International: section B, vol 58(11-b),* 6280.

Kahn, S.E., Long, B.C. y Peterson, C. (1989). Marital and parental status ans quality of life of female clerical workers. *Canadian Journal of Counselling, 23(2),* 174-183.

Kanter, R.M. (1977). *Men and women of the corporation*. New York: Basic.

Kasl, S. V. (1982). Strategies of researchon economic inestability and health. *Psychological Medicine, 12,* 637-649.

Kasl, S.V. y Cobb, S. (1970). Blood pressure changes in men undergoing job loss: a preliminary report. *Psychosomatic Medicine, 32(1),* 19-37.

Kasl, S.V. y Cobb, S. (1980). The experience of loosing a job: Some effects on cardiovascular functioning. *Psychotherapy and Psychosomatics, 34,* 88-109.

Kasl, S.V., Cobb, S. Y Gore, S. (1972). Changes in reported illness and illness behavior related to termination of employment: A preliminary report. *International Journal of Epidemiology, 1(2),* 111-118.

Kasl, S.V., Gore, S. Y Cobb, S. (1975). The experience of losing a job: reported changes in health, symptons and illness behavior. *Psychosomatic Medicine, 37(2),* 106-122.

Kelley, M.L.; Hock, E.; Jarvis, M.S.; Smith, K.M.; Gaffney, M.A. y Bonney, J.F. (2002). Psychological adjustment pf Navy mothers experiencing deployment. *Military Psychology, 14(3)*, 199-216.

Kendler, K.S. Gardner, C.O. y Prescott, C.A. (1997). Religion, psychopathology and substance abuse: A multimeasure, genetic-epidemiologic study. *American Journal of Psychiatry*, 154, 322-329.

Kessler, R. C. (2000). Gender and Mood Disorders. En M. B. Goldman y M. C. Hatch, *Women and Health.* San Diego: Academic Press.

Kinnunen, U. y Mauno, S. (2001). Dual-earner families in Finland: Differences between and within families in relation to work and family experiences. *Community, work and Family, 4(1),* 87-107.

Knickmeyer, N., Sexton, K. y Nishimura, N. (2002). The impact of same sex friendships on the well-being of women: A review of the literature. *Women and Therapy, 25(1)*, 37-59.

Knudsen, K. y Waerness, K. (2001). National context, individual characteristics and attitudes on mothers' employment: A comparative analysis of Great Britain, Sweden and Norway. *Acta Sociologica, 44(1)*, 67-79.

Kopp, R.G., Ruzicka, M.F. (1993). Womens' multiple roles and psychological well-being. *Psychological Reports, 72(3, Pt2),* 1351-1354.

Kossek, E.E. y Ozeki, C. (1998). Work-family conflict, policies, and the job-life satisfaction relationship: A review and directions for organizational behavior human resources research. *Journal of Applied Psychology, 83(2),* 139-149.

Kposowa, A.J. (2001). Unemployment and suicide: A cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psychological Medicine, 31(1),* 127-138.

Kramer, M., Taube, C. Y Redlick, R. (1973). Patterns of use of psychiatric facilities by the aged: Past, present and future. En C. Eisdorfer y M. Lawton (eds.). *The Psychology of Adult Development and Aging.* Washington: American Psychological Association.

Krantz, G. y Oestergren, P. (2001). Double exposure: The combined impact of domestic responsabilities and job strain on common symptoms in employed Swedish women. *European Journal of Public Health, 11(4)*, 413-419.

Kulik, L. (2000 a). The impact of gender and age on attitudes and reactions to unemployment: The Israeli case. *Sex Roles, 43(1-2),* 85-104.

Kulik, L. (2000 b). Jobless men and women: A comparative analysis of job search intensity, attituteds toward unemployment and related responses. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 73(4),* 487-500.

Kulik, L. (2001). Assessing job search intensity and unemployment-related attitudes among young adults: Intergender differences. *Journal of Career Assessment, 9(2),* 153-167.

Kulik, L. y Rayyan, F. (2003). Spousal relations and well-being: A comparative analysis of Jewish and Arab dual-earner families in Israel. *Journal of Community Psychology, 31(1)*, 57-73.

