

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

Estatus laboral, género y salud

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Sara Esteban Gonzalo

Directora

Marta Evelia Aparicio García

Madrid, 2014

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



ESTATUS LABORAL, GÉNERO Y SALUD

Tesis Doctoral

Autora: Sara Esteban Gonzalo
Directora: Marta Evelia Aparicio García

Madrid, 2014

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



ESTATUS LABORAL, GÉNERO Y SALUD

Programa Máster/Doctorado
Mujeres y Salud

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos II
(Psicología Diferencial y Psicología del Trabajo)

“A mis padres y a mi hermana, que me enseñaron que la educación es el arma más poderosa del que una persona puede valerse”.

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas que han colaborado para que este trabajo saliera adelante. En primer me gustaría mostrarle mi profundo agradecimiento a mi directora de tesis, la Dr^a Marta Evelia Aparicio García, por su dedicación, su tiempo, y por la enorme y crucial acogida que mostró hacia mi trabajo desde el primer momento. Sus palabras de ánimos y positivismo han sabido colmar de entusiasmo este trabajo. Su ayuda incluso en los aspectos y fases más engorrosas ha conseguido que no me desviara ni un momento del camino a seguir. Gracias por haber confiado en mí Marta.

Gracias a la Dr^a Virginia Dresch Mohelecke, por haber puesto su confianza en mí desde el primer momento. Su orientación en las primeras fases de este trabajo ha sido crucial para su posterior desarrollo. Sus valiosos consejos y consideraciones me han ayudado a trazar con pulso firme los cimientos de este proyecto.

Gracias a todas aquellas mujeres que han participado en esta investigación, sin cuya ayuda y confianza hubiera sido imposible completar el costoso proceso de recogida de datos. Entre ellas se encuentran las trabajadoras de la Residencia San José de El Burgo de Osma; las trabajadoras de IBM Madrid; el Centro de Formación para Adultos de Delicias y su director, José Manuel; la Asociación de Amas de Casa de La Virgen del Espino de El Burgo de Osma, en especial a su presidenta, Josefa de Pablo; la Asociación de Amas de Casa del municipio de San Leonardo de Yagüe; la Asociación Provincial de Amas de Casa Jimena

de la provincia de Burgos; la Asociación de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios de Madrid, en particular a su presidenta, Ascensión Cerezo, las amas de casa de Vallecas y las amas de casa de la Esperanza; y Alejandra Martínez Catalina junto con todas las mujeres del municipio de El Burgo de Osma. Gracias también a todas aquellas amigas, conocidas y desconocidas que decidieron colaborar en esta investigación mostrando su apoyo y su interés por esta causa.

También me gustaría mostrar mi agradecimiento al Grupo de Investigación de Estilos Psicológicos, Género y Salud (EPSY) perteneciente a la Universidad Complutense de Madrid, dirigido por la Dr^a María del Pilar Sánchez López, por ofrecer la oportunidad de formar a la gente sobre un tema tan importante y necesario en España como lo es el género y la salud.

Qué duda cabe de que, de forma indirecta, son numerosas las personas que me han ofrecido sus ánimos y apoyo haciendo de este trabajo un objetivo en el que yo misma pudiera confiar. Gracias a todas mis amigas, que son muchas. Indudablemente, gracias a mi toda mi familia, en particular a mis padres y a mi hermana, por aplaudir con entusiasmo cada uno de los proyectos en los que me embaucó, y por ofrecerme el apoyo y los ánimos que necesito para llevarlos a cabo.

Por último, me gustaría mostrar mis agradecimientos a todas aquellas personas que cada día ponen su granito de arena para luchar por la igualdad de género en cualquiera de los ámbitos, desde aquellas que trabajan a pie de calle hasta

aquellas que trabajan desde el ámbito de la investigación; gracias a su esfuerzo es posible la construcción de un camino común cuyos cimientos se van afianzando con el paso del tiempo y cuyos valores van calando poco a poco en nuestra sociedad, concretamente dentro de la sociedad española dónde todavía queda tanto camino por recorrer.

ÍNDICE

PARTE I. CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA

Capítulo 1- Introducción	Pág. 17
Capítulo 2- Trabajo	Pág. 25
2.1. El concepto de trabajo.....	Pág. 27
2.2 Género y trabajo.....	Pág. 32
2.2.1. La situación en España.....	Pág. 39
2.2.2. El desempleo.....	Pág. 45
Capítulo 3- Variables psicosociales y género	Pág. 51
3.1. El concepto de género.....	Pág. 53
3.2. ¿Biología o entorno social?.....	Pág. 58
3.2.1. La visión sociológica.....	Pág. 59
3.2.1.1. Masculinidad y feminidad.....	Pág. 59
3.2.1.2. Roles y estereotipos de género.....	Pág. 61
3.2.1.3. Igualdad de oportunidades.....	Pág. 64
3.2.1.4. Clase Social.....	Pág. 66
3.2.2. La visión sociobiológica.....	Pág. 70
3.2.2.1. Identidad de género.....	Pág. 70
3.2.2.2. Comportamientos sexuales dimórficos...Pág.	74
3.2.2.3. Orientación sexual.....	Pág. 76
3.2.2.4. Inteligencia y capacidades cognitivas....	Pág. 78
Capítulo 4- Salud	Pág. 81
4.1. El concepto de salud.....	Pág. 83
4.2. Desigualdades en salud.....	Pág. 87
4.2.1. Mujeres y salud.....	Pág. 91

4.2.2. La salud de las mujeres en España.....	Pág. 98
Capítulo 5- Un modelo explicativo.....	Pág. 111
5.1. Un modelo explicativo.....	Pág. 113
5.2. Trabajo, roles y salud.....	Pág. 117
5.2.1. El trabajo reproductivo.....	Pág. 120
5.2.2. El trabajo productivo.....	Pág. 122
5.3. Inserción laboral.....	Pág. 125
 PARTE II. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA	
Capítulo 6- Método.....	Pág. 133
6.1. Definición del problema.....	Pág. 135
6.1.1. Objetivos.....	Pág. 135
6.1.2. Hipótesis.....	Pág. 136
6.2. Participantes.....	Pág. 144
6.3. Instrumentos.....	Pág. 145
6.4. Procedimiento.....	Pág. 148
6.5. Análisis de datos.....	Pág. 151
Capítulo 7- Resultados.....	Pág. 157
7.1. Análisis descriptivo.....	Pág. 159
7.2. Relación entre estatus laboral y género.....	Pág. 163
7.3. Relación entre estatus laboral y salud.....	Pág. 168
7.4. Relación entre estatus laboral y salud psicológica.....	Pág.171
7.5. Relación entre estatus laboral, género y salud.....	Pág. 174
Capítulo 8- Discusión y conclusiones.....	Pág. 179
8.1. Discusión.....	Pág. 181

8.1.1. Hipótesis 1.....	Pág. 181
8.1.2. Hipótesis 2.....	Pág. 183
8.1.3. Hipótesis 3.....	Pág. 185
8.1.4. Hipótesis 4.....	Pág. 187
8.2. Conclusiones finales.....	Pág. 189
Capítulo 9- Limitaciones y perspectivas futuras.....	Pág. 195
Capítulo 10- Resumen en inglés.....	Pág. 199
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	Pág. 207

PARTE I. CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA

Capítulo 1. Introducción

Capítulo 1. Introducción

Capítulo 1. Introducción

1. Introducción.

Este trabajo tiene sus comienzos en el año 2009, cuando comencé mis estudios de Máster en el programa de Máster/Doctorado de Mujeres y Salud, perteneciente al Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos II, dentro de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Accedí a los estudios de Máster con la ayuda de una beca del Instituto de la Mujer, perteneciente al actual Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Este Máster me facilitó el acceso al programa de Doctorado, a la par que despertó mi interés y curiosidad por continuar esta línea de investigación, fundamentada principalmente por el Grupo de Investigación de Estilos Psicológicos, Género y Salud (EPSY) perteneciente a la Universidad Complutense de Madrid, y dirigido por la Dr^a María del Pilar Sánchez López.

El tema central de esta investigación trata sobre las relaciones que existen entre el estatus laboral, el género y la salud. Este tema no sólo no resulta novedoso, sino que se encuentra abalado por numerosos estudios anteriores que a lo largo de este trabajo se irán especificando. El estudio de las relaciones entre trabajo, género y salud y su complejo nexo de unión desde una perspectiva global se encuentra abalado por el enfoque biopsicosocial, y la necesidad que este enfoque propone acerca de considerar la biología, la psicología y los procesos sociales como factores que afectan de forma conjunta la salud física. Uno de los objetivos era el de enfatizar la importancia de factores socioculturales como en este caso serían el estatus laboral y el género

Capítulo 1. Introducción

como importantes contribuidores para el cuidado de la salud y sus riesgos, y en consecuencia para su posible prevención.

El tema de la igualdad de género no es nuevo aunque sí actual, y se plantea como uno de los objetivos que las sociedades más modernas se marcan para mejorar el estado de bienestar. Si bien es cierto que en las últimas décadas se han acometido grandes avances, todavía queda mucho por recorrer. Las desigualdades de género siguen vigentes en la sociedad a todos los niveles, desde el entorno público y laboral hasta los niveles más íntimos y personales. Dentro de una perspectiva laboral, las desigualdades salariales, el techo de cristal y la segregación por sectores son hechos corroborados. En el ámbito social y personal, se siguen observando grandes diferencias de género que se manifiestan en el día a día de las familias, en el desigual reparto del trabajo reproductivo; estas diferencias alcanzan su punto máximo en el fenómeno de la violencia de género, muy presente todavía en las sociedades actuales.

La salud es, sin lugar a dudas, otro de los ámbitos dónde se manifiestan estas diferencias de género. Las tasas de mortalidad y morbilidad y su valor diferencial entre hombres y mujeres resultan una prueba de ello. La desigual exposición a determinados riesgos predispone tanto a hombres como a mujeres al desarrollo de distintas patologías. Aquí entran en juego factores que van desde lo más estrictamente biológico hasta factores puramente sociales y culturales. El estudio de estos fenómenos es un paso primordial para erradicar las desigualdades en salud, minimizándolas al máximo.

Capítulo 1. Introducción

Este trabajo de investigación también ofrece la posibilidad de hacer especial hincapié en un sector que actualmente tiene tanta importancia dentro de la sociedad española como es el del trabajo. El estudio del estatus laboral, las características que definen los diferentes grupos de mujeres estudiados y las implicaciones que ello tiene para la salud, nos puede ayudar a comprender más de cerca el papel de la mujer en el mercado laboral español, su situación y los problemas a los cuales se enfrenta. Dentro de la actual situación de crisis que atraviesa España, con tasas históricas de desempleo, resulta de especial interés el estudio del desempleo y la forma en la que este afecta a la mujer española, así como las implicaciones que este tiene para la salud.

A través de este estudio se pretende emprender un viaje cuyo recorrido abarca diferentes ámbitos de la vida de la mujer española, comenzando por la situación laboral hasta abarcar diferentes aspectos de su vida íntima como lo son los roles de género, y la forma en la que esto se relaciona con su bienestar físico y mental. Estatus laboral, género y salud se encuentran íntimamente relacionados y mantienen entre ellos un delicado y complejo equilibrio cuya naturaleza será estudiada a lo largo de las páginas de este trabajo.

Esta Tesis Doctoral consta de dos partes, la primera comprende la Contextualización Teórica y la segunda la Investigación Empírica. La Contextualización Teórica está compuesta por cuatro Capítulos, además de esta Introducción, que se refiere al Capítulo 1.

Capítulo 1. Introducción

En el Capítulo 2 se hace una descripción del concepto de trabajo, sus orígenes y su evolución. A continuación se enfoca el trabajo desde una perspectiva de género, hablando aquí del papel de la mujer y su participación en el mercado laboral, así como de la igualdad de oportunidades en el trabajo. Por último, se analiza la situación laboral de la mujer en España, el mercado laboral español, el problema del desempleo y la forma en que éste afecta a las mujeres.

En el Capítulo 3 se habla de género y de sus variables psicosociales. Se ponen aquí en relieve todos los aspectos involucrados en las diferencias de género. Se comienza haciendo una descripción de la perspectiva sociológica y todos los aspectos que la forman hablando de roles y estereotipos, masculinidad y feminidad, igualdad de oportunidades y clase social. Para finalizar se habla de la perspectiva sociobiológica y de la influencia que tienen los factores biológicos en las desigualdades de género en aspectos como la identidad de género, la conducta y orientación sexual y la inteligencia y capacidades cognitivas.

En el Capítulo 4 se habla sobre salud. En primer lugar se plantea el concepto de salud y más adelante se habla de la salud de las mujeres, así como de las diferencias de salud entre hombres y mujeres a nivel global. Para finalizar este capítulo se habla de la salud de las mujeres españolas enumerando las patologías más comunes y los fenómenos que las acentúan.

En el Capítulo 5 se presenta un modelo explicativo que pone en relación los aspectos más destacados de los capítulos anteriores. En este modelo se hace

Capítulo 1. Introducción

especial hincapié en la relación que existe entre factores biológicos, psicológicos y sociales a la hora de explicar los problemas de salud y la interacción entre todos ellos. Este modelo pone de manifiesto la necesidad de poner en práctica un enfoque biopsicosocial que permita estudiar el peso de cada factor en relación a los demás y no de forma individual.

La segunda parte de este trabajo, es decir, la Investigación Empírica, está compuesta por cuatro capítulos. En el Capítulo 6 se describe el método que se ha seguido. En primer lugar se formulan los objetivos y las cuatro hipótesis del trabajo; seguidamente se especifica el origen y las características de los participantes; a continuación se describen los instrumentos empleados para la obtención y el tratamiento de los datos; más adelante se detalla el procedimiento, paso a paso, incluyendo aquí todos los pasos que se han llevado a cabo, y por último, en el análisis de datos, se especifican las técnicas y análisis estadísticos a través de los cuáles se han analizado los datos obtenidos anteriormente.

En el Capítulo 7 se presentan los resultados obtenidos. Se comienza exponiendo los resultados del análisis descriptivo, caracterizando la muestra en cuanto a las variables estudiadas y de interés. A continuación se plantean los resultados de la Hipótesis 1, haciendo referencia a la relación que existe entre las variables de estatus laboral y rol de género femenino. Seguidamente se exponen los resultados de la Hipótesis 2, referente a la relación que existe entre el estatus laboral y la salud autopercebida. Más adelante se describen los resultados de la Hipótesis 3, es decir, los resultados del análisis entre el estatus

Capítulo 1. Introducción

laboral y la salud psicológica. Por último se incluyen los resultados de la Hipótesis 4, que trata sobre la relación que existe entre el género y la salud, y el efecto moderador del estatus laboral entre estas dos variables.

En el Capítulo 8 se exponen la discusión y las conclusiones extraídas de los resultados citados en el capítulo anterior, tanto de forma individual como desde una perspectiva global. Por último se presenta el Capítulo 9 donde se plantean las posibles limitaciones del estudio y se sugieren ciertas perspectivas futuras de cara a las conclusiones extraídas anteriormente.

Capítulo 2. Trabajo.

2. Trabajo.

En este Capítulo se pretende hablar de trabajo encuadrándolo dentro una perspectiva de género. Para ello, se hace una descripción del concepto de trabajo y de su situación actual para, posteriormente, relacionarlo con el género. Partiendo de los conceptos de trabajo y género, se han analizado fuentes nacionales e internacionales, tanto de revistas científicas como de informes públicos, con información reciente sobre la materia.

2.1. El concepto de trabajo.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define al trabajo como el conjunto de actividades humanas, remuneradas o no, que producen bienes o servicios en una economía, o que satisfacen las necesidades de una comunidad o proveen los medios de sustento necesarios para los individuos. El empleo es definido como el trabajo efectuado a cambio de pago (salario, sueldo, comisiones, propinas, pagos a destajo o pagos en especie), sin importar la relación de dependencia (si es empleo dependiente-asalariado, o independiente-autoempleo). Trabajo decente es un concepto que busca expresar lo que debería ser, en el mundo globalizado, un buen trabajo o un empleo digno. (OIT, 2003).

El término trabajo se deriva del latín vulgar, *tripaliarse*, y tiene diferentes significados: aplicarse con desvelo física o mentalmente en la ejecución de

Capítulo 2. Trabajo

alguna cosa o por conseguir algo; ocuparse en algún ejercicio o ministerio como función propia o como medio para ganarse la vida; obligarse con empeño en la ejecución de alguna cosa, etc. Siempre supone la adherencia de esfuerzo más o menos molesto (Rüsell, 1976).

Según Hellpach (1925 citado en Rüsell, 1976) trabajo haría referencia a toda actividad progresiva, tensa y ordenada, que sirve para la producción, obtención, transformación, distribución o utilización de los bienes materiales y espirituales. Esta definición estaría más orientada al resultado del trabajo que al proceso y sus impulsos (Rüsell, 1976). En oposición a esta, Giese (1932 citado en Rüsell, 1976) sitúa el trabajo dentro de un marco más reciente, haciendo hincapié en el proceso de creación que conlleva, y lo define como un fenómeno de la época, que corresponde a una actividad encauzada hacia metas culturales condicionadas por la profesión a través del individuo y la comunidad, que crece sobre una base de energía tanto biológica como tecnológica, pero que sigue una directriz teleológica.

En psicología del trabajo, la palabra trabajo se emplea para referirse al ser humano, limitándose a este como actividad, y su significado varía según las relaciones del mismo como un proceso. Bajo el concepto de trabajo se unen diversos rasgos: el esfuerzo presente, los productos y situaciones obtenidos mediante este esfuerzo, las técnicas y orientaciones de trabajo eficaces ya en otros anteriores y las tareas realizadas ahora y después para la obtención de productos (Rüsell, 1976).

Capítulo 2. Trabajo

En la antigua Grecia, el concepto de trabajo aparece vinculado al hogar, a la vida familiar, a la vida religiosa y a otras muchas actividades de los ciudadanos. La representación del trabajo va más allá de una actividad para satisfacer las necesidades materiales; se considera un acto religioso. Se apela a la religión y la magia para ganarse la vida a través de los recursos naturales (Applebaum, 1992). Muchos siglos después, en la era medieval, el concepto de trabajo sigue vinculado a la religión, en este caso a la religión cristiana. Los hombres trabajan para Dios y para someter a todas las criaturas de la tierra, la obligación del hombre es mantener y completar la creación de Dios. Aquí entra en juego por primera vez el papel de la tecnología, que se presenta como vehículo para alcanzar estos objetivos. De esta forma, el vínculo entre la religión cristiana y la tecnología, y más adelante de la tecnología con el progreso, resultan claves para formar el concepto de trabajo moderno (Applebaum, 1992).

El concepto de trabajo en las sociedades modernas tiene su origen en el surgimiento de una nueva mentalidad con respecto al trabajo que surgió en el Occidente Europeo del S. XVII, en medio de las transformaciones socio-políticas que dieron lugar al mundo moderno. Acontecimientos como el ascenso progresivo de la burguesía, el Estado Moderno, la Reforma Protestante, la Nueva Ciencia y la filosofía moderna fueron decisivos para este cambio (Durán, 2006). Esta mentalidad, y el modo en el que se percibe el mundo, no se derivan directamente de los intereses materiales, pero estos intereses intervienen indirectamente en las actividades humanas (Weber, 1998). Los acontecimientos de la época distancian al hombre del mundo que

Capítulo 2. Trabajo

compartía con sus semejantes en virtud de un deseo permanente de transformarlo mediante su esfuerzo, e incrementar así la riqueza material a disposición de la especie humana (Arendt, 1998). Hobbes (2007) piensa que la abundancia depende meramente del trabajo y de los hombres, con la ayuda y el favor de Dios. Locke (2006) dará un paso más en esta misma dirección y considerará que el trabajo es una actividad humana que aporta valor a la mayor parte de los objetos de la naturaleza, y por tanto debe ser el origen de la propiedad. Más adelante, Durkheim (1966) plantea la necesidad de incorporar los valores del Socialismo y del Liberalismo a las sociedades de mercado, y propone que no es el crecimiento económico el responsable de los problemas que afectan a la sociedad, sino la falta de correspondencia entre este crecimiento económico y el conjunto de normas morales que toda colectividad necesita para mantenerse integrada.

El discurso de Durkheim legitima las actuales sociedades de mercado, vinculando el trabajo con los conceptos de progreso, igualdad, libertad y justicia social. El orden social depende así en gran medida de si los individuos perciben que sus posiciones sociales se corresponden más o menos con sus capacidades y méritos laborales (Durán, 2006). En la actualidad, si algo caracteriza a estas sociedades es la falta de trabajo y el incremento de la precariedad laboral. Nos enfrentamos con la perspectiva de una sociedad de trabajadores sin trabajo (Arendt, 1998).

La noción de trabajo decente dada a conocer por primera vez como tal en la 87ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo celebrada en 1999

Capítulo 2. Trabajo

expresa amplios y variados aspectos que conocemos y manejamos hoy en día (Ghai, 2003). El trabajo decente es aquel que dignifica y permite el desarrollo de las propias capacidades, que respeta los principios y derechos laborales fundamentales, que permite un ingreso justo y proporcional al esfuerzo realizado, sin discriminación de género o de cualquier otro tipo, con protección social incluyendo el diálogo social y el tripartismo (OIT, 1999).

La OIT (1999) destaca cuatro elementos significativos de este concepto: el empleo, la protección social, los derechos de los trabajadores y el diálogo social. El empleo abarca todas las clases de trabajo y tiene facetas cuantitativas y cualitativas; aquí se incluyen trabajadores asalariados, trabajadores autónomos, trabajadores a domicilio y aspectos como la remuneración, la seguridad en el trabajo y las condiciones de salubridad. La protección social hace referencia a la seguridad social y la seguridad de ingresos, aun cuando dependan de la capacidad y del nivel de desarrollo de cada sociedad. Los derechos fundamentales de los trabajadores se refieren a la libertad de sindicación y a la erradicación de la discriminación laboral, del trabajo infantil y del trabajo forzoso. El diálogo social se fundamenta en el derecho de los trabajadores a exponer sus opiniones, defender sus intereses y entablar negociaciones con los empleadores y las autoridades sobre los asuntos relacionados con la actividad laboral.

La igualdad en el trabajo es un punto de partida estratégico para erradicar la desigualdad social. Tanto el origen como la solución de la discriminación social

se hallan en el mercado laboral y sus instituciones, así como en cualquier otra institución social (OIT, 2003).