Lai, G. (1995). Work and family roles and psychological well-being in urban China. *Journal of Health and Social Behavior, 36*, 11-37.

Lai, J. C, Chan, R. Y Luk, C-L. (1997). Unemployment and psychological health among Hong Kong Chinese women. *Psychological Reports, 81(2),* 499-505.

Lai, J.C. y Wong, W.S. (1998). Optimism and coping with unemployment among Hong Kong Chinese women. *Journal of Research in Personality, 32(4),* 454-479.

Lavee, Y. y Katz, R. (2002). Division of labor, perceived fairness, and marital quality: The effect of gender ideology. *Journal of the Marriage and the Family, 64(1)*, 27-39.

Laws, J.L. (1975). The psychology of tokenism: An analysis. *Sex Roles, 1,* 51-77.

Leana, C.R. y Feldman, D.C. (1991). Gender differences in responses to unemployment. *Journal of Vocational Behavior, 38(1),* 65-77.

Lennon, M.C. (1994). Women, work and well-being: The importance of work conditions. *Journal of Health and Social Behavior, 35(3),* 235-247.

Lennon, M.C. (1999). Work and unemployment as stressors. En A.V.Horwitz y T.L. Scheid (Ed.). *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems.* New York: Cambridge Univ. Press.

Lester, D.y Saito, Y. (1998-99). The reasons for suicide in Japan. *Omega: Journal of Death and Dying, 38(1),* 65-68.

Liben, L.S.; Bigler, R.S. y Krogh, H.R. (2002). Language at work: Children's gendered interpretations of occupational titles. *Child Development, 73(3)*, 810-828.

Lichtenstein, S. (1996). Gender differences in the education and employment of young adults. *Remedial-and-Special-Education, 17*(1), 4-20.

Lindal, E.; Stefansson, J.G: y Bergman, S. (2002). The prevalence of chronic fatigue syndrome in Iceland-A national comparison by gender drawi8ng on four different criteria. *Nordic Journal of Psychiatry, 56(4)*, 273-277.

Ling, Y. y Powell, G.N. (2001) Work-conflict in contemporary China. *International Journal of Cross Cultural Management, 1(3)*, 357-373.

Loewenthal, K.M. (1995). *Mental health and religion.* Londres: Chapman and Hall.

Lo Coco, A. y Manna, G. (1998). The relationship between self-esteem and aggressive-prosocial behaviour in children. En J. Bermúdez, B. de Raad, J. de Vries, A. M. Pérez-García, A. Sánchez-Elvira y G. L. van Heck (Eds.), *Personality Psychology in Europe* Vol. 6 (págs. 35-52). Tilburg: Tilburg University Press.

Lu, L. y Shih, J.B. (1997). Personality and happiness: is mental health a mediator? *Personality and individual differences, 22*(2), 249-256.

Lundberg, U. (1996). Influence of paid and unpaid work on psychophysiological stress responses of men and women. *Journal of Occupational Health Psychology, 1,* 117-130.

Lyons, E. (2002). Psychosocial factors related to job stress and women in management. *Work: Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation, 18(1)*, 89-93.

Major, B., Barr, L., Zubek, J. y Babey, S. H. (1999). Gender and self-esteem: A meta-analysis. En W. B. Swann, Jr., J. H. Langlois y L. A. Gilbert (Eds.), *Sexism and stereotypes in moder society: The gender science of Janet taylor Spence* (págs. 223-255).. Washington DC: American Psychological Association.

Malmberg- Heimonen, I. y Julkunen, I. (2002). Eq ual opportunities, true options or hidden unemployment? A comparative perspective on labour-market marginality. *International Journal of Social Welfare, 11(2)*, 120-131.

Marecek, J. (1995). Gender, politics and psychology's ways of knowing. *American Psychologist*, 50, 162-163.

Marín, M.; Infante, E. y Rivero, M. (2002). Presiones internas del ámbito laboral y/o familiar como antecedentes del conflicto trabajo-familia. *Revista de Psicología Social, 17(1)*, 103-112.

Marks, G.N. y Fleming, N. (1999). Influences and consequences of well-being among Australian young people: 1980-1995. *Social Indicators Research, 46(3),* 301-323.