2.2. Género y trabajo.

A lo largo del último siglo, hemos asistido a un gran cambio en la estructura y la distribución del trabajo. La incorporación de las mujeres al mercado de trabajo es un hecho claro, evidente y corroborado en la sociedad actual (McDowell, 1997). A lo largo del pasado cuarto de siglo más mujeres que nunca comienzan a trabajar fuera de sus hogares; una nueva ola de mujeres feministas empieza a poner en duda de esta forma la antigua brecha entre hombres y mujeres (Milkman, 1987). Sin embargo, esta creciente participación queda extremadamente lejos todavía de la igualdad de oportunidades en el empleo y en la banda salarial (McDowell, 1997). Este fenómeno data su primer y tímido comienzo durante la segunda guerra mundial, cuando se produce una integración masiva de mujeres que ocupan puestos de trabajo en el sector industrial, anteriormente desempeñados por hombres. Más adelante, este hecho se normaliza como forma de garantizar un doble sustento a los hogares (Milkman, 1987).

Las investigaciones sobre género y trabajo se originan en la década de los sesenta con la intención de analizar la participación de las mujeres en el desarrollo, en el marco de disciplinas como la sociología, la antropología y la economía. El proceso de urbanización, las migraciones del campo a la ciudad, la configuración del nuevo orden económico mundial y la creciente

Capítulo 2. Trabajo

industrialización apelan a la necesidad de una mayor participación femenina fuera del hogar (Arango, 1997). La expansión de la tecnología abre el mercado de trabajo hacia una mano de obra más heterogénea, que incluye tanto hombres como mujeres con diferentes niveles de cualificación (Quintero Ramírez, 1990). Muchos estudios empiezan así a preocuparse por el impacto que tiene la división sexual del trabajo en las empresas, los segmentos ocupacionales en base al género y la calificación y descalificación de la mano de obra femenina (Arango, 1997).

En la actualidad, la combinación del efecto del desarrollo económico, el aumento de la educación entre las mujeres y la disminución de la fertilidad explican en gran parte el incremento de las mujeres en el mercado de trabajo (*World Development Report*, 2012). Sin embargo, la situación no ha avanzado significativamente. Hoy en día, las mujeres todavía tienen una menor participación, mayores tasas de desempleo y diferencias salariales significativas en comparación con los hombres. Las influencias sociales y culturales respecto al tipo de trabajo siguen vigentes, dando como resultado la segregación en el empleo (*International Labour Office*, 2004).

La OIT (2007, p. 9) define la discriminación como “cualquier distinción, exclusión o preferencia basada en motivos de raza, color, sexo o religión, opinión política, ascendencia nacional u origen social que tenga por efecto anular o alterar la igualdad de oportunidades o el trato en el empleo y la ocupación”. Se entiende por discriminación todo trato diferenciado y menos favorable de determinadas personas en razón de cualquiera de las

Capítulo 2. Trabajo

características antes mencionadas, sin perjuicio de su capacidad para cumplir los requisitos correspondientes al puesto de trabajo. La discriminación puede manifestarse cuando se busca un trabajo, en el empleo o al dejar este último (OIT, 2007).

La discriminación en el trabajo constituye una violación de los derechos humanos que entraña un derroche de talento y efectos perjudiciales en la productividad y el crecimiento económico. En los planos social y económico genera desigualdades que debilitan la cohesión y la solidaridad sociales, además de dificultar la reducción de la pobreza. La eliminación de la discriminación, tanto en la legislación como en la práctica, presupone ineludiblemente promover la igualdad de oportunidades y de trato (OIT, 2007).

La igualdad de oportunidades debe proporcionar garantía de imparcialidad y equidad, un apoyo legislativo y el acceso de todos los colectivos y grupos sociales a un puesto de trabajo (García-Izquierdo y García-Izquierdo, 2007). Los hombres siguen ocupando en mayor medida posiciones directivas y las mujeres menos cualificadas en todo tipo de sectores (Messing, Dumais, Courville, Seifert y Boucher, 1994). El trabajo que realizan las mujeres es más exigente, menos participativo, con mayor acoso sexual y moral, con menor salario, con menos perspectivas de promoción y con más precariedad laboral (Paoli y Merllié, 2001).

Uno de los enfoques que en el Informe de la 96ª Conferencia Internacional del Trabajo (2007) se proponen para lograr la igualdad en el trabajo consiste en

Capítulo 2. Trabajo

complementar las medidas tradicionales de lucha contra la discriminación, así como la adopción de leyes coherentes y exhaustivas, la instauración de mecanismos eficaces de ejecución y la creación de organismos especializados en esta esfera, con instrumentos programáticos, como políticas dinámicas de mercado de trabajo.

El crecimiento económico en general y en especial de determinados sectores como el textil y los trabajos manuales, el aumento de la educación entre mujeres y los cambios en la constitución de la familia –incremento de la edad del matrimonio, disminución de la fertilidad y regulación de derechos entre hombres y mujeres en la paternidad- han aumentado las posibilidades de empleo en mujeres (WDR, 2012). Estos datos se observan en la Tabla 2.1.

Tabla 2.1- Avances recientes en la participación femenina en el mercado de trabajo. Porcentaje de participación de hombre y mujeres.

	1980	2009
Hombres	78%	82%
Mujeres	50%	52%

(Fuente: *World Development Indicators* 2011)

Una forma de discriminación entre hombres y mujeres es la segregación en el empleo o segregación horizontal. Este tipo de segregación hace referencia a que mujeres están concentradas en sectores más feminizados como la enfermería y la docencia (ILO, 2004); sectores a su vez más relacionados con el rol tradicional de la mujer como cuidadora de la casa y responsable de la

Capítulo 2. Trabajo

educación de los hijos (Corrigall y Konrad, 2007). En los campos relacionados con la ciencia, la tecnología, la ingeniería y las matemáticas, la participación de las mujeres es mucho menor, en la mayoría de países y culturas en el mundo (Bystydzienski, 2009).

Las mujeres que escogen sectores menos tradicionales tienen más posibilidades de sufrir aislamiento, discriminación, acoso sexual, acceso limitado a la ayuda de un tutor o superior y ausencia de modelos de rol femeninos (ILO, 2004). Factores como las posibilidades de acceso, los valores, la motivación, el autoconcepto, los intereses personales y la competitividad resultan claves para la inclusión de mujeres en estos sectores (Bystydzienski, 2009).

El trabajo formal se concentra en los sectores más feminizados. En la mayoría de los países las mujeres tienen mayores posibilidades de acabar dedicándose a actividades de baja productividad, así como al trabajo en casa no remunerado o al trabajo informal. Estos patrones de segregación por género de la actividad económica cambian en los países desarrollados pero no desaparecen (WDR, 2012).

A continuación, se pueden observar las estimaciones (WDR, 2012) de los porcentajes de hombres y mujeres ocupados en diferentes sectores económicos, apreciando la segregación de género en cada sector.

Capítulo 2. Trabajo

Tabla 2.2- Distribución de hombres y mujeres en diferentes sectores.

	Hombres	Mujeres
Servicios de Comunicación	16%	31%
Retail, Hostelería y Restauración	17%	21%
Manufacturación	12%	13%
Negocios y Finanzas	4%	4%
Electricidad, Gas, Steam y Agua	1%	0,5%
Mining	2%	0,5%
Transporte y Telecomunicaciones	7%	2%
Caza, agricultura, etc.	29%	27%
Construcción	11%	1%
Todos Sectores/Ocupaciones	100%	100%

(Fuente: *World Development Report*, estimaciones del equipo basadas en la Organización Internacional del Trabajo 2010, en 77 países).

Tal y como se puede observar en la Tabla 2.2, las mujeres están altamente concentradas en determinados sectores de trabajo que, por lo general, están peor pagados. Se observa una gran participación de las mujeres en el sector servicios (administración pública, salud, educación, etc.) y en el sector de hostelería y restauración. Esto pone en evidencia las significativas diferencias sistemáticas entre los tipos de trabajo, los sectores que se ocupan, los tipos de industria, la ocupación y las firmas en las que trabajan hombres y mujeres (WDR, 2012).

Capítulo 2. Trabajo

También hablamos de segregación al observar las diferencias entre hombres y mujeres en el número de cargos directivos. Este fenómeno se denomina segregación vertical (ILO, 2004). La segregación vertical, al igual que la de tipo horizontal, se constituye persistentemente como un tipo más de segregación laboral hacia las mujeres en los mercados de trabajo de los países desarrollados (Iglesias y Llorente, 2010). Si bien existen países como Noruega donde la participación de las mujeres en puestos directivos es del 40% debido a una cuota impuesta, hay otros muchos países donde esta tasa no llega ni al 2% como por ejemplo Japón, Jordania, Corea, Qatar, Arabia Saudí y Emiratos Árabes Unidos (WDR, 2012). Se sabe que la concentración del empleo femenino en determinados puestos de trabajo tiene efectos negativos para la productividad, sin embargo, esto parece no ser suficiente (Amuedo-Dorantes y De la Rica, 2006).

Por una parte, se asiste a una mayor presencia de la mujer en los mercados de trabajo, pero por la otra existen indicios de que la segregación está aumentando, o al menos ha interrumpido la tendencia de reducción (Iglesias y Llorente, 2010). Factores como el desigual uso del tiempo (las mujeres deben atender las tareas del hogar y las tareas reproductivas con prioridad), el acceso a la producción, el impacto de los mercados, las trabas institucionales o las diferencias en la trayectoria educativa, condicionan las decisiones de hombres y mujeres a la hora de elegir u optar a un trabajo (WDR, 2012). Las mujeres más cualificadas tienden a ocupar puestos poco estratégicos, que además tienen un menor valor en términos de destrezas y requerimientos (ILO, 2004).

Capítulo 2. Trabajo

Otro de los componentes de estas desigualdades de género en el trabajo sería las diferencias en ganancias y productividad, que persisten de forma sistemática en todos los tipos de actividad económica (Amuedo-Dorantes y De la Rica, 2006). En la mayoría de países las mujeres que se dedican a trabajos manuales y artesanales ganan menos que los hombres; en agricultura, las granjas gestionadas por mujeres tienen menor número de campos y las mujeres emprendedoras tienen negocios menos productivos que sus compañeros masculinos. En las áreas urbanas de la Europa del Este, Asia Central, Latino América y África Subsahariana, el valor añadido por trabajador es menor en firmas gestionadas por mujeres. Lo mismo sucede en Bangladesh, Etiopía, Indonesia y Sri Lanka, donde las diferencias en rentabilidad de negocios regentados por mujeres y hombres son significativas. En general, las empresas regentadas por mujeres son menos rentables y tienen precios y salarios más bajos (WDR, 2012). En cuanto a salarios, existen grandes y conocidas diferencias entre hombres y mujeres; los sectores típicamente ocupados por mujeres son menos valorados económicamente así como los tipos de trabajos que realizan y sus características (Groshen, 1991; MacPherson y Hirsch, 1995).

2.2.1. La situación en España.

A lo largo de cuatro décadas de la dictadura conservadora que se prolonga hasta 1975, España vive una fuerte influencia de la iglesia católica que hace recaer el cuidado de la familia en las mujeres. Con la llegada de la democracia el estado de bienestar experimenta un gran desarrollo, sin embargo España

Capítulo 2. Trabajo

todavía conserva varias características heredadas de aquel período, con una notable división sexual del trabajo que asigna a las mujeres un papel central en el hogar y a los hombres en el trabajo remunerado (Navarro y Shi, 2001).

Aunque en los últimos años ha aumentado significativamente la incorporación de las mujeres españolas al mercado de trabajo (Iglesias y Llorente, 2010) su situación está muy lejos todavía de otros países de la Unión Europea (UE). Mientras que en 2010 la tasa de actividad femenina en la UE era del 58.2%, en España se situaba en el 52.3%, porcentaje más parecido a otros países mediterráneos de la UE como Grecia (48.1%) e Italia (46.1%), y muy lejos de países como Suecia (70.3%) o Dinamarca (71.1%) (*Fifth European Working Conditions Survey*, 2012).

Como en otros países desarrollados, en España existe una segregación horizontal del mercado de trabajo, es decir, hombres y mujeres trabajan en sectores de actividad económica diferente (Amuedo-Dorantes y De la Rica, 2006; De la Rica, 2007; Iglesias y Llorente, 2010) reproduciendo ellas el papel tradicional de responsable del mantenimiento de la familia y del hogar, por ejemplo en actividades como la enseñanza, la sanidad y el servicio doméstico (Artazcoz, Escribà-Agüir y Cortès, 2004). Según la Encuesta de Población Activa 2010 (EPA) el sector que más ocupan las mujeres es el sector servicios (78.02%) mientras que el porcentaje de hombres que trabajan en este sector es mucho menor (53.24%). Sin embargo, sucede lo contrario en sectores como la industria, donde las mujeres ocupan el 6.95% y los hombres el 16.83%; o en la

Capítulo 2. Trabajo

agricultura con un 2.82% de mujeres frente a un 5.63% de hombres. Estos resultados se observan en la Tabla 2.3.

Tabla 2.3- Porcentaje de población activa por sexo y sector de actividad.

	Mujeres	Hombres
Servicios	78.02 %	53.24 %
Agrario	2.82 %	5.63 %
Industria	6.95 %	16.83 %
Construcción	1.51 %	15.62 %
No clasificables	10.68 %	8.67 %

(Fuente: Encuesta de Población Activa 2010)

Además de la segregación horizontal, existe una clara segregación vertical por la cual los puestos de trabajo de categoría superior están ocupados por miembros de grupos privilegiados, en este caso hombres (Artazcoz, Escribà-Agüir et al., 2004; De la Rica, 2007; ILO, 2004). Dentro de la UE, el porcentaje de mujeres que ocupan cargos directivos es de tan solo un 31%, siendo en el caso de los hombres de un 69% (FEWCS, 2012). En España, encontramos un porcentaje de 73.25% de hombres con cargos directivos frente a un 26.75% de mujeres (EPA, 2010).

Además de la segregación en cuanto a categoría, está la brecha salarial entre hombres y mujeres. En la UE los hombres ganan de media un 15% más que las mujeres por hora de trabajo. La situación es peor en el sector privado donde las diferencias entre hombres y mujeres son del 19% frente al 10% en el sector

Capítulo 2. Trabajo

público. Estas brechas salariales son mayores según aumenta el nivel de estudios. En España, la ganancia media femenina que suponía en 1994 un 90% de la de los hombres, en cuatro años pasó al 86%, la mayor caída de la UE y el único país de la UE donde aumentaron las diferencias de género junto a Austria. Esta tendencia parece seguir aumentando (*European Commission*, 2001).

La precariedad laboral es otro de los componentes de las desigualdades entre hombres y mujeres en el trabajo. El paro y la contratación temporal están muy relacionados con la precariedad laboral (Artazcoz, Escribà-Agüir et al., 2004). España es en 2010, con diferencia, el país donde más tasa de desempleo hay, con un 20.1%, duplicando la media europea que se sitúa en un 9.6%. A pesar de que en la tasa de desempleo no hay grandes diferencias entre hombres (20.5%) y mujeres (19.7%), sí que las hay en la tasa de contratación temporal, que en hombres es del 23.9%, frente a un 26.1% en mujeres, cifras que superan ampliamente la media de la UE (13.4% en hombres y 14.6% en mujeres). Además, el porcentaje de trabajadores a media jornada supone un 23.2% en mujeres mientras que en hombres es sólo de un 5.4% (FEWCS, 2012).

Dada la segregación en el mercado laboral, hombres y mujeres están expuestos a riesgos diferentes: ellos más a los de naturaleza física, productos tóxicos o derivados de la manipulación manual de cargas; ellas, a un entorno psicosocial más adverso (Artazcoz, Escribà-Agüir et al., 2004). Las mujeres que sufren estrés derivado del trabajo son un 29.8% comparado con un 26.6%

Capítulo 2. Trabajo

de hombres. En cuanto a depresión asociada al trabajo la cifra en mujeres es del 6.9% mientras que en hombres es de un 4.4%, siendo esta estadísticamente significativa (Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, 2007).

Las mujeres tienen menos oportunidades de promocionar profesionalmente, lo cual es consistente con una menor proporción de mujeres con trabajadores a su cargo. Si bien el porcentaje de mujeres que ocupan puestos altos con asalariados a su cargo es del 7.10%, en hombres este porcentaje es del 3.5%, es decir, menos de la mitad (EPA, 2010).

En cuanto al trabajo doméstico, los hombres dedican mucho menos tiempo que las mujeres al trabajo doméstico, independientemente de si ellas están empleadas o no. Entre las personas ocupadas casadas o que viven en pareja, el tiempo de trabajo en el hogar es muy superior en las mujeres y aumenta linealmente con el número de personas en el hogar (Artazcoz, Escribà-Agüir et al., 2004).

Una de las estrategias más habituales en países desarrollados para conciliar la vida social y familiar es el trabajo a tiempo parcial; sin embargo, además de estar muy poco extendido en España, esta sigue siendo una estrategia sólo para mujeres, cuyo porcentaje es del 23.2%, mucho menor que el de los hombres, que sólo supone un 5.4%, como ya se señaló anteriormente (FEWCS, 2012). No parece que el trabajo a tiempo parcial sea la mejor forma de alcanzar la igualdad de género; el empleo a tiempo parcial se concentra en

Capítulo 2. Trabajo

un pequeño número de ocupaciones que habitualmente suponen tareas más monótonas, con menos oportunidades para aprender y desarrollar las habilidades, y peor pagado, no solo en términos de sueldo mensual, sino en precio por hora (Paoli y Merllié, 2001). Adicionalmente, trabajar a tiempo parcial lleva consigo una reducción del salario y la limitación de la carrera profesional, la reducción de la cuantía de las pensiones de jubilación o la disminución de la presencia de mujeres en la esfera pública y, por tanto, en los ámbitos de toma de decisiones, lo cual significa que sus necesidades y puntos de vista continúan ausentes en los ámbitos de decisión políticos y económicos (Artazcoz, Escribà-Agüir et al., 2004).

El apoyo informal es uno de los recursos más extendidos para el cuidado de los hijos menores; este apoyo informal viene dado en su mayoría por parte de los abuelos, en especial de la abuela materna (Artazcoz, Escribà-Agüir et al., 2004). Según un informe realizado por la Unidad de Igualdad de Oportunidades de la UE se sabe que aunque hay países en los que está aumentando gradualmente el papel de los servicios más formales, en la mayoría de los estados miembro de la UE la red informal sigue siendo el sistema más empleado de atención de los hijos mientras los padres están fuera. La excepción son los países nórdicos, donde los servicios financiados públicamente son los más utilizados en estos casos (Deven, Inglis, Moss y Petrie, 1998).

El incremento del acceso a la educación de las mujeres, a los servicios de apoyo a la maternidad, a las oportunidades económicas y a los sistemas de

justicia; así como la promoción de medidas contra la violencia de género y la desigualdad, son puntos estratégicos para el cambio (ILO, 2004; WDR, 2012).

2.2.2. El desempleo.

El concepto de desempleo ha sufrido muchos cambios a lo largo de la historia. La evolución terminológica refleja la evolución de la condición estructural de los desempleados, pero al mismo tiempo la evolución del pensamiento social y político (Pugliense, 2000). En la actualidad, la ILO (1987) define el desempleo como un término que incluye a todas las personas mayores de determinada edad (varía según cada país) que se encuentran durante un período de tiempo determinado sin trabajo, es decir, sin trabajar ni por cuenta ajena ni por cuenta propia; disponibles para trabajar en la actualidad, es decir, disponibles para ejercer un trabajo bien por cuenta ajena o por cuenta propia; y buscando de una forma activa para encontrarlo. La condición de desempleo queda entonces definida por tres dimensiones: la de no trabajar, la de estar disponible para aceptar un empleo y la de esforzarse por buscarlo (Pugliense, 2000).

La reciente crisis mundial está pasando una enorme factura al empleo en todo el mundo, asentando el golpe más duro a las economías avanzadas, que se recuperan más lentamente que las economías emergentes y en desarrollo (Morsy, 2012). La UE se enfrenta ahora a una amplia tasa de desempleo; según datos de 2010, la tasa media es de un 9.6%, variando desde un 20.1% en España hasta un 4.4% en Austria en incluso un 3.5% en Noruega (FEWCS, 2012).

Capítulo 2. Trabajo

Desde el estallido de la crisis mundial de 2008 el desempleo juvenil se dispara en relación al de los adultos, además, ciertos factores estructurales como en el caso de Europa, han exacerbado el problema. Justo antes de la crisis la tasa media de desempleo juvenil en las economías avanzadas era del 13%, pero en Grecia e Italia rebasaba el 20%; en los Países Bajos y Japón era de menos del 10% y en Estados Unidos en torno al 10%. Desde 2008, el desempleo juvenil ha aumentado. En Estados Unidos sube a más del 18%, y en Italia y Suecia se sitúa alrededor del 25%. El mayor aumento se produce en España, donde se duplica, de menos de 20% en 2008 a casi 40% en 2011 (Morsy, 2012).

El marco en el que ahora España se encuentra inmersa se define por fuertes recortes en el presupuesto, huelgas generales, austeridad profunda, recesión, desempleo e ingresos fiscales que caen a su mayor déficit (Maldonado, 2012). En el marco de esta situación, se ha producido un gran flujo migratorio que muchos asemejan a la gran emigración de los años 60, cuando alrededor de millón y medio de españoles se trasladaron a Europa, con la diferencia de que en la actualidad la salida del país está protagonizada por los jóvenes más formados (González, 2012).

Debido al aumento dramático de la construcción de nuevas viviendas, la construcción daba empleo al 7% del 13% del empleo total en España. Cuando los precios comenzaron a caer y se detuvo la demanda de la vivienda, el desempleo se disparó a un 10%. Esta perspectiva se extiende a lo largo del

Capítulo 2. Trabajo

mercado de trabajo español, en el que la tasa de desempleo sube en Abril de 2012 al 24.44%, el nivel más alto en el país en 18 años (Maldonado, 2012).

El problema del desempleo parece especialmente complicado entre los jóvenes. En España, el 40% de los jóvenes han estado buscando empleo durante más de doce meses y la creciente frustración ha llevado a muchísimos de ellos a abandonar la búsqueda. Además, se habla de una generación marcada por los elevados costos económicos y sociales que ello supone: pobreza intergeneracional, exclusión social y falta de oportunidades que puede desembocar en violencia y delincuencia juvenil (Morsy, 2012).