Marks, G.N. y Houston, D.M. (2002). The determinants of young women's intentions abourt education, career development and family life. *Journal of Education and Work, 15(3)*, 321-336.

Martin, R. Y Wallace, J: (1985). Women and unemployment: Activities and social contact. En B. Roberts, R. Finnegan y O. Gallie (Eds.). *New approaches to economic life*. Manchester: Manchester Univ. Press.

Martínez Benlloch, I. y Bonilla Campos, A. (2000): *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad.* Valencia: Universitat de Valencia.

Martins, L.L.; Eddleston, K.A. y Veiga, J.F. (2002). Moderators of the relationship between work-family conflict and career satisfaction. *Academy of Management Journal, 45(2)*, 399-409.

Martire, L.M., Stephens, M.A. y Atienza, A.A. (1997). The interplay of work and caregiving: Relationships between role satisfaction, role involvement, and caregivers' well-being. *Journals of Gerontology: Series B, Psychological and Social Sciences, 52B(5),* S279-S289.

Maslach, C.; Schaufeli, W.B. y Leiter, M.P. (2000). Job burnout. *Annual Review of Psychology, 52*, 397-422.

Matthews, S. y Power, C. (2002). Socio-economic in gradients in psychological distress: A focus on women, social roles and work-home characteristics. *Social Science and Medicine, 54(5)*, 799-810.

Matud, M.P.; García, M y Matud, M.J. (2002). Estrés laboral y salud en el profesorado: un análisis diferencial en función del género y del tipo de enseñanza. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 2(3)*, 451-465.

McBride, A. B. y McBride, W. L. (1999). Women's health scholarship: From critique to assertion. En A. J. Dan (comp.), *Reeframing women's health*. Thousand Oaks: Sage, págs. 3-12.

McCloskey, L.A. (2001). The "Medea complex" among men: The instrumental abuse of children to injure wives. *Violence and Victims, 16(1)*, 19-37.

McCrea, P.H. (1996). Trends in suicide in Northern Ireland 1922-1992. *Irish Journal of Psychological Medicine, 13(1),* 9-12.

McKenna, S. Y Payne, R. (1984). Perceived health during lay off and early unemployment. *Occupational Health, 36,* 201-206.

McKenna, S. Y McEwen, J. (1987). Perceived health during lay off and early unemployment. *Occupational Health, 36,* 201-206.

McLanahan, S. y Adams, J. (1989). The effects of children on adults' psychological well-being: 1957-1976. *Social Forces, 68(1),* 124-146.

McLean, V. (2002). Stress, depression and role conflict in working mothers. *South African Psychiatry Review, 5(2)*, 13-16.

McWhirter, B. T. (1997). Loneliness, learned resourcefulness, and self-esteem in college students. *Journal of Counseling and Development, 75* (6), 460-469.

Mealy, L. (2000). *Sex differences. Developmental and evolutionary strategies*. San Diego, CA: Academic Press.

Merton, R.K. (1949). *Social theory and social structure: Toward the codification of theory and research.* Glencoe, IL: Free Press.

Michelson, L. (1987). Cognitive-bahavioral assessment and treatment of agoraphobia. En L. Michelson y L.M. Ascher (comps). *Anxiety and stress disorders. Cognitive-behavioral assessment and treatmenr*. New York: Guilford Press, págs. 213-279.

Miller, M.L., Moen, P. y Dempster, D. (1991). Motherhood, multiple roles and maternal well-being: Women in the 1950's. *Gender and society, 5(4),* 565-582.

Ministerio de Sanidad y Consumo (1990). *Encuesta Nacional de Salud.* Madrid: Min. San. y Cons.

Minton, H. L. y Schneider, F. W. (1985). *Differential Psychology*. Illinois: Waveland Press.

Moen, P. y Sweet, S. (2002). Two careers, one employer: Couples working for the same corporation. *Journal of Vocational Behavior, 61(3)*, 466-483.

Mor, B. y Levin, A. (2002). Outside of the corporate mainstream and excluded from the work community: A study of diversity, job satisfaction and well-being. *Community, Work and Family, 5(2)*, 133-157.

Moreno, G., Rodríguez,J.M. y Vera,J. (1996). *La participación laboral femenina y la discriminación salarial en España.* Madrid: CES , colección de estudios, nº 29.

Moreno, B.; Rodríguez, R. y Escobar, E. (2001). La evaluación del burnout profesional. Factorialización del MBI-GS. Un análisis preliminar. *Ansiedad y Estrés, 7(1)*, 69-77.

Morrison, T.G., O'Connor, W.E:, Morrison, M.A. y Hill, S.A. (2001). Determinants of psychological well-being among unemployed women and men. *Psychology and Education: An Interdisciplinary Journal, 38(1),* 34-41.

Moyal, B. R. (1977). Locus control, self-esteem, stimulus appraisal, and depressive sympthons in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*, 951-952.

Mruk, C. (1995 / 1998). *Self-esteem: research, theory and practice / Autoestima: investigación, teoría y práctica*. Nueva York / Bilbao: Springer / Desclée de Brouwer.

Muchinsky, P. (2001). *La psicología aplicada al trabajo.* Madrid: Thompson Learning.

Mullis, A. K. y Mullis, R. L. (1997). Vocational interests of adolescents: Realtionships between self-esteem and locus of control. *Psychological Reports, 81- 83* (Pt 2), 1363-1371.

Napholz, L. (1994 a). Sex role orientation and psychological wee-being among working Black women. *Journal of Black Psychology, 20(4),* 469-482.

Napholz, L. (1994 b). Indices of psychological well-being and sex role orientation among working women. *Health Care for Women International, 15(4),* 307-316.

Nathawat, S.S. y Mathur, A. (1993). Marital adjustment and subjective well-being in Indian-educated housewives and working women. *Journal of Psychology, 127(3),* 353-358.

Nelson, D.L. y Burke, R.J. (2002) *Gender, work stress, and health*. Washington, D.C.: A.P.A.

Nicholson, P. (1990). A brief report of women's expectations of men's behaviour in the transition to parenthood: contradictions and conflicts for counseling psychology practice. *Counselling Psychology Quarterly,* 3, 353-362.

Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin, 101*, 259-282.

Nolen-Hoeksema, S. y Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin, 115*, 424-443.

Noor, N.M. (1995). Work and family roles in relation to women's well-being: A longitudinal study. *British Journal of Social Psychology, 34*, 87-106.

Noor, N.M. (1997). The relationships between wive's estimates of time spent doing housework, support and wives' well-being. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 7(5),* 413-423.

Noor, N:M: (2002 a). The moderating effect of spouse support on the relationship between work variables and women's work-family conflict. *Psychologia: An International journal of Psychology in the Orient, 45(1)*, 12-23.

Noor, N.M. (2002 b). Work-family conflict, locus of control, and women's well-being: Tests of alternative pathways. *Journal of social Psychology, 142(5)*, 645-662.

Nordenmark, M. (2002). Multiple social roles-a resource or a burden: Is it possible for men and women to combine paid work with family life in a satisfactory way? *Gender, Work and Organisation, 9(2)*, 125-145.

Novick, N., Cauce, A.M., y Grove, K. (1996). Competence self-concept. En: B.A. Bracken (Ed.), *Handbook of self-concept*. Nueva York: Wiley.

O'Driscoll, M.P. (1996). The interface between job and off-job roles: enhancement and conflict. *International Journal of Industrial and Organizational Psychology, 11*, 279-307.

O'Keefe, A.T. (2002). It's not what mothers do but the reasons that they do it: Mothers' reasons for their employment decisions and mothers' well-being. *Dissertations Abstracts International: Section B: The Sciences and the Engineering, 63(1-B)*, 568.

Olmedo, M.; Santed, M.A.; Jimenez, R. y Gomez, M.D. (2001). El síndrome de burnout: variables laborales, personales y psicolpatológicas asociadas. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología Médica y Psicosomática, 22(3)*, 11-23.

Pancheri, P.; Martini, A., Tarsitani, L.; Rosati, M.V. Biondi, M. y Tomei, F. (2002). Assessment of subjective stress in the municipal police force of the city of Rome. *Stress and Health: Journal of the International Society for the investigation of Stress, 18(3)*, 127-132.