Resulta evidente que el desempleo ataca de forma particular a los sectores sociales más desfavorecidos. Estaríamos hablando en este caso de inmigrantes, braceros subempleados, trabajadores precarios y centenares de jóvenes más o menos escolarizados (Pugliense, 2000). En el caso de muchas mujeres, sus puestos de trabajo han sufrido acuerdos privados con consecuencias muy negativas: dobles y triples jornadas de trabajo, externalización de parte de los trabajos domésticos y cuidados realizados en condiciones especialmente precarias por mujeres pobres y cada vez más a menudo por mujeres inmigrantes (Larrañaga, 2009).

De alguna forma, parece que en España el desempleo ha afectado más a hombres que a mujeres. La crisis ha golpeado de forma particularmente intensa a sectores como el de la construcción y el automovilístico, sectores muy masculinos. Por esta razón, el desempleo ha aumentado más en hombres que

Capítulo 2. Trabajo

en mujeres, aumentando también la feminización de la ocupación laboral (Larrañaga, 2009). Sin embargo, las previsiones no son muy optimistas. En el informe de Tendencias Mundiales del Empleo de las Mujeres, se cree que la crisis dejará en paro a 51 millones de personas en el mundo de las que 22 millones son mujeres, incidiendo mucho en sectores de exportación como la electrónica o el textil, este último con un 80% de empleo femenino (OIT, 2009).

Otra cara de la crisis sería la crisis del cuidado, que precede desde hace ya tiempo a la crisis financiera y económica. Debido principalmente a la creciente privatización de los servicios sociales y a sus costes asociados, la carga del cuidado se ha transferido persistentemente hacia el hogar, y dentro de él, hacia las mujeres. A medida que los gobiernos van reduciendo su rol en la economía del cuidado, las familias y los individuos golpeados por la crisis encontrarán cada vez más difícil pagar por el cuidado en el mercado (Raaber, 2009).

A continuación se presentan la evolución de las cifras de paro en España:

Tabla 2.4- Evolución de parados en España disgregados por sexo.

	2007	2009	2011
Hombres	879.2	2392.5	2840.1
Mujeres	1048.3	1934.0	2433.6

(Fuente: Encuesta de Población Activa, cuarto trimestre de 2007, 2009 y 2011.)

Tal y como se puede observar en la Tabla 2.4 (EPA 2007, 2009, 2011) la evolución de las cifras de paro en España es desigual en hombres y mujeres. A

Capítulo 2. Trabajo

finales de 2007 la cifra de parados era mayor en mujeres, sin embargo, a finales de 2011 la cantidad de parados es mayor entre los hombres. En ambos casos, tanto en hombres como en mujeres se observa un amplio aumento, pero mientras que en mujeres la cifra se ha duplicado de forma amplia, en hombres se ha triplicado.

A pesar de que el desempleo parece haber golpeado de forma más intensa a sectores ocupados mayoritariamente por hombres, tal y como se puede observar en la tabla, conviene recordar que la situación de las mujeres en desempleo es peor que la de los hombres puesto que están menos protegidas y por menor tiempo que ellos. La precariedad, hoy por hoy, sigue afectando más a las mujeres que a los hombres (Larrañaga, 2009).

Todos estos datos, tal y como se detallará más adelante, podrían albergar importantes implicaciones en el campo de la salud. En relación al desempleo, parece evidente que existe una clara relación entre este y la salud mental. Independientemente de que la situación de desempleo sea de larga o de media duración, esta se asocia con niveles significativamente mayores de depresión, tanto en hombres como en mujeres (Mossakowsky, 2009). En la misma línea irían los resultados de estudios similares (Artazcoz, Benach, Borrell y Cortès, 2004) donde se pone de manifiesto el mayor riesgo de depresión en personas en situación de desempleo, tanto en hombre como en mujeres, pero con una fuerte influencia de los roles sociales en términos de responsabilidades familiares; dependiendo del rol social y el papel familiar que las mujeres juegan,

Capítulo 2. Trabajo

así como del estatus socio-económico, los efectos del desempleo se maximizan o minimizan.

Tal y como se ha podido observar a lo largo del presente Capítulo, el concepto de trabajo puede y debe enfocarse desde una perspectiva de género, tomando en cuenta el papel de la mujer y su participación en el mercado laboral. Si bien se ha hablado aquí de igualdad de oportunidades, en el próximo Capítulo se va a exponer de forma más precisa este concepto, así como muchas otras variables psicosociales relativas al género y a las diferencias que se generan en base a este.

Capítulo 3. Variables psicosociales y género

3. Variables psicosociales y género.

En el presente Capítulo se pretende delimitar el concepto de género, haciendo hincapié en su origen, su desarrollo y su evolución hasta llegar a los enfoques más recientes. Para ello, se hace un breve repaso de los dos modelos más influyentes a la hora de explicar las diferencias y desigualdades en la asignación de los roles desempeñados por hombres y mujeres. De igual forma, se describen las variables biológicas, psicológicas y sociales que interactúan en su construcción.

3.1. El concepto de género.

Desde la primera mitad del S.XX, diferentes ramas del saber nos van a permitir llegar a unos conocimientos bien fundamentados de los distintos mecanismos que subyacen y explican los diferentes morfismos sexuales (varones/mujeres) que resultan tan evidentes y que tendrán claras implicaciones en el desarrollo de las personas a lo largo de sus vidas. Desde la antropología hasta la sociología, pasando por la endocrinología, la neurociencia o la psicología, por mencionar algunos de los ejemplos más significativos, se nos va a ir ofreciendo una serie de conocimientos sobre los genes y las hormonas sexuales; sobre todo las semejanzas y diferencias según el sexo, en el cerebro o en diversos comportamientos psicológicos; sobre roles o estereotipos sexuales, pero generalmente de una forma un tanto confusa o yuxtapuesta (Fernández, 2010).

Capítulo 3. Variables psicosociales y género

Tabla 3.1- Perspectiva estructural: la compleja realidad de sexo.

DISCIPLINAS	ASUNTOS DE INTERÉS
Genética	Par de cromosomas: XX, XY
Endocrinología	Hormonas masculinas y femeninas
Neurociencia	Semejanzas y diferencias cerebrales
Psicología	Comportamientos psicológicos sexuales
Sociología y Antropología	Roles, estereotipos y asimetrías sexuales

(Fuente: Fernández, 2010)

Fue Money (1955), un endocrinólogo norteamericano quien, en la década de los 50, introdujo en el mundo científico, concretamente dentro del ámbito de la psicología, el término género. Money (1955) propone el término sexo para la clasificación biológica entre macho/hembra y género para la clasificación de las diferencias de comportamiento según el sexo. Money trataba de entender científicamente el comportamiento sexual de los sujetos hermafroditas. Con este fin propuso la expresión papel/identidad de género, que alcanzaría gran éxito: papel, para incorporar los factores sociales, e identidad, para hacer los componentes psicológicos derivados del sexo (Money, 1985).

Pero es Robert Stoller (1968) el que establece más en profundidad la diferencia entre sexo y género, y lo hace a raíz del estudio de los trastornos de identidad sexual. Stoller examinó casos en los que la asignación de género falló debido a que las características externas de los genitales prestaban cierta confusión. Estos casos le hicieron suponer que lo que lo que determina la identidad y el comportamiento de género no es el sexo biológico, sino el hecho de haber

Capítulo 3. Variables psicosociales y género

vivido desde el nacimiento las experiencias atribuidas a cierto sexo. Llegó a la conclusión de que la asignación y adquisición de una identidad es mayor que la carga genética, hormonal y biológica.

Lo que con Money supuso un intento de unir lo biológico y lo social dentro de una misma entidad, con Stoller implicaba llevar a cabo la separación de ambos dominios, siendo el género el que haría referencia a los aspectos psicosociales y el sexo a los claramente biológicos. Estos planteamientos son los que todavía perduran en nuestros días en una parte muy considerable de la producción científica, avalados por ese grupo de personas investigadoras que se encuadran dentro del cuarto enfoque señalado anteriormente (Fernández, 2010).

Tabla 3.2- El sexo y el género: análisis histórico.

PERSPECTIVA	AUTORES	ASUNTO	APORTACIONES
Científica	Money	Hermafroditismos	Papel/Identidad de Género
	Stoller	Transexualismos	Sexo/Género
Política	2ª Ola feminista	Igualdad varones y mujeres	Diferenciación del sexo y el género. Sustitución del sexo por el género

(Fuente: Fernández, 2010)

Más tarde, los estudios de Money y Ehrhardt (1972) sobre hermafroditismo, transexualismo y trastornos de la sexuación –síndromes de Turner, de Klinefelter y de feminización testicular- pusieron de manifiesto que ante la

Capítulo 3. Variables psicosociales y género

ausencia de fuerzas biológicas capaces de informar sobre el sexo real, la gran influencia de los factores psicosociales termina por imponerse. De aquí la diferencia entre sustratos biológicos, que son condiciones de posibilidad conductual, y los factores etiológicos, cuyo contenido es más de origen psicológico.

Money y Ehrhardt (1972) proponen un modelo muy completo basado en la identidad de género y el dimorfismo sexual, basado en la interacción de eventos biológicos y ambientales que marcan la identidad de género. Ellos creen que la configuración de los cromosomas sexuales se encarga de diferenciar las gónadas sexuales, que a su vez lideran la producción de hormonas sexuales. Esta diferenciación de hormonas sexuales, especialmente la presencia o ausencia de andrógenos fetales, sería la causa directa del dimorfismo en ciertos aspectos del desarrollo del cerebro, así como el dimorfismo de los genitales internos y externos. La diferencia de los genitales externos en el nacimiento sería la causa de que un hombre o una mujer, más adelante, se comporte de una manera u otra, definiendo su imagen personal como hombre o mujer. Durante la pubertad, las gónadas producen hormonas que estimulan los diferentes componentes eróticos y la apariencia externa diferenciada de género. Este desarrollo erótico en la pubertad y la apariencia externa interactúan con la identidad de género ya establecida antes de la pubertad y con el dimorfismo cerebral para dar lugar a la identidad de género en el adulto (Money y Ehrhardt, 1972).

Capítulo 3. Variables psicosociales y género

Rubin (1975) trata de aproximarse al estudio de las relaciones entre los sexos constatando las desigualdades de poder. La necesidad de analizar los efectos de estas relaciones la lleva a proponer la expresión sistema sexo/género. Con esta expresión se entiende el amplio conjunto de convenciones a través de las cuales toda sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana. De esta forma, las asimetrías de poder entre sexos estarían establecidas mediante la división sexual del trabajo y las estructuras de parentesco.

La cuestión de sexo/género no resuelve la polémica de naturaleza contra crianza. Es ambivalente y arriesgada porque, al mismo tiempo que propone el género como categoría sociocultural, reduce el sexo a una categoría biológica y confirma, por tanto, las ideas tradicionales del género. A menudo, y por buenos motivos, la dicotomía ha resultado ser analítica y empíricamente falsa (Bock, 1991).

Scott (1986) sugiere que el género debe redefinirse y reestructurarse en conjunción con una visión de igualdad política y social que comprende no sólo el sexo, sino también la clase y la raza. El concepto de género incluiría aspectos como el poder, la cultura, la moral (normas o leyes) y la identidad subjetiva del individuo (Scott, 1988).

La palabra género se emplea de forma indiscriminada, tanto en su correcta acepción para definir las relaciones sociales entre los sexos, pero también como sinónimo políticamente correcto de la palabra sexo (Udry, 1994). Pero lo

Capítulo 3. Variables psicosociales y género

que realmente distingue el actual enfoque de género es el análisis de las relaciones sociales entre mujeres y hombres, teniendo en cuenta también las desigualdades sociales (Rohlf, Borrell y Fonseca, 2000).

A modo de resumen, el género constituye un concepto esencialmente basado en los roles sexuales y, siendo una categoría social, implica la no existencia de rasgos o comportamientos que pertenecen intrínsecamente a cierto sexo *a priori*. Mientras el sexo es definido por características biológicas (cromosomas, hormonas, cerebro, dimorfismo genital, etc.) el género es el resultado de un proceso de desarrollo en el cual las expectativas y las normas sociales son internalizadas. El género se refiere al significado individual de lo que es ser un hombre o una mujer, incluyendo comportamientos psicológicos y sociales que la sociedad designa masculinos o femeninos (Sánchez-López, Cuellar Flores, Dresch y Aparicio-García, 2009).

3.2. ¿Biología o entorno social?

Podemos hablar de dos grandes teorías la hora de explicar las diferencias y desigualdades de género en la asignación de roles: las teorías sociológicas y las sociobiológicas. Según la primera, aunque no se descarta la importancia de las diferencias biológicas, se considera que los principales factores que influyen en las desigualdades de género son los entornos sociales y políticos que determinan las normas de los comportamientos en todos los ámbitos: doméstico, ocupacional-profesional, cuidados, aptitudes, ocio, etc. Para las

Capítulo 3. Variables psicosociales y género

teorías sociobiológicas el principal factor que determina estas diferencias es el biológico (Scott, 1988).

3.2.1. La visión sociológica.

El objetivo principal de la teoría sociológica es explicar el entorno social de las desigualdades entre hombres y mujeres; que se deben tanto a las condiciones socioeconómicas y políticas como a los valores y normas sociales inherentes a cada uno de los sexos, que al mismo tiempo condicionan las experiencias de los individuos. Por este motivo se alude a términos y variables sociales tales como la socialización, los roles, las normas, las oportunidades y clase social (Rohlf et al., 2000).

3.2.1.1. Masculinidad y feminidad.

El proceso de socialización tiene una gran influencia en el desarrollo de la identidad sexual. Este proceso se relaciona con la forma en la que las personas manifiestan ciertas cualidades, etiquetadas como más o menos femeninas, dentro de una determinada sociedad (Block, 1973). La socialización comienza desde el nacimiento y distingue entre dos identidades de género diferentes, la masculina y la femenina. La clasificación de los individuos según su sexo biológico se acompaña de la identidad social, que marca ciertos espacios, funciones y actividades determinados para cada sexo (Sánchez, 1996).

Capítulo 3. Variables psicosociales y género

Bem (1981a, 1981b) y Martín y Halverson (1981) proponen que el origen de la tipificación sexual se encuentra, de alguna forma, en que las personas realizan una lectura y una codificación de la información en términos de definiciones culturales a cerca de lo que es más o menos femenino, o más o menos masculino, lo cual constituye a su vez un esquema de género de tipo social. El procesamiento de la información se realiza en base a esquemas de género de marcados por la sociedad.

La particularidad de la teoría de Bem (1974, 1975, 1976a, 1976b, 1977, 1979) se basa en el concepto de androginia. Lo andrógino se entiende como la integración de la masculinidad y la feminidad en una misma persona, presuponiendo que la masculinidad y la feminidad son construcciones ortogonales unipolares, es decir, son construcciones discontinuas, que no deben entenderse como los polos o extremos de una misma dimensión. La androginia define a los individuos de ambos sexos que muestran características tanto masculinas como femeninas de forma independiente. En contraste, estarían los individuos más sexualmente tipificados que tienden a mostrar conductas típicas sólo de uno de los sexos; de esta forma, para los individuos sexualmente tipificados resulta problemático emitir ambos tipos de conductas (tanto masculinas como femeninas) así que lo evitan activamente (Bem, 1976a, 1976b). Las personas con mayor androginia tienen una mayor tendencia a mostrar adaptabilidad en sus roles sexuales a través de diferentes situaciones; les resulta más fácil encontrar la conducta apropiada en cada momento, sin tener en cuenta si tales conductas son más propias de un sexo u otro (Bem, 1975).

Bem (1977) asegura que aquellas personas que puntúan alto tanto en masculinidad como en feminidad tienen mejor autoestima y se caracterizan por poseer un amplio espectro de conductas y rasgos que indistintamente provienen de lo masculino y lo femenino, de manera que puedan ser asertivos, enérgicos y con don de mando en ciertas ocasiones, o sensibles y expresivos en otras.

Más recientemente, Mahalik et al. (2003, 2005) definen feminidad/masculinidad como el grado de conformidad de las personas (emocional, cognitivo y conductual) con una serie de normas que marcan lo que es socialmente apropiado para las mujeres o hombres, que son transmitidas por cada cultura y que pueden ser identificadas por los miembros de cada sociedad. De acuerdo con Mahalik (2000) el conjunto de normas de género y la influencia de diversos factores individuales y sociales sería la causa de que ciertos rasgos sean más pronunciados en mujeres y ciertos rasgos en hombres. De tal forma que los constructos de feminidad/masculinidad no son entidades homogéneas, sino entidades plurales o multidimensionales; en otras palabras, hay diferentes formas de feminidad/masculinidad con las que mujeres y hombres se identifican de forma gradual.

3.2.1.2. Roles y Estereotipos.

Los roles de género constituyen expectativas sobre las distintas formas que tienen hombres y mujeres de comportarse, que resultan más o menos

Capítulo 3. Variables psicosociales y género

apropiadas, siendo reforzadas o sancionadas por los miembros de la sociedad (Spence y Helmreich, 1978). Los roles de género tienen su origen en agentes sociales tales como los padres, profesores, compañeros y medios de comunicación; estos agentes sociales enseñan a hombres y mujeres las reglas y estándares de la masculinidad y la feminidad (Bem, 1981a; Lytton y Romney, 1991). La investigación confirma que este aprendizaje ocurre en un período muy temprano en la vida; hay evidencia de que a edades muy tempranas los niños ya han desarrollado nociones claramente definidas sobre que comportamientos son adecuados en hombres y en mujeres (Lytton y Romney, 1991).

Mahalik et al. (2005) clasifica los roles de género como un subtipo de norma social y toma la definición de Cialdini y Trost (1999, p. 152) según la cual los roles de género son “reglas o estándares que son entendidas por los miembros de un grupo y guían y/o constriñen la conducta social sin emplear la fuerza de la ley”.

Martín y Halverson (1981) proponen los estereotipos de género como un proceso cognitivo normal que se define en términos de información procesada en forma de constructo. En el modelo que proponen los estereotipos asumen la función de esquemas que sirven para organizar la información. Se describen y elaboran esquemas particulares, así como las funciones que estos representan. Usando el modelo de procesamiento esquemático se explica tanto el desarrollo como el mantenimiento de los estereotipos. Para describir la relación entre los esquemas sexuales y otros tipos de esquemas, se propone

Capítulo 3. Variables psicosociales y género

una tipología que divide los esquemas de acuerdo a la medida en que definen a uno mismo, a la disponibilidad y a su notabilidad (López, 1988).

Según Bem (1981a) la tipificación sexual se deriva del hecho de que el propio auto-concepto se forma en base a la asimilación de los esquemas de género. Este modelo se asienta en que los individuos más sexualmente tipificados tienen mayor capacidad para la lectura y el procesamiento de la información, de sí mismos y del exterior, en términos de esquemas de género. Se plantea aquí que tal procesamiento esquemático en base al género deriva, en parte, en la insistencia de la sociedad sobre la importancia funcional de marcar una dicotomía de género. Según esta autora, existe una diferencia esencial entre aquellos individuos andróginos, y los que se identifican con un rol sexual masculino o femenino, es decir, los sujetos más estereotipados, que se apegarán en mayor medida a los patrones culturales deseables para un género.

Otra perspectiva diferente vendría explicada por los trabajos de Turner, Oakes y Haslam (1994) al hacer una distinción básica entre la identidad personal y la identidad social como diferentes niveles de categorización de uno mismo. Se argumenta entre otras cosas que la auto-categorización es inherentemente variable, fluida y dependiente del contexto; las categorizaciones son siempre sociales y relativas al marco de referencia en el que se encajen. La identidad social sería el resultado de la comparación entre uno mismo y ciertos grupos sociales, por las características que se comparten y las que no.

Capítulo 3. Variables psicosociales y género

La conformidad con las normas de género es definida cómo una adhesión a los estándares y normas sociales, y está demostrada en el comportamiento individual de mujeres y hombres, así como en sus sentimientos y pensamientos (Mahalik et al., 2005). La conformidad estaría reflejada en una acción consistente con la norma, sentimientos positivos relacionados con la conformidad, sentimientos negativos relacionados con la disconformidad y creencias que apoyan la importancia de la norma. Consecuentemente, la disconformidad con las normas de género es definida como la no adhesión a las expectativas sociales respecto a lo que constituye la masculinidad/feminidad.

3.1.1.3. Igualdad de Oportunidades.

La igualdad de oportunidades se puede encuadrar dentro del movimiento de la justicia en los procesos organizacionales que hacen referencia a la capacidad de controlar un proceso o de defender unos argumentos propios que son distintos de los de otros (Folger, 1977). La igualdad de oportunidades dentro de este marco teórico se configura como una garantía de imparcialidad y equidad en las sociedades más desarrolladas, con un respaldo legislativo, y cuya principal función reside en la facilitación del acceso al ámbito laboral de todos los colectivos o grupos sociales (García-Izquierdo y García-Izquierdo, 2007).

En la actualidad los hombres ocupan en mayor proporción posiciones directivas y las mujeres ocupaciones menos cualificadas, tanto en los sectores mas feminizados como en los mas masculinizados (Messing et al., 1994). En la

Capítulo 3. Variables psicosociales y género

Unión Europea el trabajo que realizan las mujeres es más exigente, menos participativo, con mayor acoso sexual y moral, con menor salario, con menos perspectivas de promoción y con más precariedad laboral (Paoli y Merllié, 2001).

Los estereotipos de género son uno de los factores que más limita la progresión de las mujeres en la jerarquía. Estos estereotipos describen a las mujeres como pasivas y tímidas, cualidades que quedan lejos de los estereotipos de liderazgo que considera como cualidades imprescindibles para el éxito aquellas asociadas a la masculinidad tales como la agresividad, la competitividad, la capacidad de decisión y la fortaleza (ILO, 2004).

Incluso teniendo en cuenta que hoy en día los roles de género puedan parecer menos evidentes, las expectativas tradicionales de la sociedad siguen teniendo una sutil influencia en las personas. Ciertos avances en el estudio de las cogniciones sociales sugieren que los procesos de definición del yo operan a menudo de forma inconsciente y fuera de control (Greenwald y Banaji, 1995). De acuerdo al principio de balance-congruencia, si una persona se identifica con un grupo, los atributos que identifican a ese grupo quedarán asociados también a la persona (Greenwald et al., 2002).