Pantony, K.L. y Caplan, P. (1991). Delusional dominating personality disorder: A modest proposal for identifying some consequences of rigid masculine socialization. *Canadian Psychology*, 32, 120-133.

Parasuraman, S. y Simmers, C. (2001). Type of employment, work-family conflict and well-being: A comparative study. *Journal of Organizational Behavior, 22(5),* 551-568.

Parkers, K.R. (1996). Stress, work and health: The role of individual differences. En A.H. Bittles y P.A. Parsons (Eds.). *Stress: Evolutionary, biosocial and clinical perspectives*. London: MacMillan.

Paterniti, S.; Niedhammer,I.; Lang, T. y Consoli, M. (2002). Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms: Longitudinal results from the GAZEL study. *British Journal of Psychiatry, 181(2)*, 111-117.

Perrewe, P.L. y Carlson, D.S. (2002). Do men and women benefit from social support equally? Results from a field examination within the work and family context. en Nelson, D. L. y Burke, R.J. (Eds.) (2002). *Gender, work, stress and heatlh*. Washington, D.C.: A.P.A., pp101-114.

Pervin, L. A. (1998). *La ciencia de la Personalidad.* Madrid: McGraw-Hill.

Pervin, L. A. y John, O. P (1999). *La Personalidad: Teoría e Investigación.* México: El Manual Moderno.

Pfeiffer, E. (1977). Psychopathology and social psychopatology. En J. Birren y W. Shaie (eds.): *Handbook of the Psychology of Aging.* Nueva York: Reinhold.

Pfost,K.S. y Fiore, M. (1990). Pursuit of nontraditional occupations: Fear of success or fear of not being chosen? *Sex Roles, 23,* 15-24.

Pincus, A. L. (1994). The interpersonal circumplex and the interpersonal theory: Perspectives on personality and its pathology. En: S. Strack y M. Lorr (Eds.), *Differentiating normal and abnormal personality*. New York: Springer.

Platt, S. Y Kreitman, N. (1985). Parasuicide and unemployment among men in Edinburgh 1968-82. *Psychological Medicine, 15,* 113-123.

Preti, A. y Miotto, P. (1999). Suicide and unemployment in Italy, 1982-1994. *Journal of Epidemiology and Community Helath, 53(11),* 694-701.

Prior, P.M. (1999). *Gender and mental health*. New York: McMillan

Qin, P., Agerbo, E., Westergrad-Nielsen, N., Erikson, T y Mortenson, P.B. (2000). Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *British Journal of Psychiatry, 177*, 546-550.

Quiroga, M. A. y Sánchez-López, M. P. (1997). Análisis de la insatisfacción familiar. *Psicothema, 9* (1), 69-82.

Radley, A. (1994). *Making sense of illness. The social psychology of health and disease*. Londres: Sage.

Ralston, D.A. (1989). The benefits of flextime: Real or imagined? *Journal of Organizational Behavior, 10(4)*, 369-373.

Rector, N. A. y Roger, D. (1996). Cognitive style and wellbeing: a prospective examination. *Personality and individual differences, 21*(5), 663-674.

Reisine, S. y Fifield, J. (1995). Family work demands, employment demands and depressive symptoms in women with rheumatoid arthritis. *Women and Helath, 22(3),* 25-45.

Remennick, L.I. (1999). Women of the "sandwich" generation and multiple roles: The case of Russian immigrants of the 1990s in Israel. *Sex Roles, 40(5-6),* 347-378.

Repetti, R.L. y Crosby, F. (1984). Gender and depression: Exploring the adult role. *Journal of Social and Clinical Psychology, 2(1).*

Riley, M., Foner, A., Moore, M. Hess, B. y Roth, B. (1968). *Aging and Society* vol.1. Nueva York: Sage.

Robins, L., Helzer, J.E., Weissman, M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J. y Regier, D.A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives Of General Psychiatry*, 41, 949-967.

Rodin, J. e Ickovics, J.R. (1990). Women's health. Review and research agenda as we approach the 21st century. *American Psychologist*, 45, 1018-1034.