En otras palabras y desde una perspectiva más social, las creencias sobre hombres y mujeres (estereotipos de género) derivan en parte de sus respectivos roles y posiciones que ocupan en la sociedad. Cuando la distribución de los roles está muy atada al género, los hombres están

Capítulo 3. Variables psicosociales y género

típicamente asociados a características como la independencia y la ambición, más asociadas a posiciones dominantes y de liderazgo, mientras que las mujeres están asociadas a la afectividad, la simpatía o la maternidad, características más asociadas al rol del cuidado de los demás (Diekman, Eagly, Mladinic, y Ferreira, 2005)

Aparentemente, aquellas mujeres que han recibido una educación más igualitaria y que por tanto muestran actitudes más igualitarias, suelen cursar en mayor medida estudios secundarios, razón por la cual tienen acceso a trabajos mejor pagados. Sin embargo, en diferencia a los hombres, deben esforzarse más en sus trabajos y disfrutan de menos tiempo libre al formar una familia para poder mantener sus salarios (Corrigall y Konrad, 2007).

La paternidad está todavía definida como una cualidad o una obligación vinculada al género. A pesar de que hombres y mujeres están ahora explícitamente unidos a una temprana educación sobre igualdad, la paternidad sigue estando más fuertemente asociada a las mujeres. Los roles han cambiado de forma más pronunciada en las mujeres que en los hombres. Las mujeres tienen ahora más igualdad en la educación y en el empleo, pero todavía conservan expectativas sobre la paternidad más predominantes que los hombres (Devos, Blanco, Rico y Dunn, 2008).

3.1.1.4. Clase social.

La clase social representa un importante aspecto de las desigualdades sociales, y su conceptualización suele estar asociada a alguna teoría

Capítulo 3. Variables psicosociales y género

sociológica específica, muchas veces cargada de connotaciones ideológicas o políticas (Rohlf et al., 2000).

El análisis de la estructura social se ha centrado en uno de los espacios considerado masculino por excelencia: el trabajo remunerado. Los espacios sociales, habilidades y funciones del género masculino son los que tienen mayor reconocimiento social. Estos hechos tienen una importancia fundamental para entender la estructura de las desigualdades (Sánchez, 1996).

Las medidas de clasificación socioeconómica más utilizadas han sido el nivel educativo, la clase social basada en la ocupación y el nivel de ingresos (Álvarez Dardet, Alonso, Domingo y Regidor, 1995). Aunque no existe una justificación teórica suficiente, diversos autores opinan que estos indicadores pueden medir la estratificación social, fundamentalmente a través de las diferencias en la jerarquía social, prestigio, capacidad de obtener bienes materiales, acceso a la información y en el aprovechamiento eficiente de ésta, entre otros factores (Kunst y Mackenbach, 1995). Pero hay datos que indican que la existencia de desigualdades sociales en salud se pone mejor de manifiesto al utilizar el nivel de estudios como variable indicativa de posición socioeconómica (Coma, Martí y Fernández, 2003).

El acceso de las mujeres a una educación universitaria superior y el incremento de las mujeres trabajadoras en profesiones predominantemente masculinas son posibles factores de cambio en los roles de género (Twenge, 1997). Existen varios autores que ponen de manifiesto la influencia del nivel educativo

Capítulo 3. Variables psicosociales y género

en el desarrollo de los roles de género (Calvo-Salguero, García-Martínez y Monteoliva, 2008).

Las mujeres que tienen mayores niveles educativos y un trabajo remunerado presentan niveles menores de feminidad (Abele, 2003; Kasen, Chen, Sneed, Crawford, y Cohen, 2006; Twenge, 2001). Se cree que aquellas personas con mayores niveles educativos están menos condicionados por los roles y estereotipos de género; el ambiente universitario parece tener cierta influencia en sus valores y creencias, orientándolos a posiciones más tolerantes e igualitarias (Brewster y Padavic, 2000; Kulik, 2002; Myer y Both, 2002). Las mujeres que ejercen un trabajo cualificado se describen a sí mismas como más independientes, menos convencionales y con un alto estatus (Eckes, 1994). Según Athenstaedt, Heinzle y Lerchbaumer (2008), para este subgrupo de mujeres la educación y el respeto de la sociedad es muy importante; les gusta la moda y se consideran estilosas, valorando mucho su aspecto y el de los demás; les gusta mantener un nivel económico y un nivel de vida alto y en parte trabajan para ello.

El papel de la educación ha sido estudiado en varias ocasiones como un factor central a la hora de promover las desigualdades de género. Es necesario comprender el rol de la educación dentro de subgrupos subordinados y dominantes, en las creencias de sus miembros sobre desigualdades de género en particular y sobre desigualdades sociales en general (Kane, 1995). Por un lado estaría el enfoque que comprende la educación como iluminación, asociando la educación con la tolerancia; este enfoque se centra en la hipótesis

Capítulo 3. Variables psicosociales y género

de que la educación fomenta la tendencia de las personas a defender las libertades individuales reduciendo los prejuicios al considerarlos pensamientos categoriales irracionales, a la par que ayuda a identificar las desigualdades (Borhek, 1965; Stouffer, 1955). Por otro lado estaría el enfoque que entiende la educación como un factor que contribuye a la reproducción de las desigualdades; en este caso la educación se asocia con el reconocimiento social de las desigualdades sociales entre grupos dominantes, argumentando que las desigualdades se basan en estructuras de intereses sociales y que la educación no modifica sino que perpetua dichos intereses (Jackman y Muha, 1984).

Kane (1995) concluye que la educación tiene una clara influencia sobre las desigualdades de género al encontrar que la educación tiene un efecto directo sobre los roles de género, sobre las creencias acerca del origen de la estratificación y sobre la percepción de la desigual influencia de hombres y mujeres en la sociedad. La educación estaría así asociada a actitudes más críticas e igualitarias.

No sólo el nivel educativo propio tendría una clara influencia en las actitudes y roles de género, sino también el nivel educativo de los padres. Altos niveles educativos de los padres se relacionan con actitudes y valores menos tradicionales. Además, otros factores como la experiencia laboral, el trabajo remunerado, un estatus laboral alto, la ocupación de puestos mayormente masculinizados y el nivel de ingresos parecen tener un efecto positivo en el

Capítulo 3. Variables psicosociales y género

desarrollo de actitudes y valores más igualitarios, donde los roles de género se minimizan (Thornton, Alwin y Camburn, 1983).

3.2.2. La visión sociobiológica.

La visión sociobiológica se basa fundamentalmente en que el comportamiento social del individuo está determinado por la biología y la herencia genética. La sociobiología se define como el estudio sistemático de las bases biológicas del comportamiento social. Según este enfoque, las diferencias individuales están fundamentadas en un componente genético. Las características en base a las cuales los individuos se definen tienen un origen genético en el cual se incluyen las conductas de los organismos. Las conductas sociales se reducen a principios biológicos y los sistemas sociales humanos han sido modelados por procesos evolucionistas (Wilson, 1975, 1978). Autores como Money (1955, 1985) hacen referencia a este enfoque al considerar el efecto de las hormonas sexuales, la genética, los cromosomas y las diferencias cerebrales en los comportamientos atribuidos al rol de género. Aspectos como la identidad de género, los roles de género, la orientación sexual y las diferencias en inteligencia y capacidades cognitivas vendrían explicados por este enfoque (Rohlfs et al., 2000).

3.2.2.1. La identidad de género

El estudio de la identidad de género es el campo donde el enfoque sociológico y el enfoque sociobiológico más coinciden, pues ambos apuntan a que la

Capítulo 3. Variables psicosociales y género

identidad de género es fruto de la socialización y el aprendizaje (Rohlf et al., 2000).

Dentro de los enfoques clásicos estaría en primer lugar el enfoque psicoanalítico. Es Freud (1905, 1908) uno de los primeros en hablar de la sexualidad infantil y expone que la energía sexual o libido, hace que comience el desarrollo psicosexual, por etapas, referido a dos aspectos: por un lado las zonas erógenas; por otro lado, el tipo de relaciones. Según el tipo de relaciones, se irá estructurando su personalidad. Dentro del enfoque psicoanalítico, Adler (1927) pone de manifiesto que la superioridad del hombre y la inferioridad de la mujer como parte de los sistemas de socialización vigentes en la sociedad occidental.

Según el enfoque conductista, como describen Bandura y Walter (1965), las conductas sexualmente tipificadas se definen como aquellas que proporcionan distinta gratificación a uno u otro sexo. El proceso de sexuación se lleva a cabo por el aprendizaje a través de los paradigmas del condicionamiento clásico y operante y del aprendizaje vicario. Se concede gran importancia al ambiente: con qué se asocie el sexo, que consecuencias tengan determinados componentes sexualmente tipificados y de qué modelos sexuales se disponga; así se asumirá la propia identidad y rol sexual (López, 1984). Esta teoría fue revisada posteriormente por Bandura (1977) y Mischel (1973, 1977, 1979) dando lugar a la teoría del aprendizaje social cognitivo, según la cual, los procesos mentales internos juegan un rol importante ya que mediatizan la adquisición de las conductas sexualmente tipificadas.

Capítulo 3. Variables psicosociales y género

Dentro del enfoque cognitivo, uno de los autores más representativos es Kohlberg (1966) quien, a través de su teoría evolutiva cognitiva, se encuadra dentro del marco general de la teoría cognitiva del desarrollo piagetiana. Kohlberg (1966) propone que la tipificación sexual se fundamenta en el desarrollo cognitivo del mundo social, dado que el sujeto desarrolla una auto-categorización cognitiva de su identidad de género.

Otro modelo sería el propuesto por Block (1973) que se centra en el estudio de la influencia de la socialización y de su efecto en el desarrollo de la identidad sexual. En esta línea, Pleck (1975), describe el desarrollo de la identidad sexual o de género en tres fases que se extienden a lo largo del ciclo vital. La tercera fase, al igual que en la teoría de Block (1973), se caracteriza por la asunción de la androginia psicológica definida por Bem (1974).

Otra teoría muy influyente sería la teoría de esquema de género (Bem, 1981a, 1981b; Martín y Halverson, 1981) que propone que el origen de la tipificación sexual se encuentra, de alguna forma, en el procesamiento de la información, que se realiza de forma esquemática. La particularidad de la teoría de Bem (1974, 1975, 1976a, 1976b, 1977, 1979) se basa en el concepto de androginia, integración de la masculinidad y la feminidad en una misma persona, presuponiendo que la masculinidad y la feminidad son construcciones ortogonales unipolares, es decir, son construcciones discontinuas, que no deben entenderse como los polos o extremos de una misma dimensión.

Capítulo 3. Variables psicosociales y género

Ya fuera de los modelos orientados al desarrollo de los roles sexuales, cabe destacar, dada su proximidad, el modelo de Money y Ehrhardt (1972), cuya gran influencia internacional y su riqueza es preciso señalar. Money y Ehrhardt (1972) proponen un modelo muy completo basado en la identidad de género y el dimorfismo sexual, en el cual se identifica una secuencia de desarrollo basada en la interacción de eventos biológicos y ambientales que marcan la identidad de género. Señalan que la configuración de los cromosomas sexuales se encarga de diferenciar las gónadas sexuales, que a su vez lideran la producción de hormonas sexuales. Esta diferenciación de hormonas sexuales, especialmente la presencia o ausencia de andrógenos fetales, sería la causa directa del dimorfismo en ciertos aspectos del desarrollo del cerebro, así como el dimorfismo de los genitales internos y externos. Esta diferenciación de los genitales externos en el nacimiento sería la causa de que un hombre o una mujer, más adelante, se comporten de una manera u otra, definiendo su imagen personal como hombre o mujer. Durante la pubertad, las gónadas producen hormonas que estimulan los diferentes componentes eróticos y la apariencia externa diferenciada de género. Este desarrollo erótico en la pubertad y la apariencia externa interactúan con la identidad de género ya establecida antes de la pubertad y con el dimorfismo cerebral para dar lugar a la identidad de género en el adulto.

Ehrhardt y Meyer-Bahlburg (1981) hacen una distinción entre identidad de género, conductas sexuales dimórficas y diferencias sexuales en temperamento. Si bien la identidad de género depende en su mayoría de influencias ambientales postnatales, por el contrario, las conductas sexuales

Capítulo 3. Variables psicosociales y género

dimórficas y las diferencias de temperamento estarían explicadas por el efecto de hormonas sexuales prenatales. Meyer-Bahlburg et al. (2004) encuentran que las chicas que han sido expuestas a elevados niveles de andrógenos en la etapa prenatal muestran conductas de género más masculinizadas; sin embargo, estos niveles de hormonas prenatales no tendrían apenas efecto en la evaluación de la identidad de género, que no presenta casi variabilidad a pesar de la elevada carga hormonal prenatal.

La identidad de género, definida como el hecho de sentirse hombre o mujer, no está determinada por la influencia de factores biológicos que actúan antes del nacimiento, sino por factores ambientales que interactúan de forma posterior (Ehrhardt y Meyer-Bahlburg, 1981; Meyer-Bahlburg et al., 2004).

3.2.2.2. Comportamientos sexuales dimórficos.

Según Ehrhardt y Meyer-Bahlburg (1981), los comportamientos sexuales dimórficos son aquellos aspectos del comportamiento en los que niños y niñas con características morfológicas normales difieren los unos de los otros, en una cultura y un tiempo determinados.

Según estos autores, los aspectos del comportamiento que se incluyen dentro de esta área son los que se nombran a continuación, que son los principales focos de interés a la hora de estudiar el efecto de las hormonas sexuales prenatales en las conductas de género en niños (Ehrhardt y Meyer-Bahlburg, 1981):

Capítulo 3. Variables psicosociales y género

-Gasto físico energético: En humanos ha sido medido mediante el juego activo y destrezas atléticas. Un gasto elevado de energía física parece ser un aspecto importante en el desarrollo psicosocial y estar de alguna forma relacionado con variaciones en los esteroides sexuales antes del nacimiento.

-Agresión social: En humanos, incluye la agresión tanto física como verbal en niños y adolescentes.

-Ensayos de paternidad: En humanos, los/as niños/as juegan con muñecas e interpretan los papeles de madres o padres participando en el cuidado de los niños y fantaseando sobre la idea de tener niños, o en su lugar muestran preferencia por otro tipo de juegos.

-Contacto con compañeros, amigos y patrones de interacción social: En humanos, lo normal es mostrar preferencia por compartir juegos con compañeros del mismo sexo.

-Etiquetas de género: Los/as niños/as etiquetan a sus compañeros en función de sus patrones de comportamiento y preferencias.

-Aspecto y vestimenta: En humanos esto hace referencia a la forma en que los/as niños/as muestran o ponen en práctica sus preferencias en cuanto a aspecto personal, posicionándose por uno u otro sexo con su respectivo estilo propio.

Para Ehrhardt y Meyer-Bahlburg (1981), serían las hormonas las principales causantes de estas diferencias de comportamiento; particularmente en el caso del gasto físico energético y de los ensayos o conductas de paternidad, siendo más dudosa esta influencia en el caso del aspecto y vestimenta, interacción con compañeros y agresividad.

El comportamiento sexual dimórfico estaría determinado por las hormonas sexuales que modulan la fisiología del desarrollo de las estructuras corporales así como el comportamiento reproductivo sexual (Ehrhardt y Meyer-Bahlburg, 1981; Ehrhardt, Meyer-Bahlburg, Feldman y Ince, 1984).

3.2.2.3. Orientación sexual.

Se entiende por orientación sexual el conjunto de respuestas sexuales hacia personas del mismo sexo o del sexo opuesto. Se incluye aquí la atracción erótica, fantasías sexuales y sueños y experiencias psicosexuales (Ehrhardt y Meyer-Bahlburg, 1981). A pesar de ser un tema de gran interés, los datos disponibles sobre el origen de la homosexualidad son limitados y no concluyentes (Rohlfis et al., 2000).

Existen estudios que afirman que la mayoría de personas homosexuales y heterosexuales no muestran diferencias consistentes en sus niveles hormonales periféricos, por lo que es improbable que la orientación sexual esté relacionada con diferencias endocrinológicas en la edad adulta (Meyer-

Capítulo 3. Variables psicosociales y género

Bahlburg, 1977, 1979). Por tanto, la influencia de hormonas prenatales en el desarrollo de la orientación sexual todavía no ha sido determinada (Ehrhardt et al., 1985).

Ehrhardt y Meyer-Bahlburg (1981) afirman que las hormonas por sí solas no son un factor con suficiente peso como para explicar la orientación sexual; sin embargo, por lo menos en algunos casos de homosexualidad, algunas anomalías prenatales en las hormonas sexuales estarían ligadas al desarrollo de la orientación sexual. Por ejemplo, se ha observado que en el caso de mujeres que han sido expuestas a altos niveles de estrógenos exógenos, se han encontrado tasas significativamente más elevadas de bisexualidad y homosexualidad; sin embargo, estos resultados no son del todo concluyentes (Ehrhardt et al., 1985).

También se han encontrado elevados niveles de andrógenos en un tercio de mujeres homosexuales de cuyos datos se tiene constancia (Meyer-Bahlburg, 1979). Sanders y Bancroft (1982) hablan de que los andrógenos han sido asociados en repetidas ocasiones a varios aspectos de la sexualidad femenina; y sugieren que existe una correlación positiva entre niveles de andrógenos e interés sexual hacia el sexo femenino. Por otro lado, también se ha observado una correlación negativa entre los niveles de testosterona en mujeres y sus niveles de satisfacción en relaciones heterosexuales.

En suma, los datos disponibles sobre la influencia de hormonas sexuales prenatales en la homosexualidad son limitados, y por lo tanto permiten sólo

Capítulo 3. Variables psicosociales y género

conclusiones preliminares. Consecuentemente, hay que asumir que las condiciones hormonales prenatales por sí mismas no determinan la orientación sexual. Parece posible que ciertas anomalías en la carga hormonal prenatal contribuyan al desarrollo de la orientación sexual, al menos dentro de una minoría, lo cual no implica que se puedan generalizar conclusiones (Ehrhardt y Meyer-Bahlburg, 1981).

3.2.2.4. Inteligencia y capacidades cognitivas.

Algunos sociobiólogos han relacionado las hormonas sexuales y las diferencias morfo-fisiológicas de mujeres y hombres con diferencias en inteligencia, habilidad verbal y percepción espacial (Rohlf et al., 2000).

Hyde (2005) presenta la hipótesis de las similitudes de género y plantea que hombre y mujeres son similares en la mayoría de variables psicológicas, aunque no en todas. Hyde lleva a cabo el mayor meta-análisis que hasta la fecha se ha llevado a cabo sobre diferencias de género analizando variables como habilidades cognitivas, comunicación verbal y no verbal, habilidades sociales, personalidad, bienestar psicológico, autoestima, habilidades motoras y constructos. Finalmente concluye que las diferencias se limitan a algunos aspectos como ciertas habilidades motoras (que dependen de la masa muscular y la magnitud del hueso) y a algunos aspectos de la sexualidad. Hyde (2005) no encuentra diferencias en habilidades cognitivas.

Capítulo 3. Variables psicosociales y género

Los resultados de algunos estudios sobre el efecto de las hormonas sexuales prenatales en inteligencia son negativos. Ehrhardt y Meyer-Bahlburg (1981) no encuentran ningún efecto de andrógenos, progesterona o estrógenos en el funcionamiento postnatal mental; sugiriendo que no existe suficiente evidencia sobre la relación entre las hormonas sexuales prenatales y las habilidades cognitivas.

Otros autores sí encuentran una relación entre tales variables. Finegan, Niccols y Sitarenios (1992) analizan las relaciones entre niveles prenatales de testosterona y habilidades cognitivas; y encuentran una relación positiva entre habilidades numéricas y tareas de construcción y testosterona en niñas. Respecto a los niveles de andrógenos, varios autores han planteado que elevados niveles de andrógenos contribuyen al desarrollo de habilidades matemáticas y espaciales (Benbow, 1988; Benbow y Stanley, 1980). Por ejemplo, Resnick, Gottesman, Berenbaum y Bouchard (1986) observan puntuaciones más altas en test de habilidades espaciales en niñas con Hiperplasia Adrenal Congénita (trastorno asociado a elevados niveles de andrógenos en la etapa prenatal), a pesar de haber obtenido puntuaciones similares al grupo control en inteligencia general.

En cuanto a hormonas sexuales y morfo-fisiología se ha comparado, por ejemplo, la organización de las funciones cerebrales que intervienen en el lenguaje por medio de resonancias magnéticas durante la ejecución de tareas verbales. Si bien en hombres estas funciones intelectuales se realizan en el giro frontal inferior izquierdo, en la mujer el patrón es diferente, implicando

Capítulo 3. Variables psicosociales y género

zonas cerebrales más difusas con la participación de varios hemisferios (Rohlfis et al., 2000).

Skuse (2006) estudia el efecto de los cromosomas sexuales en el desarrollo del dimorfismo sexual cognitivo y conductual. Al parecer, los cromosomas sexuales tienen una influencia directa en el desarrollo neuronal y de las funciones cerebrales específicas para cada sexo. Esta influencia también afecta a la expresión fenotípica de rasgos y trastornos. El comportamiento ligado al cromosoma X incluye agresión y conductas de paternidad (Gatewood, Wills, Arnold, Burgoyne y Rissman, 2006) y en cuanto a habilidades cognitivas habría que incluir la orientación espacial (Jonasson, 2005).

A pesar de todo, el hecho de que en hombres se dé mayor inclinación hacia materias como las matemáticas y la ingeniería, no tienen porqué estar necesariamente ligado a mejores aptitudes o habilidades cognitivas (Espelke, 2005). Puede ser simplemente que los hombres muestren mayor interés que las mujeres hacia las características físicas del mundo y a las relaciones entre objetos; y en ese caso estaríamos hablando de motivación (Connellan, Baron-Cohen, Wheelwright, Batki, y Ahlugualia, 2000).

En el siguiente Capítulo se habla sobre salud. En primer lugar se plantea el concepto de salud y más adelante se habla de la salud de las mujeres, así como de las diferencias de salud entre hombres y mujeres a nivel global. Para finalizar este Capítulo se habla de la salud de las mujeres españolas enumerando las patologías más comunes y los fenómenos que las acentúan.

Capítulo 4. Salud.

4. Salud.

A continuación se pretende realizar una descripción del concepto de salud y de la evolución del mismo a lo largo del tiempo; desde sus remotos comienzos hasta los modelos y perspectivas más actuales. Más adelante se analizan las desigualdades en salud a lo largo de los distintos sectores de población y condiciones sociales y las consecuencias que ello implica, hasta llegar a las desigualdades de género. Las relaciones entre género y salud son observadas y descritas de forma particular en el caso de España.

4.1. El concepto de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de malestar o dolencia. Además, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud se plantea entonces como un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas (OMS, 1998). La definición de la OMS es a fecha de hoy la empleada oficialmente, sin embargo esto no ha sido siempre así.

A continuación se presentan algunos de los conceptos empleados a lo largo de la historia.

Capítulo 4. Salud

Tabla 4.1- Definiciones de salud correspondientes a diversas culturas.

Cultura	Período temporal	Definiciones de la salud
Prehistórica	10000 a.C.	Es puesta en peligro por espíritus procedentes del exterior que se introducen en el cuerpo.
Babilonios y asirios	1800-700 a.C.	Es puesta en peligro por los dioses que envían la enfermedad como castigo.
Antiguos hebreos	1000-300 a.C.	Es un regalo de Dios, si bien la enfermedad es un castigo divino.
Antiguos griegos	500 a.C.	Es una unidad holística de cuerpo y espíritu.
Antigua China	1100-200 a.C.	Es un equilibrio entre las fuerzas de la naturaleza.
Galeno	130-200 d.C.	Es la ausencia de elementos patógenos, como el aire en mal estado o los fluidos espurios que causan enfermedades.
Primeros cristianos	300-600 d.C.	No es tan importante como la enfermedad, que constituye un signo de que el individuo ha sido elegido por Dios.
Descartes en Francia	1596-1650	Es una condición del cuerpo mecánico, que está separado de la mente.
Vichow en Alemania	Finales del S. XIX	Es puesta en peligro por organismos microscópicos que invaden las células produciendo enfermedades.
Freud en Viena	Finales del S. XIX	Está influida por las emociones y la mente.
OMS	1946	Es un estado de bienestar físico mental y social completo.

(Fuente: Brannon y Feist, 2001)

La medicina, desde sus orígenes helénicos, se ha venido debatiendo entre diferentes modelos que han incidido en su puesta en marcha (Sarrado, Clèries, Ferrer y Kronfly, 2004). El modelo biomédico clásico, que define la salud en

Capítulo 4. Salud

términos de ausencia de enfermedad ha sido el modelo dominante desde Galeno hasta la actualidad (Suls y Rothman, 2004). El modelo biomédico asienta sus bases sobre la biología molecular y la disciplina científica, asumiendo que la enfermedad es una desviación de la norma medida mediante variables biológicas. El modelo biomédico asume que todas las enfermedades, incluidas las enfermedades mentales, están conceptualizadas en términos de mecanismos físicos. Esto implica que este modelo sea por una parte reduccionista al reducir todo a principios fisicoquímicos, y por otra parte excluyente, al excluir todas aquellas enfermedades que no se basen en tales principios (Engel, 1977).

En las últimas décadas, la investigación básica y aplicada en diversas áreas ha afirmado el valor de la perspectiva biopsicosocial demostrando como la biología, la psicología y los procesos sociales afectan de forma conjunta a la salud física (Suls y Rothman, 2004). Esto implica, además, que hasta hace relativamente poco tiempo, se hacía hincapié en la curación descuidando la prevención (Sarrado et al., 2004).

El modelo biopsicosocial aporta un aumento del entendimiento y del estudio de la salud y el bienestar. Los factores culturales emergen como importantes contribuidores para el cuidado de la salud y sus riesgos. El contexto de cultura incluye raza, etnia, género, orientación sexual, estatus socioeconómico, bienestar físico y edad como los más importantes determinantes para la salud (Penner, Albrecht, Coleman, & Norton, 2007).

Capítulo 4. Salud

El modelo biopsicosocial muestra un especial interés sobre los efectos que sobre la salud pueden tener factores como la clase social y el estatus socioeconómico. En la investigación sobre salud, los términos de clase social y estatus socioeconómico son intercambiables. De tal forma que, al hablar de salud, estos términos son sinónimos de ocupación, ingresos o educación, (Anderson y Armstead, 1995)

El gran cambio que se ha producido en las actuales causas de muerte ha hecho que la preocupación se centre en el tratamiento de las enfermedades crónicas. Si bien las enfermedades infecciosas están causadas por efectos patógenos externos, las enfermedades crónicas se caracterizan por su origen multifactorial, donde el comportamiento y el estilo de vida individual juegan un papel primordial (Branon y Feist, 2001). La mayoría de los trastornos crónicos han estado ligados al consumo de tabaco (responsable del 19% de las muertes en Estados Unidos), la dieta y la inactividad física (responsables del 14% de las muertes en Estados Unidos), el consumo de drogas ilícitas, el abuso de alcohol y el estrés (McGinnis y Foege, 1993).

La salud humana depende de varios factores, entre los que destacan la educación, la concepción de salud, la calidad de vida, el clima de trabajo, la formación y el reciclaje continuo, entre otros vectores (Sarrado et al. 2004). Para intentar comprender la salud y el bienestar, la cultura juega un papel importante dentro de los riesgos para la salud, el cuidado de la salud y el bienestar. El contexto de cultura incluye raza, etnia, género, orientación sexual,

estatus socioeconómico, bienestar físico y edad de desarrollo como principales determinantes de salud (Johnson y Radcliffe, 2008).

En las últimas décadas, la investigación sobre la influencia y el beneficio de los factores psicológicos en los mayores problemas de salud tales como el cáncer, las enfermedades de corazón, el asma y la diabetes; permite prestar mayor atención a las conductas preventivas. Los avances biomédicos significativos y la creciente actividad preventiva han dado resultado frente a las elevadas tasas de mortalidad en cáncer y enfermedades de corazón. Las conductas preventivas, como la creciente aplicación de pruebas de detección de cáncer, el descenso del consumo de tabaco y otros cambios en el estilo de vida, han sido factores determinantes en las tasas de mortalidad, concediendo una mayor importancia de los factores psicológicos en salud (Johnson y Radcliffe, 2008).

4.2. Desigualdades en salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte de que la pobreza es la principal razón de muerte y enfermedad en el mundo, siendo también el principal factor de reducción de la esperanza de vida y de discapacidad. La pobreza implica el aumento de la enfermedad mental, el estrés, el suicidio, la desintegración familiar y el abuso de sustancias. La pobreza se ve reflejada en la escasez de vacunación, la falta de salubridad en el día a día, la ausencia de fármacos y tratamientos y en las elevadas tasas de mortalidad en el parto (OMS, 1995).

Capítulo 4. Salud

La pobreza y la enfermedad se encuentran íntimamente relacionadas. Los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes, y dentro de cada país las personas pobres tienen mayores problemas de salud que las acomodadas (Wagstaff, 2002). Las desigualdades son realmente abismales, poniendo en evidencia la necesidad de un mayor esfuerzo en la lucha contra la enfermedad y en la mejora de los sistemas de salud en muchas regiones del mundo (Marmot, 2005). Además, pobreza y enfermedad se retroalimentan; la pobreza atrae a la enfermedad y la enfermedad consolida la pobreza (Wagstaff, 2002).

Tabla 4.2- ciclo de la salud y la pobreza.

Características de la pobreza	Consecuencias de la pobreza en salud	Disminución de ingresos
-Utilización inadecuada de los servicios de salud, insalubridad sanitaria, dieta, etc.	-Enfermedad -Malnutrición -Alta fertilidad	-Costes del sistema de salud - Mayor vulnerabilidad a enfermedades -Pérdidas salariales.
Causado por:		
-Falta de conocimientos -Pobreza en las normas sociales, en las instituciones y en la infra-estructura. -Exclusión del sistema financiero de salud: seguros sanitarios limitados, copagos.		

(Fuente: Wagstaff, 2002.)

Capítulo 4. Salud

La esperanza de vida oscila entre los 34 años de media en Sierra Leona y los 81,9 de media en Japón (OMS, 2004). Existe una relación positiva y significativa entre el aumento de la renta por persona y la esperanza de vida al nacer; y esta relación se establece principalmente a través del impacto que tenga el producto nacional de un país en, primero, las rentas de los pobres y, segundo, el gasto en salud pública (Sen, 1998).

Durante la última década se ha avanzado mucho en mortalidad maternoinfantil, nutrición y epidemiología, así como en la ampliación del acceso a fuentes de agua potable. Sin embargo, se estima que la malnutrición es todavía la causa subyacente de un 35% de las muertes de niños menores de cinco años (OMS, 2012).

En la actualidad, muchas mujeres todavía no utilizan métodos anticonceptivos, no reciben atención prenatal, ni tienen la posibilidad de tener un parto atendido. El paludismo, la malaria, la tuberculosis y el VIH siguen afectando a un elevado número de personas en todo el mundo. El acceso a los medicamentos escasea en ciertas regiones del planeta, y en 2010, 2500 millones de personas vivían sin agua potable (OMS, 2012).

La relación entre estatus socioeconómico y salud es desde hace ya tiempo evidente. Se ha demostrado una consistente relación inversa entre estatus socioeconómico, mortalidad y morbilidad (Anderson y Armstead, 1995; Ortun, 2000). A continuación se exponen diferentes variables que consolidan esta unión.

Capítulo 4. Salud

Tabla 4.3- Factores que vinculan Estatus Socioeconómico y Salud.

Ámbitos	Variables
Socio-demográfico	Edad, etnia, género y localización.
Estatus Socioeconómico	Educación, ingresos, ocupación, familia, estatus socioeconómico percibido, movilidad económica, estatus socioeconómico en la infancia, posesiones materiales, prácticas de mercado y distribución nacional de los bienes.
Social, Ambiental y Médico	Características residenciales, ambiente ocupacional, apoyo social, entorno social y profesional y acceso a los servicios médicos.
Psicológico y Conductual	Estrategias de afrontamiento, factores de personalidad, conductas de promoción de la salud y conductas nocivas para la salud.
Fisiológico	Cardiovascular, inmune, muscular, endocrino, talla y peso.

(Fuente: Anderson y Armstead, 1995.)

Tanto el género como la clase social son determinantes en los estilos de vida relacionados con la salud porque, en función de sexo o de la posición socioeconómica, las personas crecen en entornos culturales diferentes, con distintos valores y oportunidades (Macintyre y Hunt, 1997). Esta concepción pone de manifiesto que los estilos de vida no son conductas individuales, sino que dependen del entorno de la persona (Artazcoz, Moya, Vanaclocha y Pont, 2004).

Una posible explicación vendría dada por Wilkinson (1997) quien argumenta que las desigualdades en el nivel de ingresos afectan a la salud mediante la percepción de la clase social. Estas percepciones producen emociones negativas como vergüenza o desconfianza que, a través de mecanismos

Capítulo 4. Salud

neuro-psico-endocrinos y conductas inducidas por el estrés, como por ejemplo fumar, se traducen en niveles más pobres de salud.

La salud está condicionada por muchos determinantes específicos relacionados con el nivel socioeconómico y el nivel de ingresos. El tabaco, la obesidad, el consumo de alcohol, el uso de los sistemas de salud, las condiciones de trabajo, las condiciones del hogar y los factores estresantes de tipo psicosocial serían algunos ejemplos (Mackenbach et al., 2008).

El nivel de ingresos es un fuerte determinante del estado de salud (Lynch, Smith, Kaplan y House, 2000; Marmot, 2005; Wagstaff, 2002; WDR, 2012). El factor psicosocial, medido en términos de percepciones y consecuencias psicológicas sobre la desventaja social, parece decisivo (Wilkinson, 1997). Este factor psicosocial interactúa con las condiciones de vida, a su vez marcadas por la desigual estructura social, dando como resultado las plausibles diferencias en materia de salud a las que se enfrentan las sociedades actuales (Lynch, Smith, Kaplan y House, 2000).

4.2.1. Mujeres y salud.

Las desigualdades de género en salud aumentan tanto en el número de muertes como enfermedades (OMS, 2009; WDR, 2012). A pesar de que mujeres y hombres son biológicamente diferentes, atribuir las diferencias en mortalidad y morbilidad a factores biológicos es conceptualmente peligroso (Artazcoz, Escribà-Agüir et al., 2004; OMS, 2009; WDR, 2012).

Capítulo 4. Salud

Habría que destacar cuatro factores principales a la hora de explicar las altas tasas de mortalidad en mujeres (WDR, 2012)

- Las tasas de nacimiento de varones y mujeres están sesgadas en algunos países, principalmente en India y China, dónde este problema parece irresoluble.
- En comparación con las economías más desarrolladas, las tasas de muerte de mujeres en comparación con los hombres son sistemáticamente más altas en muchos países con ingresos medios y bajos.
- Mientras que los hombres mueren en mayor proporción que las mujeres en muchos países con economías desarrolladas, en algunos países del África Subsahariana, las mayores tasas de mortalidad en mujeres se observan en países afectados por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.
- Los factores de riesgo de mortalidad en hombres han aumentado en muchos países en vías de desarrollo reflejando patrones de comportamiento y factores de riesgo que aumentan en las últimas décadas.

El problema de la desaparición de niñas en el nacimiento en India y China se presenta como un problema difícil de resolver. De forma adicional, existe el problema del exceso de mortalidad femenina en la infancia. Una posible explicación a este fenómeno se encuentra en la discriminación de los padres en el cuidado de las hijas. En partes del mundo con Afganistán, China, el norte

Capítulo 4. Salud

de India y Paquistán, esta discriminación supone un serio problema. Algunos estudios han demostrado que el suministro de medicamentos es menor en el caso de las niñas, incluso en las épocas de más progreso económico. En países como Bangladesh e India, las niñas tienen menos posibilidades de ser vacunadas, recibir tratamientos farmacológicos, atención médica o una nutrición adecuada (WDR, 2012).

Al margen de las diferencias entre países, también existen múltiples e importantes diferencias dentro de cada país (Borrell et al., 2005; OMS, 2009). La salud de mujeres y niñas está íntimamente relacionada con factores económicos y sociales como por ejemplo el acceso a la educación, el lugar de residencia y el bienestar dentro del propio hogar. Las mujeres que pertenecen a entornos sociales más desfavorecidos tienen niveles más altos de mortalidad y un menor acceso a los servicios de salud (Borrell, 2004).

La salud de las mujeres durante el período reproductivo es importante no solo para las propias mujeres, sino también en la salud y el desarrollo de las generaciones futuras (OMS, 2009). Las enfermedades de transmisión sexual en general y el VIH en particular, afectan de forma más destacable a las mujeres (OMS, 2009). Bien sea por factores biológicos como las diferencias anatómicas o el mayor riesgo de contagio; o bien por factores de tipo social como la falta de asertividad de las mujeres para emplear el uso del preservativo o la falta de educación sexual. Por ambas razones, las mujeres son más vulnerables a esta enfermedad (García-Sánchez, 2004). Además, la violencia es un riesgo adicional significativo para la salud sexual y reproductiva que

Capítulo 4. Salud

además puede derivar en trastornos mentales y otros problemas de salud crónicos (OMS, 2009). Qué duda cabe de que existen profundas diferencias entre hombres y mujeres en las causas subyacentes a las infecciones por VIH (García-Sánchez, 2004).

El suicidio es una causa considerable de muerte en mujeres de entre 20 y 59 años. Las conductas suicidas suponen un importante problema de salud pública (OMS, 2009). Los problemas mentales de salud, particularmente la depresión, son una de las causas más importantes de incapacidad en mujeres (Van Lieshout, 2011). Si bien las causas de enfermedad mental varían mucho de un individuo a otro, ciertos aspectos biológicos como la variación de los niveles hormonales u otros aspectos psicosociales como la discriminación, el estrés inducido por rol de género o un estatus social desventajoso, podrían tener un papel decisivo en esta vulnerabilidad (Noble, 2005).

Para las mujeres mayores de 60 años pertenecientes a cualquier tipo de nivel económico, tanto las enfermedades cardiovasculares como los accidentes cerebrovasculares son importantes causas de muerte y de enfermedad crónica (Walsh, Beattie y Charney, 2009). En muchos países también sufren obstrucción pulmonar crónica, enfermedad relacionada con la exposición al humo del tabaco y la polución del aire en espacios cerrados, resultado de su tradicional labor del cuidado del hogar (OMS, 2009). La diabetes, la obesidad, la osteoporosis, la menopausia, los problemas hormonales, la salud sexual y la incontinencia urinaria son otros muchos de los problemas de salud que aquejan a las mujeres (Walsh et al., 2009).

Una nutrición adecuada es un factor clave para el desarrollo adecuado de la salud. El estatus nutricional de las niñas es particularmente importante debido a su potencial rol reproductivo y a las repercusiones intergeneracionales de una nutrición particularmente pobre en mujeres. La prevención del abuso y la desatención garantizan un ambiente de apoyo adecuado en edades tempranas, ayudando a las niñas a alcanzar un nivel adecuado de desarrollo físico, social y emocional. También se evitarían así conductas de riesgo y amplias tasas de enfermedad, incluyendo trastornos mentales y abuso de sustancias en edades posteriores (OMS, 2009). En muchos países del mundo, las niñas reciben menores cuidados alimenticios que los niños, presentando déficits nutricionales más altos (WDR, 2012).

La violencia es otra de las desagradables experiencias a las que se enfrentan las mujeres en todo el mundo, convirtiéndose en un serio problema de salud pública (Merry, 2005). Está directamente asociada con otros problemas de salud como cambios inducidos por estrés psicológico, abuso de sustancias, falta de control de la fertilidad y falta de autonomía personal que a menudo acaba en el establecimiento de relaciones abusivas. Las mujeres víctimas de abusos tienen mayores tasas de embarazos no intencionados, abortos, embarazos adversos, nacimientos neonatos, enfermedades de transmisión sexual (incluyendo VIH) y trastornos mentales (depresión, ansiedad y trastornos de la alimentación y del sueño) en comparación con sus compañeras no abusadas (OMS, 2009). La violencia de género tiene importantes efectos

Capítulo 4. Salud

negativos en la salud y en la calidad de vida a largo plazo, incluso mucho después de que la violencia se haya ejercido (Campbell, 2002).

La mayoría de los casos de violencia son perpetrados por sus compañeros sentimentales y en muchas ocasiones pueden tener consecuencias fatales (Campbell, 2002). Un estudio realizado en once países encontró que entre el 15% y el 71% de las mujeres, dependiendo del país, han experimentado violencia física y sexual por parte de sus parejas. En países como Australia, Canadá, Israel, Sudáfrica y Estados Unidos, entre el 40% y el 70% de mujeres asesinadas lo han sido en manos de sus parejas (OMS, 2009). La violencia sexual, bien sea ejercida por familiares, extraños, conocidos o por la propia pareja, también afecta de forma grave y directa a mujeres y a niñas pudiendo ser una causa de suicidio (Krug, Mercy, Dahlberg y Zwi, 2002).

Otras formas de violencia contra las mujeres incluyen el acoso sexual, el abuso ejercido por figuras de autoridad (maestros, policías, etc.), el tráfico y la prostitución e incluso prácticas tradicionales como forzar a niñas al matrimonio y a otras muchas prácticas de violencia relacionadas (OMS, 2009). Las agresiones, humillaciones sexuales y otras formas de coacción constituyen parte del ciclo de manifestación de la violencia (Rohlf s y Valls, 2003). A pesar de la magnitud del problema, muchas mujeres no transmiten ni denuncian sus experiencias y no solicitan ayuda (Krug et al., 2002; Rohlf s y Valls, 2003). Como resultado, la violencia de género se convierte en un problema oculto e invisible con importante costes humanos y de salud (Campbell, 2002).

Capítulo 4. Salud

En parte relacionado con la violencia y las desigualdades de género, se encuentra una alta incidencia de depresión y suicidio en mujeres (OMS, 2009). Mientras que los hombres son más propensos a padecer otro tipo de trastornos, las mujeres son más susceptibles de sufrir depresión y ansiedad (Galdós y Van Os, 1995). Se estima que 73 millones de mujeres adultas sufren en todo el mundo un episodio de depresión mayor una vez al año. Los trastornos mentales ocurridos después del nacimiento de los hijos, incluyendo la depresión postparto, se estima que afectan al 13% de mujeres a lo largo de un año (OMS, 2009). La depresión es, sin duda, un problema universal de salud que afecta a millones de mujeres de diferentes países y grupos étnicos (Noble, 2005).

En los países con altos ingresos, cerca del 40% de mujeres que sufren trastornos mentales moderados o severos habían recibido tratamiento en los doce meses previos, en comparación con un 14% de mujeres en países con ingresos bajos (OMS, 2009). Las mujeres pertenecientes a un entorno económico, político y socialmente desfavorecido, presentan tasas mayores de trastornos mentales (Van Lieshout, 2011). En los países más desarrollados, las mujeres con mayor nivel educativo reciben más tratamiento, tendencia que no se da en países menos desarrollados, donde sucede lo contrario (OMS, 2009). Esto puede deberse al estigma que todavía hoy generan las enfermedades mentales, unido a la falta de conocimiento sobre los mismos (OMS, 2009). El suicidio, entendido como la expresión más extrema de la enfermedad mental, supone la séptima causa de muerte en mujeres de entre 20 y 59 años (OMS, 2009). Los factores que más incrementan el riesgo de suicidio en mujeres

Capítulo 4. Salud

incluyen la exposición al abuso sexual en la infancia y la violencia de género (Krug et al., 2002). Las diferencias de género y los roles sociales también juegan un papel muy importante (Noble, 2005).

A la luz de todos estos datos observamos que la salud de las mujeres y los hombres no solo es diferente, sino también desigual: diferente porque existen factores de tipo biológico que tienen distintas implicaciones en la salud; desigual porque hay factores sociales que establecen diferencias injustas y evitables (Borrell, García-Calvente y Martí-Boscà, 2004).

A lo largo de los últimos años, el enfoque de género ha sido el enfoque preferente a la hora de tratar la salud de las mujeres. Resulta primordial luchar contra la discriminación y las desigualdades de género permeables a la organización estructural de gobiernos y organizaciones, incluyendo entre otros, a los sistemas de salud. En enfoque de género también implica que los aspectos de género deben tratarse en todos los aspectos del desarrollo de programas políticos, a través de un análisis de género sistemático y de la implementación de acciones que direccionen el balance de poder y la distribución igualitaria de recursos (OMS, 2009; WDR, 2012).