Roehling, P. y Bultman, M. (2002). Does absence make the heart grow fonder? Work related travel and marital satisfaction. *Sex Roles, 46(9-10)*279-293.

Ross, c.E., Mirowsky, J. (1988). Child care and emotional adjustment to wives' employment. *Journal of Health and Social Behavior, 29(2),* 127-138.

Rothbard, N.P. (2001). Enriching or depleting? The dynamics of engagement in work and family roles. *Administrative Science Quarterly, 46(4)*, 655-684.

Ruderman, M.N.; Ohlott, P.J.; Panzer, K. y King, S.N. (2002). Benefits of multiple roles for managerial women. *Academy of Management Journal, 45(2)*, 369-386.

Sánchez Canovas, J. (1996). Aspectos psicológicos de la menopausia. En J. Sánchez Canovas (coor). Barcelona: Ariel, págs. 37-83.

Sánchez-López, M. P. (1997). El estilo psicológico como estudio de la diversidad humana: un ejemplo basado en los estilos de vida. *Revista de Psicología,15* (2), 223-252.

Sánchez-López, M. P. (en prensa). *Mujer y Salud*. Madrid: Díaz de Santos,

Sánchez-López, M. P. y Aparicio García, M.E. (1998). El inventario Millon de estilos de personalidad: su fiabilidad y validez en España y Argentina. *Revista Iberomericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 4* (2), 87-110.

Sánchez-López, M. P. y Díaz Morales (1998). Relaciones entre estilo de vida y satisfacción vital. *Revista de Psicología. 16* (1), 105-121.

Sánchez-López, M. P., y Quiroga, M. A. (1995). Relaciones entre satisfacción familiar y laboral: Variables moduladoras. *Anales de Psicología, 11* (1), 65-78

Sánchez-López y Quiroga, M. A. (1998). Patrones de insatisfacción laboral y atribución de causas. *Revista mexicana de Psicología, 15* (2), 119-130.

Sánchez-López, M. P., Casullo, M. M. y Aparicio García, M.E. (1999). Estilos diferenciales de personalidad en población adulta española y argentina. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica, 4* (1), 37-47.

Sánchez-López, M. P., Aparicio, M. E., Cárdenas, M., Dávila de León, C. y Díaz Morales, J. F. (1996). Relaciones entre Estilo de vida y Satisfacción Vital. *Póster presentado en las IX Jornadas Internacionales de Psicología Clínica y de la Salud. 18, 19, 20 y 21, Noviembre, Murcia.*

Sandín, B. y Chorot, P. (1995). Síndromes clínicos de la ansiedad. En A. Belloch, B. Sandin y M. Ramos (comp.). *Manual de Psicopatología* (vol.2). Madrid: McGraw-Hill, págs. 82-111.

Sarrió, M.; Barberá, E., Ramos, A. y Candela, C. (2002). El techo de cristal en la promoción profesional de las mujeres. *Revista de Psicología Social, 17(2)*, 167-182.

Saurel, M-J., Romito, P., Ancel, P. y Lelong, N. (2000). Unemployment and psychological distress one year after childbirth in France. *Journal of Epidemiology and Community Health, 54(3),* 185-191.

Schaie, W. (1996). *Intellectual Development in Adulthood. The Seattle Longitudinal Study*. Cambridge: Cambridge University Press.

Schumacher, J.A., Feldbau, K.S., Slep, A.M. y Heyman, R.E. (2001). Risk factors for male to female partner physical abuse. *Aggression and Violent Behavior, 6(2-3)*, 281-352.

Schwartzberg, N.S. y Dytell, R.S. (1988). Family stress and psychological well-being among employed and nonemployed mothers. *Journal of social Behavior and Personality, 4*(4), 175-190.

Schwartzberg, N.S. y Dytell, R.S. (1996). Dual-earner families: The importance of work stress and family stress for psychological well-being. *Journal of Occupational Health Psychology, 1*(2), 211-223.

Segerman-Peck,L.M. (1991). *Networking and mentoring. A woman's guide.* London: Judy Piatkus Ltd.