4.2.2. La salud de las mujeres en España.

Las OMS (1988) plantea que el estereotipo femenino es una construcción social caracterizada por la sumisión, pasividad, dependencia y emotividad. El estereotipo femenino está íntimamente relacionado no solo con la capacidad de

Capítulo 4. Salud

las mujeres para cuidar de los demás, sino también con una mayor vulnerabilidad a la somatización. Los síntomas somáticos funcionales no definen ningún cuadro patológico concreto aunque están presentes en muchos trastornos orgánicos, es decir, los factores psicológicos afectan a la condición física y son relevantes tanto en la génesis como en el curso del trastorno. Estos trastornos somatoformes denotan un patrón de conducta de enfermedad en relación al modo en que son percibidas, evaluadas y representadas, tanto cognitiva como comportamentalmente, las manifestaciones somáticas. La violencia contra las mujeres, en sus múltiples manifestaciones, está en la base de las somatizaciones y problemáticas psicológicas, por ejemplo trastornos cardiovasculares, gastrointestinales, fibromialgia, depresiones o trastornos disociativos, entre otros.

Los roles familiares, la situación laboral y la clase social, contribuyen en gran medida a explicar el porqué de estas diferencias y desigualdades. Esto supone admitir que tales diferencias y desigualdades no pueden ser explicadas apelando únicamente a las diferencias biológicas sino que para estudiar los determinantes que pueden justificarlas se deben considerar factores sociales y psicológicos que afectan desigualmente a mujeres y varones (Rohlf, 2003).

La salud de varones y mujeres es diferente y desigual. Diferente, ya que hay factores biológicos que se manifiestan de forma distinta en la salud y en los riesgos de enfermedad y, además, se muestran invisibles para los patrones androcéntricos de las ciencias de la salud. Desigual, porque hay factores sociales que influyen en la salud de las personas (Rohlf et al., 2000).

Extrapolar a la población general, es decir, a las mujeres, los resultados de investigación realizada exclusivamente con hombres, implica asumir que los factores de riesgo y los protectores de la salud son los mismos para todos; sin embargo, partir de esta hipótesis implica la invisibilidad de la morbilidad y mortalidad diferencial (Bennett, 1993). La ausencia de diagnósticos específicos para muchos problemas de salud hace que muchas mujeres se agrupen en diagnósticos no especificados (Valls, 2000). Muchos estudios evidencian que a pesar de ser la enfermedad coronaria la primera causa de muerte en mujeres, incluso por encima del cáncer de mama, a menudo no es detectada puesto que los factores de riesgo son diferentes a los de los varones, cambian a lo largo del ciclo vital y cursan con distinta sintomatología (Valls, 2000; Marrugat et al., 1998).

Hombres y mujeres enferman de manera diferente. Esta convicción diferencia, a pesar de las revisiones meta-analíticas que muestran su inconsistencia, asume que la salud de las mujeres se focaliza en la salud reproductiva. El peso de esta creencia es tan contundente que un gran número de problemas que afectan a las mujeres se derivan de atención primaria o desde las especialidades médicas a las unidades de atención a la mujer (Valls, 2000). Otros tipos de síntomas no son tomados en consideración, por lo que, ante las reiteradas demandas de atención médica, se prescriben analgésicos o ansiolíticos, con lo que se psicologiza y medicaliza la demanda de atención sanitaria. Existe evidencia de la prescripción de altas dosis de tranquilizantes

Capítulo 4. Salud

como práctica habitual, incluso sin que se haya realizado ninguna exploración previa (Ashton, 1991).

Las mujeres están relativamente protegidas de algunos trastornos más graves asociados al neurodesarrollo, que se manifiestan en la infancia y en la época de la preadolescencia (Crimlisk y Welch, 1996). Pero a partir de la adolescencia este patrón cambia y la mujer desarrolla más problemas psiquiátricos que el hombre. Esta diferencia se debe principalmente a la presencia significativa de cuadros depresivos y ansiosos (Galdós y Van Os, 1995). Aunque estas diferencias no son sólo cualitativas, sino que se han detectado también diferencias en el inicio y en el curso de algunos trastornos mentales. Por ejemplo, la psicosis esquizofrénica tiene un inicio más tardío en mujeres que en hombres, con una mejor evolución y con una mayor respuesta terapéutica requiriendo dosis menores de psicofármacos hasta la menopausia, lo que sugiere la posibilidad de una susceptibilidad para los diferentes tipos de esquizofrenia así como para el posible papel protector de los estrógenos (Häfner, 2003).

A continuación se presentan ejemplos sobre la incidencia diferencial de trastornos mentales en hombres y mujeres. En la Tabla 4.4 se citan datos de la Encuesta Nacional de Salud (2006) sobre salud mental en población adulta según sexo y comunidad autónoma.

Capítulo 4. Salud

Tabla 4.4- Salud Mental en población adulta según Sexo y Comunidad Autónoma.

	Hombres	Mujeres
Andalucía	1.13	1.74
Aragón	0.85	1.62
Asturias	1.16	2.22
Baleares	1.40	2.12
Canarias	1.42	2.36
Cantabria	0.66	1.14
Castilla y León	0.84	1.32
Castilla la Mancha	0.93	1.52
Cataluña	1.38	1.86
Comunidad Valenciana	1.26	2.06
Extremadura	0.95	1.78
Galicia	1.10	2.02
Madrid	1.40	2.01
Murcia	1.12	1.87
Navarra	1.44	2.20
País Vasco	0.77	1.42
Rioja	0.78	0.97
Ceuta y Melilla	1.21	2.02
Total	1.17	1.84

(Los valores oscilan entre 0 y 12 puntos, de mejor salud mental a peor salud mental)

(Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006)

Capítulo 4. Salud

La depresión es un trastorno que aparece con mucha mayor frecuencia en mujeres que en hombre. La depresión supone un problema de salud pública porque, de forma frecuente, presenta co-morbilidad con trastornos somatoformes, básicamente: cardíacos, gastrointestinales y fibromialgia. Además, como es sabido, los componentes de inferioridad social: desamparo legal o económico, dependencia emocional, autoestima devaluada, obediencia, dulzura y complacencia, están en la base de los síntomas depresivos (Beck, 1972; Seligman, 1975).

La prevalencia de los trastornos de ansiedad también es mayor en mujeres. Los trastornos de angustia, de ansiedad generalizada y la agorafobia, así como los distintos tipos de fobia se manifiestan significativamente en mujeres y se asocian tanto con los trastornos somatoformes como con la violencia contra las mujeres. Asimismo, también se manifiestan con más frecuencia los trastornos de conducta alimentaria (Martínez Benlloch, 2003).

En cambio, se observa con mayor prevalencia en los varones los diagnósticos relacionados con trastornos de la personalidad, que tienen que ver con trastornos antisociales, y también ligeramente más frecuentes en varones los diagnósticos de trastornos paranoides y esquizotípicos. Asimismo, se constata mayor frecuencia en trastornos de la personalidad por evitación, obsesivo-compulsivos y narcisistas (Martínez Benlloch, 2003).

La violencia de género y el maltrato también incrementa una serie de sintomatología y de cuadros clínicos que van desde la ansiedad, insomnio o

Capítulo 4. Salud

baja autoestima hasta la depresión clínica o el trastorno por estrés postraumático (OMS, 2009). En el metanálisis llevado a cabo por Golding (1999) para analizar la violencia doméstica como factor de riesgo para diferentes trastornos mentales, se recogía una prevalencia de trastorno por estrés postraumático en mujeres maltratadas oscilaba entre un 31% y un 84.4% en los 11 estudios analizados. Esta frecuencia guardaba una relación dosis-respuesta con la severidad y duración del maltrato. Además, la violencia de género se relaciona con el consumo de alcohol, drogas y determinados psicofármacos (OMS, 2009).

En la Macroencuesta que realiza el Instituto de la Mujer (2011) en España se incluye una batería de preguntas sobre distintos síntomas, padecidos o no, por las mujeres encuestadas. Los dolores de espalda o articulaciones, los dolores de cabeza y los cambios de ánimo fueron las dolencias más sufridas en el conjunto de encuestadas. Las mujeres que han sufrido violencia de género afirmaron haber padecido cualquiera de las dolencias incluidas en la encuesta siempre en mayor proporción que las mujeres que indicaron que nunca habían padecido maltrato. Para casi todos los síntomas (con la excepción de los dolores de espalda y articulaciones y fatiga permanente), las mujeres que están sufriendo en el último año violencia de género dijeron padecerlos aún en mayor proporción. Los resultados son alarmantes. El maltrato tiene consecuencias principalmente psicológicas, pero también físicas en las mujeres que lo padecen, y continúan también presentes en las que lo han padecido (Macroencuesta de violencia de género, 2011).

Capítulo 4. Salud

Tabla 4.5- Dolencias que han sufrido las mujeres encuestadas en el último año.

Dolencias	Total	Violencia de Género	
		Nunca	Alguna vez en la vida
Dolores de cabeza	42.1	41.0	51.0
Resfriados o catarros	37.3	37.1	38.6
Ganas de llorar sin motivos	23.2	21.3	39.5
Dolores de espalda y articulaciones	61.3	60.3	69.9
Cambios de ánimo	40.6	38.5	57.6
Ansiedad o angustia	28.5	25.9	50.1
Inapetencia sexual	25.9	24.5	36.8
Irritabilidad	26.6	24.8	41.4
Insomnio, falta de sueño	34.5	33.0	46.4
Fatiga permanente	17.3	16.0	27.4
Tristeza porque pensaba que no valía	15.4	13.3	33.0

(Fuente: Instituto de la Mujer. Resultados de la Macroencuesta de violencia de género 2011. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).

Las mujeres que sufrieron maltrato de género en el último año muestran una diferencia de 37.3 puntos respecto a las mujeres que no lo habían sufrido nunca en cuanto a situaciones frecuentes de angustia o ansiedad, de 26.5 puntos respecto a cambios de ánimo, de 26.4 puntos en cuanto a ganas de llorar sin motivo, de 24.7 en relación con la irritabilidad frecuente, de 24 puntos en cuanto a haber sentido tristeza al pensar que no valían nada, de 19.2 puntos en cuanto a inapetencia sexual, nombrando sólo los aspectos más destacados (Macroencuesta de violencia de género, 2011).

Capítulo 4. Salud

Los datos sobre la incidencia de la violencia de género en España también son alarmantes. Respecto a las Macroencuestas anteriores, los datos reflejan un aumento importante de la proporción de mujeres que declaraban en 2011 haber sufrido malos tratos alguna vez en la vida frente a los de 2006, 2002 y 1999. La variación de en los datos de las mujeres que dicen haber sufrido violencia de género en el último año se ha incrementado, respecto a los datos de las tres Macroencuestas anteriores hasta llegar al 3% del total de las encuestadas. A continuación se observan los datos en la Tabla 4.6.

Tabla 4.6- Mujeres que han sufrido o sufren algún tipo de violencia de género.

	Macroencuestas			
	1999	2002	2006	2011
Total de mujeres	100	100	100	100
mayores de 18				
Nunca maltrato de género	94.9	93.8	93.7	89.1
Maltrato de género alguna vez en la vida	5.1	6.2	6.3	10.9
Maltrato de género en el último año	2.1	2.3	2.1	3.0
Alguna vez en la vida pero no en el último año	2.9	3.9	4.2	7.9

(Fuente: Instituto de la Mujer. Resultados de la Macroencuesta de violencia de género 2011. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).

Capítulo 4. Salud

La proporción de mujeres que ha logrado salir de la situación de violencia de género ha ido aumentando de forma significativa desde 1999, pasando de un 2.9% del total de las entrevistadas en ese año a un 4.2% en 2006. En la Macroencuesta de 2011, el porcentaje es del 7.9% (Macroencuesta de violencia de género, 2011).

Mientras que, en 2006, dos de cada tres mujeres habían dejado de ser víctimas de violencia de género (por haber sufrido maltrato alguna vez en la vida, pero no en el último año), la proporción de las que han salido de la violencia en 2011 es casi de tres mujeres de cada cuatro: el 72.5% de las encuestadas que declararon en 2011 haber sufrido violencia de género alguna vez en la vida, no lo sufrieron en el último año (Macroencuesta de violencia de género, 2011).

La violencia de género y los trastornos mentales son sólo algunas de las patologías más prevalentes en el sexo femenino. Sin embargo, existen otras patologías que producen mortalidad prematura, sobre las que existe un mayor desconocimiento científico. La rigidez de la visión centrada solo en el hombre ha producido sesgos en el momento del diagnóstico, tanto por considerar que enferman igual hombres y mujeres, como por considerar que como son diferentes no pueden tener problemas similares (Ruiz y Verbrugge, 1997).

La prevalencia de enfermedad coronaria es superior en varones respecto a mujeres en todos los grupos de edad. Este hecho ha supuesto la consideración de que la enfermedad coronaria es una patología masculina. Sin embargo, la mayor esperanza de vida de las mujeres y, por tanto, su mayor presencia en

Capítulo 4. Salud

los grupos de edad más longevos, determina que, en el número absoluto de pacientes con enfermedad coronaria, la presencia de mujeres sea mayor (Lerner et al., 1986). No debemos olvidar que la enfermedad cardiovascular es una de las primeras causas de enfermedad en España, en mujeres, a partir de los 70 años (Encuesta Nacional de Salud, 2006).

La intervención y el esfuerzo terapéutico sobre la enfermedad coronaria en mujeres es menor que en hombres en las diferentes etapas de la historia natural de la enfermedad. En prevención primaria, el control de factores de riesgo cardiovasculares es menor, lo que determina que cuando se produce un evento coronario agudo, las mujeres lleguen en peores condiciones (Hochman et al., 1999; Vaccarino, Parsons, Every, Barron y Krumholz, 1999).

El cáncer de mama supone globalmente una de las causas más importantes de muerte en mujeres. Entre 2005 y 2009, la edad media de diagnóstico de cáncer de mama se encuentra en los 61 años, de forma que el 77.5% de diagnósticos se realizan entre los 45 y 74 años de edad (*National Cancer Institute*, 2012). En relación a la población Europea, España, seguida de Grecia y Portugal, presenta la tasa más baja de incidencia (López-Abente et al., 2004).

El cáncer de cuello de útero es otra de las causas de muerte más importante en mujeres jóvenes. Se estima que 12.170 mujeres serán diagnosticadas de cáncer de cuello uterino y 4.220 morirán por esta enfermedad (*National Cancer Institute*, 2012). Respecto a la tasa de incidencia, España tiene una de las más bajas en relación a otros países Europeos, siendo la tercera más baja después

Capítulo 4. Salud

de Alemania y Portugal (López-Abente et al., 2004). El virus del papiloma humano está directamente relacionado con la aparición y el desarrollo de este tipo de cáncer; las infecciones por este tipo de virus, en concreto aquellas producidas por los subtipos de alto riesgo, son las responsables de la mayoría de casos de cáncer de cuello de útero. Con una adecuada prevención y vacunación las expectativas de la enfermedad son mucho mejores (Sanabria, 2009).

El cáncer de pulmón es otro de las enfermedades cuya incidencia va en aumento entre mujeres, ya casi igualando a la de los hombres (*National Cancer Institute*, 2012). A lo largo de las últimas décadas el consumo de tabaco ha aumentado significativamente entre las mujeres españolas; aun así, la tasa de incidencia en España queda muy por debajo de la media Europea, situándose como la más baja de todas (López-Abente et al., 2004).

El dolor es otra de las principales causas de limitación crónica en España (Encuesta Nacional de Salud, 2006). El dolor constituye una de las causas recurrentes de consulta en atención primaria y afecta a buena parte de los pacientes que buscan asistencia médica (Griggs y Karpati, 1999). El dolor crónico es más prevalente entre el sexo femenino: en EEUU es de un 19.5% entre mujeres de 35 a 45 años y llega a un 62% en mujeres mayores de 70 años. La artritis y otras enfermedades reumatoideas (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y fibromialgia) suponen un gran problema de salud pública que afecta a millones de mujeres, causando amplias incapacidades asociadas a considerables limitaciones funcionales. Existe evidencia de que

Capítulo 4. Salud

determinadas intervenciones como los programas educativos en autocontrol y promoción de la actividad física pueden reducir el dolor, mejorar la funcionalidad y disminuir la incapacidad (Hootman, Sniezek y Helmick, 2002).

Las enfermedades endocrinas también presentan una alta prevalencia en el sexo femenino, pero la glándula tiroidea es la que presenta alteraciones con más frecuencia, sobre todo las relacionadas con patología autoinmune. La tiroiditis autoinmune se presenta con una alta incidencia, llegando al 25% de mujeres con tiroiditis postparto. Es importante tener en cuenta factores como la historia de la paciente, un examen físico y otro tipo de evaluaciones técnicas para poder realizar un diagnóstico adecuado (Farwell y Braverman, 1996).

En el siguiente Capítulo se presenta un modelo explicativo que pone en relación los aspectos más destacados de los capítulos anteriores. En este modelo se hace especial hincapié en la relación que existe entre factores biológicos, psicológicos y sociales a la hora de explicar los problemas de salud y la interacción entre todos ellos.

Capítulo 5. Un modelo explicativo.

5. Un modelo explicativo.

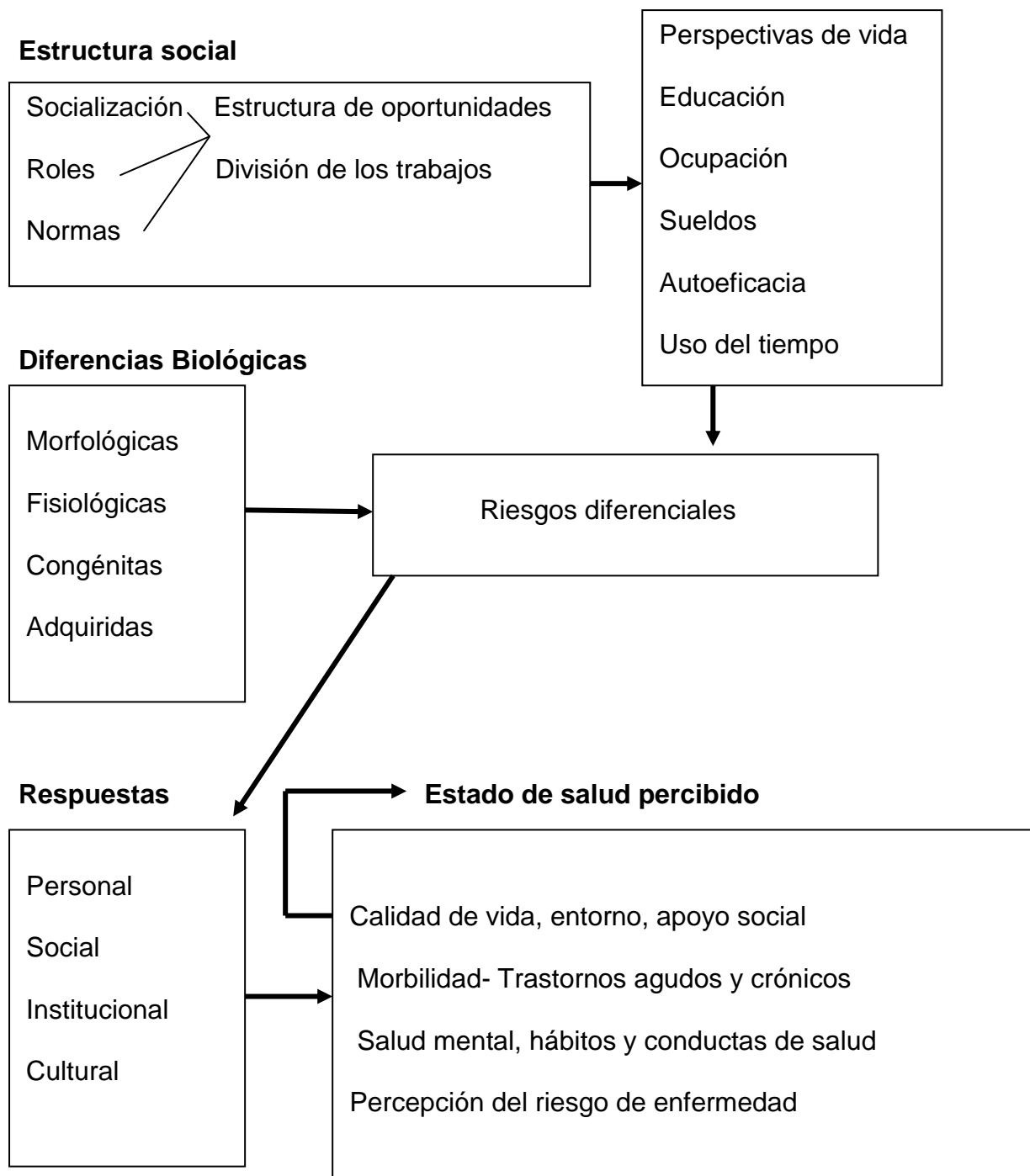
En este último Capítulo se propone un modelo explicativo que engloba los componentes y variables que hacen referencia al género, al trabajo y a la salud y que de alguna forma se relacionan recíprocamente. De esta forma se puede observar la interacción de grupos de variables de diferente tipo, en concreto las variables a las que este estudio hace referencia. En la última parte se hace especial hincapié en la inserción laboral y en el efecto que determinados factores ejercen sobre ella como el nivel educativo, el género y la salud.

5.1. Un modelo explicativo.

Tal y como se ha comentado en capítulos anteriores, trabajo, género y salud tienen componentes íntimamente relacionados (Artazcoz, Escribà-Agüir et al., 2004). Tradicionalmente, las investigaciones sobre salud en hombres se han centrado más en el análisis de la clase social, mientras que en mujeres los estudios sobre salud hacen referencia de forma más habitual a sus roles, sociales haciendo hincapié en su papel como madres, su estado civil o el trabajo remunerado como rol adicional (Sorensen y Verbrugge, 1987).

Hoy en día las mujeres siguen soportando la carga de una doble jornada. La carga de trabajo doméstico, que depende de las exigencias familiares y del hogar y de la existencia de recursos, junto con la carga de trabajo remunerado y la dificultad para compatibilizar la vida profesional y la familiar, pueden tener efectos negativos en la salud de las mujeres (Artázcoz et al., 2001).

Figura 5.1- Relaciones entre el género y la salud percibida.



(Fuente: Rohlfs, Borrell y Fonseca, 2000.)