Seppaelae, P. (2001). Experience of stress, musculoskeletal discomfort, and eyestrain in computer-based office work: A study in municipal workplaces. *International Journal of Human Computer Interaction, 13(4)*, 279-304.

Sharpe, D.L.; Hermsen, J.M. y Billings, J. (2002). Gender differences in use of alternative full-time work arrangements by married workers. *Family and Consumer Sciences Research journal, 31(1)*, 78-111.

Shirom, A. (2003). Job-related burnout: A review. En J.C. Quick; L.E. Tetrick (Eds.). *Handbook of occupational health psychology*. Washington, D.C.: A.P.A.

Shopshire, M. S. y Craik, K.H. (1994). The Five Factor Model of personality and the DSM-III-R personality disorders. *Journal of personality disorders*, 8(1), 41-52.

Simon, R.W. (1995). Gender, multiple roles, role meaning, and mental health. *Journal of Health and Social Behavior, 36,* 182-194.

Smit, R. (2002). The changing role of the husband/father in the dual-earner family in South Africa. *Journal of Comparative Family Studies, 33(3)*, 401-415.

Soine, L. (1995). Sick building syndrome and gender bias: Imperiling women's health. *Social Work in the Health Care, 20(3)*, 51-65.

Stenberg, B. Y Wall, S. (1995). Why do women report "sick building symptoms" more often than men? *Social Science and Medicine, 49(4)*, 491-502.

Stephens, M.A. y Townsend, A.L. (1997). Stress of parent care: Positive and negative effects of women's other roles. *Psychology and Aging, 12(2),* 376-386.

Stephens, M.A., Townsend, A.L., Martire, L.M. y Druley, J.A. (2001). Balancing parent care with other roles: Interrole conflict of adult daughter caregivers. *Journals of Gerontology: series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 56B(1)*, 24-34.

Stroeher, S.K. (1994). Sixteen kindergartners' gener-related views of careers. *Elementary School Journal, 95*, 95-103.

Swanson, V. Y Power, K.G. (1999). Stress, satisfaction and role conflict in dual-doctor partnerships. *Community, Work and Family, 2(1),* 67-88.

Tang, T.N. y Tang, C.S. (2001). Gender role internalization, multiple roles, and Chinese women's mental health. *Psychology of Women Quarterly, 25(3)*, 181-196.

Taniguchi, H. (2002). Determinants of women's entry into self-employment. *Social Science Quarterly, 83(3)*, 875-893.

Tavris, C. (1986). *Everywoman's emotional well-being*. New York: Prentice Hall.

Thakar, G. Y Misra, G. (1999). Daily hassles, well being and social support: Experiences of employed women in India. *Psychological Studies, 44(3),* 69-76.

Thomas, S. (2002). The role is the political: Antecedents of gendered choices of elected representatives. *Sex Roles, 47(7-8)*, 343-353.

Thompson, M.S. y Ensminger, M.E. (1989). Psychological well-being among mothers with school age children: Evolving family structures. *Social Forces, 67(3),* 715-730.

Van Vianen, A.E. y Fischer, A.H. (2002). Illuminating the glass ceiling: The role of organizational culture preferences. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 75(3)*, 315-337.

Vandewater, E.A., Ostrove, J.M. y Stewart, A.J. (1997). Predicting women's well-being in midlife: The importance of personality development and social role involvement. *Journal of Personality and Social Psychology, 72,* 1147-1160.

Vasquez, K.; Durik, A.M. y Hyde, J.S. (2002). Family and work: Implications of adult attachment styles. *Personality and Social Psychlogy Bulletin, 28(7)*, 874-886.

Vázquez-Barquero, J.L., García, J., Artal, J., Iglesias, C., Montejo, J., Herrán, A. Y Dunn, G. (1997). Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. *British Journal of Psychiatry*, 170, 529-535.

Veenhoven, R. (1984). *Conditions of happiness*. Dordrecht: Reidel.

Viers, D. y Prouty, A.M. (2001). We've come a long way? An overview of research of dual-career couples' stressors and stregths. *Journal of Feminist Family Therapy, 13(2-3)*, 169-190.

Viinamaeki, H., Hintikka, J., Kontula, O, Niskanen, L y Koskela, K. (2000). Mental health at population level during an economic recession in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry, 54(3),* 177-182.