Capítulo 5. Un modelo explicativo

En la Figura 5.1 se puede observar de forma general la influencia que la estructura social del género y las diferencias biológicas tienen sobre la salud. Los ejes básicos de la estructuración del género, socialización, roles y normas inciden tanto en la estructura de oportunidades como en la división sexual del trabajo (Rohlf et al., 2000). Tal y cómo se ha señalado en anteriores capítulos, los estereotipos de género derivan en parte de los roles y normas sociales; los roles masculinos están orientados a posiciones dominantes y de liderazgo mientras que los femeninos quedan vinculados al cuidado de los demás (Diekman et al., 2005). Estas diferencias están directamente relacionadas con la división sexual del trabajo, que a su vez dan lugar a la segregación tanto horizontal como vertical en el mercado laboral (ILO, 2004; WDR, 2012).

Esta compleja estructura perpetúa las grandes desigualdades sociales que van desde la educación, la ocupación y el salario, hasta la autoeficacia y el uso del tiempo, creando una enorme brecha entre las perspectivas de vida de hombres y mujeres (Rohlf et al., 2000).

No podemos olvidar que aquellas mujeres que poseen una estructura de género más igualitaria suelen cursar en mayor medida estudios secundarios, motivo por el cual acceden a trabajos mejor pagados (Corrigall y Konrad, 2007). Las posiciones directivas, más cualificadas y mejor asalariadas siguen siendo ocupadas por hombres (Messing et al., 1994); por el contrario, para mantener estas mismas posiciones, las mujeres deben aportar un mayor

Capítulo 5. Un modelo explicativo

esfuerzo en sus puestos, y sacrificar en gran medida su tiempo libre a la hora de querer formar una familia (Corrigan y Konrad, 2007).

La segunda parte de la Tabla 5 hace referencia al papel de los factores biológicos que determinan el dimorfismo sexual y las diferencias adquiridas a lo largo de la vida (Rohlf et al., 2000). Qué duda cabe de que el efecto de las hormonas sexuales, la genética, los cromosomas y las diferencias cerebrales tienen una influencia decisiva (Money 1955, 1985). Sólo la carga hormonal prenatal podría ya determinar en parte las diferencias en temperamento entre hombres y mujeres, además de ciertas conductas sexuales (Ehrhardt y Meyer-Bahlburg, 1981). Estas hormonas tienen una influencia en las conductas de género más tempranas (Meyer-Bahlburg et al., 2004) que podrían verse reflejadas en edades más tardías, así como la carga de ciertos genes sobre aspectos cognitivos y conductuales (Skuse, 2006). Más allá de los factores prenatales, el hecho de ser hombre o mujer, el sexo biológico, marca diferencias que se escapan de lo estrictamente sexual a la hora de adoptar conductas, estilos de vida y preferencias diferentes, por la simple razón de haber vivido desde el nacimiento las experiencias atribuidas a cierto sexo (Stoller, 1968).

A pesar de que factores biológicos tales como la genética, la exposición a hormonas prenatales y la exposición natural a hormonas pueden contribuir en la edad adulta a diferencias entre hombres y mujeres en salud, un amplio rango de factores sociales puede crear, mantener o exacerbar el efecto de estas diferencias biológicas (Bird y Rieker, 1999). Tanto las desigualdades sociales

como las diferencias biológicas generarán riesgos diferenciales que serán afrontados mediante la respuesta individual, influida tanto por la sociedad como por la cultura o por las normas institucionales. La salud queda reflejada en la calidad de vida, las características personales y hereditarias, así como en la interacción entre el individuo y la sociedad (Rohlfs et al., 2000).

5.2. Trabajo, roles y salud.

La división del mercado de trabajo, los costes asociados a esta división, la distribución ocupacional de los roles familiares y de los recursos materiales y no materiales generan enormes diferencias entre hombres y mujeres (Emslie, Hunt y Macintyre, 1999). Estos factores ocupacionales y laborales resultan centrales en la vida de las personas y con frecuencia son utilizados en la investigación de las desigualdades sociales en salud (Rohlfs et al., 2000).

Además de las diferencias de género en el trabajo remunerado, existen desigualdades en el trabajo doméstico derivadas de la persistencia de los papeles sociales tradicionales asignados a hombres y a mujeres (Artazcoz, Escribà-Agüir et al., 2004). Estos roles sociales y ocupacionales están íntimamente vinculados con el estado de salud de hombres y mujeres; factores como el estilo de vida, el estrés, las prácticas preventivas y el uso de los servicios de salud podrían ser decisivos (Verbrugge, 1985).

Desde el punto de vista en el que los roles sociales y el acceso a recursos están directa o indirectamente asociados a la promoción o el daño para la

Capítulo 5. Un modelo explicativo

salud, parece evidente que exista una distribución diferencial que genere diferencias en las tasas de morbilidad entre hombres y mujeres (Emslie et al., 1999).

Las desigualdades sociales marcan importantes consecuencias en la salud de ambos; factores acumulativos como la socialización, las actividades vinculadas a los roles de género y las diferencias en oportunidades generan desigualdad en el acceso a los recursos y una exposición diferencial a determinados riesgos para la salud (Bird y Rieker, 1999). Por poner un ejemplo, debido a la segregación en el empleo las mujeres ocupan puestos de menor estatus y peor pagados, lo cual puede generar a largo plazo un acceso más precario a los servicios de salud y a la cobertura de necesidades, dificultando una longevidad de calidad. Además, las mujeres tienen que soportar la carga de los hijos y las tareas del hogar en mayor medida, lo cual puede implicar un menor volumen de ingresos (Meyer y Pavalko, 1996).

De igual forma, es necesario tener en cuenta la exposición diferencial a estresores económicos y sociales. Muchos modelos de salud se han centrado en el estrés que sufren los hombres en el lugar de trabajo, subestimando los efectos estresantes que tiene el cuidado de la casa y de los hijos en mujeres. La carga de estrés viene en cada caso por vías diferentes (Bird y Fremont, 1991).

También hay grandes diferencias en cuanto a conductas relacionadas con la salud como el consumo de tabaco, conductas de alto riesgo y comportamientos

Capítulo 5. Un modelo explicativo

violentos (Verbrugge y Wingard, 1987; Waldron, 1983). La conformidad con las normas de género podría estar relacionada no solo con determinadas conductas saludables sino también con determinados trastornos. Por ejemplo, una alta conformidad con el rol de género femenino se relaciona con un menor consumo de alcohol y tabaco, a la par que se relaciona con un mayor número de enfermedades crónicas reportadas (Sánchez-López, Cuellar y Dresch, 2012). Además, otros estudios señalan que un alto grado de feminidad podría proporcionar un mayor sentido, conciencia y preocupación por circunstancias que ponen en peligro la salud (Kaplan y Marks, 1995).

De igual forma, hay trabajos que ponen en evidencia la necesidad de tener en cuenta otras variables como por ejemplo el estatus laboral a la hora de estudiar las relaciones entre género y salud, pues esta variable podría tener un efecto modulador (Aparicio, Sánchez-López, Dresch, y Díaz, 2008).

De forma general, las actitudes tanto positivas como negativas de hombres y mujeres respecto a la salud, la exposición a diferentes factores en su vida diaria y las diferencias en cuanto a recursos protectores pueden producir riesgos diferenciales de mortalidad y morbilidad. La organización social de la vida de ambos afecta en la exposición a riesgos dispares, relacionados con el empleo, los roles sociales, las actividades asociadas a roles o las diferencias socioeconómicas (Bird y Rieker, 1999).

5.2.1. El trabajo reproductivo

El trabajo no remunerado es aquel caracterizado por la ejecución de tareas relacionadas con la manutención del bienestar y el cuidado de la familia (Rohlf et al., 2000). En la actualidad, aunque los hombres han aumentado su participación en este tipo de trabajo, las mujeres todavía continúan ejerciéndolo en una proporción mucho mayor a la de los hombres (Sayer, 2005).

El trabajo no remunerado, realizado principalmente en el hogar y mayoritariamente por mujeres, es considerado como natural, difícilmente reconocido y mucho menos medido (Rohlf et al., 2000). En la actualidad se está tratando de dar una mayor visibilidad a este tipo de trabajo, que tradicionalmente no solo no ha sido reconocido, sino que ni siquiera se ha considerado un trabajo como tal. El trabajo no remunerado requiere tiempo, ejercicio físico y esfuerzo emocional de la misma forma que el trabajo remunerado (MacDonald, Phipps y Lethbirdge, 2005).

Hay muchos aspectos de la salud física y mental relacionados con la cantidad y las condiciones de trabajo, tanto remunerado como no remunerado. El trabajo remunerado, igual que otros trabajos, implica un riesgo para la salud y al bienestar físico y puede llegar a ser bastante estresante, especialmente cuando el tiempo y los recursos son insuficientes (MacDonald et al., 2005). Si bien se ha prestado algo de atención a la doble jornada de trabajo que realizan las mujeres, sus efectos sobre la salud y la calidad de vida, han sido estudiados de una forma relativamente reciente (Floro, 1995).

Capítulo 5. Un modelo explicativo

Los roles de las mujeres en la sociedad y en el mercado de trabajo no pueden disociarse de la labor que las mujeres hacen en el hogar (Macedo y Almeida, 2010). El modelo tradicional se rige por un desequilibrio entre el trabajo no remunerado realizado por hombre y mujeres, lo cual repercute en la salud de la mujeres no sólo en términos de estrés y tiempo libre, sino también en factores relacionados, como por ejemplo la calidad de las dietas, la propensión a adicciones y una menor actividad física (Beaujot y Andersen, 2007).

España no supone una excepción en cuanto a las desigualdades en la carga de trabajo no remunerado entre hombres y mujeres, país dónde los roles de género están todavía muy activos y juegan un papel muy importante en la desigual división de este tipo de trabajo. Además, esta situación se agrava dado el inadecuado servicio de apoyo al cuidado de los hijos y la rigidez de las jornadas laborales en España (Sevilla-Sanz, Giménez-Nadal y Fernández, 2010).

La gran mayoría de mujeres trabajadoras soporta una doble jornada de trabajo, y estas condiciones se acentúan en hogares más numerosos. Según aumenta el número de personas en el hogar y en particular de hijos pequeños, aumenta el riesgo de un mal estado de salud en las mujeres (Artazcoz, Cortès, Moncada, Rohlf s y Borrell, 1999). Esto se deriva en parte de que para las mujeres el hecho de convivir equivale a cuidar, no limitándose al cuidado de los hijos, sino de todas las personas integrantes del hogar. El estrés y el consumo de tabaco

podrían ser un ejemplo del daño para la salud que esta sobrecarga de trabajo tiene para las mujeres (Graham, 1987).

Esta situación de desigualdad podría verse exacerbada en el caso de las mujeres sin recursos. Según Lennon y Rosenfield (1994), las mujeres que tienen pocas alternativas al matrimonio, con menos recursos laborales y económicamente dependientes de sus parejas, son más propensas a considerar como justos los desequilibrios en los roles reproductivos. Sin embargo, estudios recientes aseguran que en España la mayor participación de las mujeres en las tareas del hogar persiste incluso en el caso de que sus ingresos sean mayores que los de sus compañeros (Sevilla-Sanz et al., 2010).

5.2.2. El trabajo productivo

Tal y cómo se ha comentado en capítulos anteriores, todavía existe una enorme brecha de género en el mercado de trabajo. Hoy en día las mujeres todavía tienen una menor participación y sufren grandes diferencias salariales respecto a los hombres. Las diferencias sociales y culturales siguen vigentes, perpetuando la segregación en el empleo (ILO, 2004; WDR, 2012).

Las mujeres están expuestas a una fuerte discriminación en sus puestos, a menores ganancias salariales a lo largo de su vida y a una fuerte inseguridad económica (Warren, Pascall y Fox, 2010). El trabajo que realizan es más exigente, menos participativo, con pocas perspectivas de promoción y un mayor índice de acoso (Paoli y Merllié, 2001). A esto hay que añadirle la

Capítulo 5. Un modelo explicativo

discriminación que sufren en la esfera privada, haciendo frente a las labores del hogar y al cuidado de los demás (Macedo y Almeida, 2010).

Las mujeres se posicionan en procesos de subordinación y dominación dentro de áreas profesionales precarias, menos visibles y menos privilegiadas, donde su participación parece dependiente de atribuciones masculinas. El acceso al trabajo y la progresión en el mismo están todavía vinculados a principios de individualismo y éxito individual que consolidan la hegemonía masculina (Macedo y Almeida, 2010).

El caso de España no es diferente. En España existe una segregación horizontal que divide a hombres y mujeres en sectores de actividad económica diferente (Amuedo-Dorantes y De la Rica, 2006; De la Rica, 2007; Iglesias y Llorente, 2010), además de una clara segregación vertical por la cual los puestos de trabajo de categoría superior están ocupados por hombres (De la Rica, 2007).

Las mujeres eligen en mayor medida un trabajo a tiempo parcial para poder compatibilizar el trabajo productivo y reproductivo, normalmente en trabajos caracterizados por una baja cualificación (Matthews, Hertzman, Ostry y Power, 1998). En muchos casos también tienen que afrontar jornadas más largas para demostrar su competitividad en sectores más masculinizados (Reskin y Ross, 1992).

Capítulo 5. Un modelo explicativo

Se ha encontrado que tanto el trabajo voluntario como el trabajo remunerado tendrían efectos positivos para la salud a largo plazo. Ambos serían beneficiosos para la actividad física y cognitiva, además de reducir el riesgo de depresión (Ming-Ching y Regula, 2002). No obstante, estos efectos positivos varían en función de la ocupación, las condiciones laborales y la combinación de roles productivos y reproductivos (Kandel, Davies y Raveis, 1987). De igual forma, muchos factores biopsicosociales en conjunto podrían estar relacionados, incluyendo aquí aquellos que van desde los más puramente biológicos, el gradiente socioeconómico, los roles sociales, las condiciones laborales y las características familiares (Matthews y Power, 2002).

Ciertos estudios en los que se analiza la salud de mujeres con diferente estatus laboral, se ha encontrado que son las amas de casa las que peor salud tienen (Aparicio et al., 2008). La salud de las amas de casa parece ser más pobre que la de sus compañeras trabajadoras, aunque esta relación está determinada en parte por el nivel educativo y el estatus socioeconómico (Artazcoz, Borrell, Benach, Cortés y Rohlfs, 2004).

Los efectos de trabajo en mujeres parecen tener un impacto directo sobre la autoestima, la integración social, la felicidad y el bienestar psicológico, impacto que queda modulado por las condiciones de trabajo y la satisfacción laboral (Pugliesi, 1995). Algunos trabajos que han estudiado la relación entre ocupación y salud mental, si bien es cierto que no han encontrado diferencias significativas directas entre trabajadoras y amas de casa, por el contrario, si se ha detectado un mayor consumo de fármacos para el sueño y tranquilizantes

Capítulo 5. Un modelo explicativo

entre las amas de casa, lo cual podría enmascarar una mayor morbilidad en salud mental en este grupo de mujeres (Artazcoz, Borrell et al., 2004). Otros trabajos, sin embargo, sí han encontrado niveles significativamente inferiores de autoestima, satisfacción vital y apoyo social en amas de casa (Aparicio et al., 2008; Sánchez-López, Aparicio y Dresch, 2006).

En general, parece que el trabajo fuera de casa contribuye a la estabilidad física y psicológica; aunque trabajar fuera de casa puede suponer una mayor carga especialmente en aquellas mujeres que tienen una doble jornada, son mayores los beneficios que las desventajas (Waldron, Weiss y Hughes, 1998).

5.3. Inserción laboral

La inserción laboral de las mujeres en las últimas décadas en España presenta aspectos innegablemente positivos. No solo ha aumentado el número de mujeres que quieren trabajar, sino que hay más mujeres empleadas, tanto asalariadas como empleadoras y autónomas. Además, las más jóvenes se incorporan al mercado de trabajo con un nivel formativo muchos más alto que en generaciones anteriores (Liceras, 1995).

Ante el análisis de la inserción laboral según el género, hay que tener en cuenta diferentes aspectos (Ibáñez, 1999). Por una parte, ha aumentado la participación de las mujeres en el mercado laboral, acompañada de ciertos cambios en la estructura familiar, flexibilizando los roles del género y la división del trabajo doméstico (Ibáñez, 1999). Existe un mayor número de mujeres con

Capítulo 5. Un modelo explicativo

un elevado nivel educativo, salarial y de estatus, contribuyendo así al desarrollo de valores más igualitarios (Thornton et al., 1983; Twenge, 1997). Por otra parte, ha cambiado el modelo de inserción laboral entre los jóvenes, tanto en hombres como en mujeres, alargándose y complicándose enormemente debido a la alta tasa de desempleo juvenil (Morsy, 2012). Sin embargo, en España, el desempleo ha afectado más a hombres que a mujeres, golpeando de forma particularmente intensa a los sectores más masculinos como la construcción y el automovilístico, aumentando también la feminización de la ocupación laboral (Larrañaga, 2009).

El problema del desempleo juvenil se centra de forma tradicional en el acceso a la primera ocupación; una vez dentro de esta se reproducen antiguos modelos de empleo caracterizados por una mayor estabilidad (Roquero, 1995). En los años ochenta y noventa se ha asistido a un cambio en este modelo tradicional de inserción donde los cambios entre empresas no suponían períodos largos de desempleo y normalmente iban acompañados de mejoras, pasando a un modelo caracterizado por el cambio respecto a la ocupación y la actividad. A raíz de esto se observan mayores cambios de ocupación, desempleo o continuación con los estudios, tanto reglados como no reglados (García Blanco y Gutiérrez Palacio, 1996). Los nuevos modelos de inserción laboral se rigen por el alargamiento del proceso y por la inestabilidad. Por una parte se produce una prolongación en el tiempo de acceso a la actividad y en el período de estudios, y por otra parte aumenta el número de tránsitos dentro de la misma actividad (Roquero, 1995).

Capítulo 5. Un modelo explicativo

En el análisis de los procesos de inserción laboral confluyen dos grandes perspectivas sociológicas: la perspectiva macrosocial, al entender que los mercados están estructurados, y la microsocia, al tener en cuenta el logro socioeconómico de los individuos, producto de las diferencias individuales. Ambas dimensiones mantienen una estrecha relación; trayectorias laborales y mercado de trabajo interactúan entre sí (Ibáñez, 1999).

El entorno psicosocial de las mujeres juega un papel clave en su relación con el mundo laboral y en el desarrollo de su vida profesional. Se incluiría aquí tanto el entorno más inmediato (familia, amistades, maestros, etc.) como lo que podría denominarse entorno psicológico, refiriéndonos aquí a actitudes y conductas que se adoptan y que provienen en parte de la socialización (Poal, 1995).

En el caso las mujeres, la transición del ámbito privado al ámbito público es particularmente difícil. Si bien a los hombres se les orienta más hacia la asunción de riesgos y al progreso, a las mujeres se las orienta más hacia la permanencia en un entorno doméstico familiar. Para aquellas mujeres que no trabajaron nunca fuera del hogar o que abandonaron su trabajo para dedicarse a su familia, la inserción laboral es particularmente difícil (Poal, 1995).

A continuación, en la Tabla 5.1 se pueden observar las características que definen cada de uno de los ámbitos, público y privado, a la par que las diferencias entre ellos.

Capítulo 5. Un modelo explicativo

Tabla 5.1- Transición al mundo laboral.

Ámbito privado/doméstico	Ámbito público/laboral
-Pequeño / Cerrado	-Extenso / Abierto
-Con límites definidos	-Con límites poco definidos
-Estable, sencillo	-Cambiante, complejo
-Poco competitivo	-Competitivo
-Rigen valores afectivos	-Rigen valores productivos
-Interacciones sociales cercanas y concretas	-Interacciones sociales complejas y diversas
-Conocido, poco cuestionador	-Desconocido, muy cuestionador
-Se dispone de cierto estatus	-Se carece de estatus (al principio)
-En el que es su propia jefa	- Se depende de decisiones de otros
-Roles compatibles (madre/esposa)	-Roles poco compatibles (madre/esposa y trabajadora)

(Fuente: Poal, 1995)

Si bien la transición de la esfera privada a la pública es importante (Poal, 1995), también lo es la transición desde el mundo académico al mundo laboral (Brzinsky-Fay, 2011). El salto que hay de la educación al empleo es uno de los indicadores empíricos del éxito de las políticas de empleo (Brzinsky-Fay, 2011), del buen funcionamiento del mercado laboral y del sistema educativo, así como de una adecuada flexibilidad laboral (Pastore, 2007). En España, el desempleo juvenil ha ido creciendo en la última década hasta situarse en una de las tasas más altas de la Unión Europea, es evidente que las características del país, su mercado de trabajo y su sistema educativo tienen mayor peso que las

Capítulo 5. Un modelo explicativo

características individuales (Brzinsky-Fay, 2011). Otro factor de peso para la transición de la educación al trabajo sería la especificidad vocacional y la medida en la que esta se solapa con las ocupaciones demandadas por el mercado (Kerckhoff, 2001).

El nivel educativo en sí mismo es un factor decisivo al hablar de inserción laboral. No solo aumenta las posibilidades de éxito para un adecuado proceso de inserción, sino que se relaciona positivamente con satisfacción laboral a cualquier edad y en diferentes situaciones vitales (Erdwins y Mellinger, 1985). Aunque el efecto de la educación no es un efecto aislado, sino que también habría que tener en cuenta el cómo y el porqué las mujeres eligen entre diferentes posibilidades a lo largo de su vida. Incluso manteniendo el mismo nivel educativo, la relación entre familia y trabajo y su conciliación es muy significativa; así como los antecedentes sociales y familiares (Blanco, 1999).

A continuación se da comienzo a la segunda parte, es decir, a la Investigación Empírica, donde en primer lugar se plantea el método, seguido de los resultados, conclusiones, discusión y limitaciones y perspectivas futuras.

PARTE II. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Capítulo 6. Método.

6.1. Definición del problema.

6.1.1. Objetivos.

. Objetivo general.

En primer lugar se plantea el objetivo general de la investigación, en torno al cual surgen los objetivos específicos y las hipótesis del estudio. Concretamente, el objetivo general principal se plantea así:

- Estudiar las relaciones que existen entre el estatus laboral, el nivel de conformidad con el rol de género femenino y la salud.

.Objetivos específicos.