Villaverde, M.L., García Marco, R., de la Fuente, J. y Benítez, M. (1999). Psychiatric morbidity community survey on urban population of the Island of Tenerife. *European Journal of Psychiatry, 13(3),* 133-143.

Walker, L.O. y Best, M.A. (1991). Well-being of mothers with infant children: A preliminary comparison of employed women and homemakers. *Women and Health, 17(1),* 71-89.

Walters, V. (1993). Stress, anxiety and depression: Women's accounts of their health problems. *Social Science and Medicine*, 36, 93-402.

Warr, P. (1983). Work, jobs and unemployment. *Bulletin of the British Psychological Society, 36,* 305-311.

Warr, P. (1987). *Work, unemployment and mental health*. Oxford: Oxford Science Pub.

Warr, P. Y Parry, G. (1982). Paid employment and women's psychological well-being. *Psychological Bulletin, 9,* 498-516.

Waters, L.E. y Moore, K.A. (2002). Predicting self-esteem during unemployment: The effect of gender financial deprivation, alternate roles and social support. *Journal of Employment Counselling, 39 (4)*, 171-189.

Watkins, S.J. (1982). Recesion and health. The policy implications. Leeds (unpublished manuscript).

Watson, D. C., Clark, L.A. y Harkness, A.R. (1994). Structures of personality and their relevance to Psychopathology. *Journal of abnormal Psychology, 103*(1), 18-31.

Wetsman, M. Y Etzion, D. (1990). The career success/personal failure phenomenon as perceived in others: Comparing vignettes of male and female managers. *Journal of Vocational Behavior, 37,* 209-224.

Wharton, A.S. y Baron, J.N. (1991). Satisfaction? The psychological impact of gender segregation on women at work. *Sociological Quarterly, 32(3),* 365-387.

Widiger, T. A. y Trull, T.J. (1992). Personality and Psychopathology: An application of the Five-Factor Model. *Journal of Personality, 60*(363-393),

Wiggins, J. S. (1996). *Escalas de Adjetivos Interpersonales*. Madrid: Tea.

Winefiled, A.H., Montomery, B., Gault, U., Muller, J., O'Gorman, J., Reser, J. y Roland, D. (2002). The psychology of work and unemployment in Australia today: An Australian Psychological Society discussion paper. *Australian Psychologists, 37 (1)*, 1-9.

Wolfe, B.E. (1984). Gender imperatives, separation anxiety and agoraphobia en women. *Integrative Psychiatry*, Marzo-Abril, 57-67.

Wootton, B.H. (1997). Gender differences in occupational employment. *Monthly Labour Review*, April.

Yandoli, D., Eisler, I., Robbins, C., Mulleady, G. y Dare, C. (2002). A comparative study of family therapy in the treatment of opiate users in a London drug clinic. *Journal of Family Therapy, 24(4)*, 402-422.

Yoder, J. D. (1991). Rethinking tokenism: Looking beyond numbers. *Gender & Society, 5,* 178-192.

Yoder, J.D. (2000). Women and work. En M. Biaggio y M. Hersen (Eds.). *Issues in the psychology of women*. N.Y.: Kluwer Academic/Plenum Pub.

Yoder, J.D. y Schleicher, T.L. (1996). Undergraduates regard deviation from occupational gender stereotypes as costly for women. *Sex Roles, 34,* 171-188.

Youngblut, J. M., Brady, N.R., Brooten, D. y Thomas, D.J. (2000). Factors influencing single mothe's employment status. *Health Care for Women International, 21(2),* 125-136.

Zacarés, J. J. y Serra, E. (1998). *La madurez personal: perspectivas desde la Psicología*. Madrid: Pirámide.

Zimmerman, T-S-., Haddock, S.A. Ziemba,S. y Rust, A. (2001). Family organization labor: Who's calling the plays? *Journal of Feminist Family Therapy, 13(2-3)*, 65-90.

Zuo, J. y Bian, Y. (2001). Genderd resources, division of housework, and perceived fairness- a case in urban China. *Journal of the Marriage and the Family, 63(4)*, 1122-1133.