Para poder abordar este objetivo general, se plantean una serie de objetivos específicos que delimitan de forma más concreta la relación que existe entre el estatus laboral, el rol de género femenino y la salud. A continuación se plantean los objetivos específicos:

- Describir la relación que existe entre el estatus laboral y el nivel de conformidad con el rol de género femenino, analizando las diferencias que existen entre los tres grupos de mujeres (amas de casa, trabajadoras y desempleadas) en cuanto al rol de género.

- Describir la relación que existe entre el estatus laboral y la salud, tanto física como psicológica, analizando las diferencias en salud autopercebida y salud psicológica entre amas de casa, desempleadas y trabajadoras.
- Describir la relación que existe entre la conformidad con el rol de género femenino y la salud, tanto física como psicológica, analizando las diferencias en salud autopercebida y salud psicológica entre mujeres con mayor y menor conformidad con el rol de género femenino.

6.1.2. Hipótesis.

. Hipótesis 1.

La primera hipótesis de este trabajo se define así:

Aquellas mujeres cuyo estatus laboral principal sea el de amas de casa, puntuarán más alto en la escala de conformidad con el rol de género femenino, siendo más bajas estas puntuaciones en el caso de las mujeres trabajadoras y las desempleadas.

Esta primera hipótesis pretende poner en relación el estatus laboral y el nivel de conformidad con el rol de género femenino; entendiendo como rol de género femenino el nivel de conformidad (emocional, cognitivo y conductual) con una serie de normas de género que designan lo que es considerado socialmente

Capítulo 6. Método

apropiado para una mujer, que es transmitido por cada cultura y que es identificado por los miembros de cada sociedad (Mahalik et al., 2005).

Son numerosos los estudios que han tratado la relación que existe entre el estatus laboral y el rol de género. Ciertas características del rol de género femenino como la afectividad, la simpatía o la maternidad, están fuertemente orientadas al cuidado de los demás, lo cual determina sus posiciones y roles en la sociedad (Diekman et al., 2005).

Las mujeres que tienen mayores niveles educativos y un trabajo remunerado presentan niveles menores de feminidad (Abele, 2003; Kasen et al., 2006; Twenge, 2001). Aquellas mujeres que ejercen un trabajo cualificado se describen a sí mismas como más independientes, menos convencionales y con un alto estatus (Eckes, 1994).

Altos niveles de feminidad están asociados con el éxito en las relaciones románticas y el cuidado de la familia, pero no sin que las carreras y el estatus profesional se vean dañados (Abele, 2003). El rol de mujer trabajadora es congruente con una presencia alta de rasgos masculinos y baja en rasgos femeninos; haciéndose más pronunciada esta relación en el caso de mujeres con trabajos a tiempo completo y ocupaciones de más prestigio (Kasen et al., 2006).

El carácter dominante y asertivo de una mujer se relaciona con su estatus social y los roles que desempeña; de hecho, es el desempeño de estos roles y

estatus lo que va modulando y produciendo variaciones en su asertividad (Twenge, 2001).

Uno de los objetivos de este trabajo es por tanto estudiar la relación que existe entre el estatus laboral y el rol de género femenino, comprobando que el nivel de conformidad con este rol variará en función del estatus laboral de las mujeres.

. Hipótesis 2.

La segunda de este trabajo hipótesis se define así:

Aquellas mujeres cuyo estatus laboral principal sea el de amas de casa puntuarán más bajo en la escala de salud autopercebida, siendo más altas estas puntuaciones en el caso de las trabajadoras y de las desempleadas.

La segunda hipótesis de este estudio trata sobre la relación que existe entre el estatus laboral y el estado de salud general, entendiendo este como la percepción que tiene una persona de su propia salud.

La validez del estado de salud autopercebido como indicador de salud general es algo ampliamente contrastado (Miilunpalo, Vuori, Oja, Pasanen y Urponen, 1997). Se trata de una medida estable con alta capacidad de pronóstico y fuerte asociación predictiva para la mortalidad (Miilunpalo et al., 1997). Es un indicador sensible a la comorbilidad, capaz de identificar personas en situación

Capítulo 6. Método

en riesgo así como otras enfermedades subyacentes (DeSalvo, Bloser, Reynolds, He y Muntner, 2005). No solo supone una forma objetiva de medir salud, sino que añade algo más que otras medidas objetivas no pueden aportar, como el propio punto de vista global de los entrevistados (Idler y Benyamini, 1997).

Los roles ocupacionales y familiares son primordiales en la vida de los adultos y han sido utilizados con frecuencia como ejes en la investigación de las desigualdades de salud según el género (Rohlf's et al., 2000). Factores como la socialización, las actividades vinculadas a los roles de género y las diferencias en oportunidades generan desigualdad en el acceso a los recursos y una exposición diferencial a determinados riesgos para la salud (Bird y Rieker, 1999).

El trabajo remunerado tendría efectos positivos para la salud a largo plazo, siendo beneficioso para la actividad física y cognitiva, además de reducir el riesgo de depresión (Ming-Ching y Regula, 2002). De igual forma, muchos factores biopsicosociales en conjunto podrían estar relacionados, incluyendo aquí aquellos que van desde los más puramente biológicos, el gradiente socioeconómico, los roles sociales, las condiciones laborales y las características familiares (Matthews y Power, 2002).

Dentro de estudios similares en los que se analiza la salud de mujeres con diferente estatus laboral, se ha encontrado que son las amas de casa las que peor salud tienen (Aparicio et al., 2008). La salud de las amas de casa parece

ser más pobre que la de sus compañeras trabajadoras, aunque esta relación está determinada en parte por el nivel educativo y el estatus socioeconómico (Artazcoz, Borrell et al., 2004).

El trabajo fuera de casa contribuye a la estabilidad física y psicológica; aunque trabajar fuera de casa puede suponer una mayor carga especialmente en aquellas mujeres que tienen una doble jornada, son mayores los beneficios que las desventajas (Waldron et al., 1998).

. Hipótesis 3.

La tercera hipótesis de este trabajo se define así:

El grupo de las mujeres trabajadoras obtendrá mejores puntuaciones en salud mental que aquellas mujeres que pertenezcan al grupo de amas de casa o que aquellas que se encuentren en situación de desempleo, cuyos índices de salud mental mostrarán una mayor presencia de trastornos psicológicos.

La tercera hipótesis de este trabajo pone en relación el estatus laboral y estado de salud psicológica, entendiendo este como la presencia o ausencia de trastornos psicológicos clínicos, la capacidad o incapacidad para seguir realizando funciones saludables normales y la presencia o no de nuevos fenómenos de malestar psíquico.

Capítulo 6. Método

El trabajo remunerado no solo tiene efectos sobre la salud física, sino también sobre la salud psicológica. El trabajo remunerado tiene un efecto positivo para la actividad cognitiva y reduce el riesgo de depresión (Ming-Ching y Regula, 2002). Los efectos de trabajo en mujeres parecen tener un impacto directo sobre la autoestima, la integración social, la felicidad y el bienestar psicológico, impacto que queda modulado por las condiciones de trabajo y la satisfacción laboral (Pugliesi, 1995).

Algunos trabajos que han estudiado la relación entre ocupación y salud mental, si bien es cierto que no han encontrado diferencias significativas directas entre trabajadoras y amas de casa, por el contrario, si se ha detectado un mayor consumo de fármacos para el sueño y tranquilizantes entre las amas de casa, lo cual podría enmascarar una mayor morbilidad en salud mental en este grupo de mujeres (Artazcoz, Borrell et al., 2004). Otros trabajos, sin embargo, sí han encontrado niveles significativamente inferiores de autoestima, satisfacción vital y apoyo social en amas de casa (Aparicio et al., 2008; Sánchez-López et al., 2006).

En relación al desempleo, parece evidente que existe una clara relación entre este y la salud mental. Independientemente de que la situación de desempleo sea de larga o de media duración, esta se asocia con niveles significativamente mayores de depresión, tanto en hombres como en mujeres (Mossakowsky, 2009). En la misma línea irían los resultados de estudios similares (Artazcoz, Benach et al., 2004) donde se pone de manifiesto el mayor riesgo de depresión en personas en situación de desempleo, tanto en hombre como en mujeres,

pero con una fuerte influencia de los roles sociales en términos de responsabilidades familiares; dependiendo del rol social y el papel familiar que las mujeres juegan, así como del estatus socio-económico, los efectos del desempleo se maximizan o minimizan.

. Hipótesis 4.

La cuarta hipótesis de este trabajo se define así:

Las puntuaciones en salud variarán según varíe la conformidad con el rol de género femenino, pero esta variación será más o menos pronunciada dependiendo de si las mujeres pertenecen al grupo de trabajadoras, al de desempleadas o al de amas de casa.

La cuarta y última hipótesis de este trabajo trata de la relación entre el rol de género femenino y la salud, y el papel moderador del estatus laboral entre estas dos variables.

Se ha hablado en numerosas ocasiones de las diferencias de salud entre hombres y mujeres, encontrando que la salud de estas últimas peores índices de salud general que sus compañeros varones (Aparicio et al., 2008; Artazcoz, Borrell et al., 2004). Sin embargo, hay que prestar especial atención porque la influencia del género puede llegar a ser al menos tan importante como la influencia del sexo a la hora de explicar estas diferencias en salud, así como las diferencias en mortalidad y morbilidad (Sánchez-López et al., 2012).

La conformidad con las normas de género podría estar relacionada no solo con determinadas conductas saludables sino también con determinados trastornos. Por ejemplo, una alta conformidad con el rol de género femenino se relaciona con un menor consumo de alcohol y tabaco, a la par que se relaciona con un mayor número de enfermedades crónicas reportadas (Sánchez-López et al., 2012).

Si bien hay estudios que muestran un peor estado de salud en las mujeres (Aparicio et al., 2008), otros señalan que un alto grado de feminidad podría proporcionar un mayor sentido, conciencia y preocupación por circunstancias que ponen en peligro la salud (Kaplan y Marks, 1995). Las diferencias de salud entre sexos que se han estudiado tradicionalmente, podrían enmascarar el efecto que la masculinidad y la feminidad tienen para la salud (Annandale y Hunt, 1990). De esta forma se reitera la necesidad de tener en cuenta las diferencias que el rol de género, y no sólo el sexo, marca en salud (Sánchez-López et al., 2012).

De igual forma, hay trabajos que ponen en evidencia la necesidad de tener en cuenta el estatus laboral a la hora de estudiar las relaciones entre género y salud, pues esta variable podría tener un efecto modulador (Aparicio et al., 2008). La domesticidad y la ausencia de trabajo remunerado fuera del hogar parecen tener un efecto negativo para la salud, explicando muchas de estas diferencias entre género y salud, y sugiriendo que el estatus laboral explica en parte el peor estado de salud de las mujeres en cuanto a indicadores generales

de salud, autoestima, satisfacción vital y apoyo social, según se ha estudiado hasta ahora (Aparicio et al., 2008; Artazcoz, Borrell et al., 2004; Sánchez-López et al., 2006).

6.2. Participantes.

La muestra está compuesta por 347 mujeres, en su mayoría residentes de la Comunidad Autónoma de Madrid, y en algunos casos, aunque menos, de la Comunidad de Castilla y León y de otras partes de España. La media de edad de la muestra es de 42.19 (D. T. = 14.03). De estas 347 mujeres, 325 (93.7%) son de procedencia española y 22 (6.3%) proceden de otros países. Respecto al nivel de estudios, hay 4 mujeres sin estudios (1.2%), 65 mujeres con estudios primarios (18.7%), 127 con estudios medios o formación profesional (36.6%) y 151 mujeres con estudios universitarios acabados (43.5%).

La muestra se ha dividido teniendo en cuenta la ocupación de las mujeres, de tal forma que de las 347 mujeres, 144 tienen un empleo remunerado fuera del hogar (41.5%), 100 son amas de casa exclusivamente (28.8%) y 103 se encuentran desempleadas (29.7%), independientemente de que cobren o no prestación por desempleo. La media de edad del grupo de las trabajadoras es de 40.53 (D. T. = 10,82), la de las amas de casa es de 54.83 (D. T. = 13,29) y la de las mujeres desempleadas es de 32.22 (D. T. = 8,43). Respecto al nivel de estudios, dentro del grupo de las trabajadoras, 14 mujeres no tienen estudios o tienen sólo estudios primarios (9.7%) y 130 tienen estudios medios, formación profesional o estudios universitarios acabados (90.3%). Dentro del

grupo de amas de casa 43 no tienen estudios o sólo tienen estudios primarios (43%) y 57 tienen estudios medios, formación profesional o estudios universitarios acabados (57%). Por último, dentro del grupo de las mujeres desempleadas, 12 no tienen estudios o tienen estudios primarios (11.7%) y 91 tienen estudios medios, formación profesional o estudios universitarios (88.3%).

6.3. Instrumentos.

Son varios los instrumentos utilizados para llevar a cabo esta investigación. En primer lugar se evalúa el estado de salud física general. Para ello se ha empleado una sencilla pregunta sobre salud autopercebida en la que las mujeres pueden evaluar su estado de salud general escogiendo entre cinco posibles respuestas: muy buena, buena, regular, mala y muy mala. Esta pregunta ha sido extraída de la Encuesta Nacional de Salud (2006). Cabe señalar que la validez del estado de salud autopercebido como indicador de salud general es algo ampliamente contrastado (Miilunpalo et al., 1997). Se trata de una medida estable con alta capacidad de pronóstico y fuerte asociación predictiva para la mortalidad (Miilunpalo et al., 1997). Es un indicador sensible a la comorbilidad, capaz de identificar personas en situación en riesgo así como otras enfermedades subyacentes (DeSalvo et al., 2005). No solo supone una forma objetiva de medir salud, sino que añade algo más que otras medidas objetivas no pueden aportar, como el propio punto de vista global de los entrevistados (Idler y Benyamini, 1997).

Capítulo 6. Método

Para evaluar el estado de salud psicológica se ha empleado el GHQ-12, o Cuestionario de Salud General de en su versión reducida. El Cuestionario de Salud General (GHQ-12) es uno de los instrumentos más extensamente utilizados para la detección de trastornos mentales comunes; se trata de un método para evaluar con eficacia el bienestar psicológico y detectar problemas psiquiátricos no psicóticos, pudiendo utilizarse como una escala multidimensional que evalúa varios aspectos del malestar psicológico (Sánchez-López y Dresch, 2008). Se centra en el deterioro del funcionamiento normal, más que en los rasgos presentes a lo largo de toda la vida; evalúa la incapacidad para seguir realizando las funciones saludables normales y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico (Muñoz, Tejerían-Allen y Cañas, 1995). El GHQ-12 está compuesto por 12 ítems que discriminan entre personas con y sin malestar psicológico. En el estudio de validez de la versión española la consistencia interna oscila entre 0.82 y 0.90, la sensibilidad es del 76 por 100 y la especificidad del 80 por 100 (Muñoz et al., 1995). La forma habitual de corrección para la identificación de casos es el método de 0-0-1-1, donde se concede 0 a las dos primeras respuestas y 1 a las dos últimas, que varían en función de si los ítems son positivos o negativos. Altas puntuaciones indican peor salud. El punto de corte óptimo de la versión española es 2-3 (Muñoz et al., 1995).

Por último, se evalúa la conformidad con el rol de género femenino mediante el *Conformity to Feminine Norms Inventory*, un instrumento diseñado para evaluar el nivel de conformidad de las mujeres hacia las normas femeninas (Mahalik et al., 2005). Este instrumento mide el rol de género femenino,

Capítulo 6. Método

entendiendo este como el grado en que una mujer se adhiere a las reglas y estándares sociales de la feminidad, a través de conductas, sentimientos y pensamientos (Mahalik et al., 2005). Para este estudio se ha empleado la adaptación española respetando su misma estructura, el Cuestionario de Conformidad con los Roles Femeninos (Sánchez-López et al., 2009). El CFNI consta de 84 ítems que se evalúan mediante una escala de cuatro puntos que va desde *Totalmente en desacuerdo* (0), pasando por *Desacuerdo* (1) y de *Acuerdo* (2) hasta *Totalmente de acuerdo* (3), midiendo así actitudes, creencias y conductas asociadas con el rol de género femenino, tanto tradicionales como no tradicionales (Sánchez-López et al., 2009). Los ítems quedan agrupados en ocho factores o normas de género femeninas. El primer factor es *Agradable en las relaciones*, y se refiere al grado en el que se establecen relaciones de amistad y apoyo con los demás. El segundo factor es el de *Delgadez*, y se refiere al propósito de perseguir el ideal de un cuerpo delgado. El tercer factor es el de *Modestia*, y trata de medir el rechazo a llamar la atención sobre las habilidades y el talento de una misma. El cuarto factor es el de *Doméstica*, y se refiere al cuidado de la casa. El quinto factor es el de *Cuidado de los niños*, y hace referencia al cuidado de los mismos y a la permanencia con ellos. El sexto factor es *Relaciones románticas*, haciendo éste referencia a la propia inversión en relaciones románticas. El séptimo factor es *Fidelidad sexual* y se refiere al mantenimiento de la intimidad sexual dentro de una sola pareja. El octavo factor es el de *Invertir en la apariencia* o recursos empleados para mantener una buena apariencia física (Mahalik et al., 2005). En la adaptación española se ha encontrado una fiabilidad adecuada, con un alfa de Cronbach

en la escala total de .87, y en las subescalas de entre .64 y .86 (Sánchez-López et al., 2009).

Todos los instrumentos fueron agrupados en un mismo cuestionario de forma conjunta, donde también se formulaban preguntas sobre determinados datos demográficos como la edad, el país de procedencia, la ocupación, el estado civil y el nivel de estudios; estas preguntas fueron sacadas de la Encuesta Nacional de Salud (2006).

6.4. Procedimiento.

El cuestionario se aplicó dependiendo de las necesidades individuales de las participantes, bien en formato papel o bien en formato electrónico. Para configurar el cuestionario y administrarlo mediante formato electrónico se empleó la herramienta *Google Docs* para una mayor difusión y una rápida y eficaz administración, que ofrecía la posibilidad de acceder a participantes de diferentes puntos de España.

Los criterios de selección de la muestra fueron, en primer lugar, ser mujer con una edad comprendida entre los 18 y los 75 años; y en segundo lugar, pertenecer a una de las tres categorías laborales que eran objeto de estudio, es decir, bien ser trabajadora, bien ser ama de casa o bien estar desempleada. Todas las participantes han accedido a colaborar en la investigación de forma voluntaria. La forma de contacto se ha hecho bien dentro de un entorno

Capítulo 6. Método

personal o bien dentro de un entorno laboral u organizacional, las redes sociales y el boca a boca han jugado un papel muy importante.

En el caso del grupo de mujeres trabajadoras, en su mayoría se contactó con ellas a través de una amplia red de conocidos, familiares, amigos y compañeros de trabajo; el cuestionario se hizo llegar a muchas participantes a través de *Google Docs* y en otros casos en formato papel. Cabe señalar aquí la utilidad de la red social *Facebook* como método de expansión. También cabe destacar la especial participación de las trabajadoras de la Residencia San José del municipio de El Burgo de Osma (Ciudad de Osma), de dónde surgieron muchas participantes.

En el caso de grupo de mujeres desempleadas, además de emplear esta misma red de contactos, familiares y amigos como en el caso anterior, también se accedió por otras vías. Una fuente importante de reclutamiento fue la red de empleo *Infojobs*, a través de la cual se contactó con mujeres desempleadas que se encontraban en búsqueda de empleo; en este caso se contactaba con ellas y se les invitaba a participar en la investigación informándoles de los objetivos del estudio y garantizando la privacidad y confidencialidad de la información. También se contactó con algún centro de formación para adultos, de entre los que sólo accedió a participar el Centro de Educación de Personas Adultas (CEPA) de Arganzuela, ubicado en el municipio de Madrid. Si bien a través de la red de empleo online la aplicación del cuestionario fue online, en el caso de del centro de formación para adultos el cuestionario se administró en formato papel, en sesiones separadas de entre 40 y 60 minutos de duración, y

Capítulo 6. Método

facilitando ayuda para la resolución de dudas por tratarse de mujeres con un bajo nivel educativo.

En el caso del grupo de las amas de casa, ha resultado un poco más complejo debido a la cada vez menor presencia de este colectivo y a su poca accesibilidad. Actualmente muchas amas de casa compaginan su trabajo en casa con otras actividades remuneradas a tiempo parcial en parte debido a la crisis económica que atraviesa España. Por este motivo, la búsqueda ha requerido mayor esfuerzo, teniendo en cuenta que el colectivo diana era encontrar mujeres que se dedicaran única y exclusivamente al trabajo en casa y al cuidado de los hijos. En este caso fue necesario ponerse en contacto con asociaciones de amas de casa, donde acuden mujeres pertenecientes a este colectivo. En primer lugar se contactó con la presidenta de la Asociación de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios de Madrid, quien a demás de ofrecer su colaboración facilitó el contacto con otros centros de esta misma asociación ubicados en otros puntos del municipio de Madrid. También han participado la Asociación de Amas de Casa Virgen del Espino del municipio de El Burgo de Osma (Ciudad de Osma), la Asociación de Amas de Casa del municipio de San Leonardo de Yagüe, ambas en la provincia de Soria, y por último la Asociación Provincial de Amas de Casa Jimena de la provincia de Burgos. En todos estos casos la forma de administración del cuestionario ha sido en formato papel, a través de sesiones donde las participantes podían solicitar ayuda y consultar dudas, en sesiones que duraban entre 40 y 60 minutos.

Capítulo 6. Método

Tanto en la aplicación del cuestionario como en formato papel como en formato electrónico, se incluía información sobre las instrucciones precisas para cumplimentarlo correctamente. No obstante, en ciertos casos donde las participantes podían requerir ayuda bien por tener una avanzada edad o bien por tener un bajo nivel educativo, se administraba en sesiones grupales de entre 40 y 60 minutos donde ellas podían solicitar ayuda para la comprensión e interpretación de las preguntas.

6.5. Análisis de datos.

Para la realización del análisis de datos se ha empleado el programa para análisis estadísticos SPSS versión 18.0 (PASW Statistics 18). Se tuvieron en cuenta sólo aquellos cuestionarios cumplimentados con la mayoría de las respuestas, desechando todos aquellos con varias respuestas sin señalar, o aquellos en los que no se había respondido a las preguntas clave, como en este caso era el estatus laboral.

A continuación se describen los análisis estadísticos realizados en todo el estudio. En primer lugar se realiza un análisis descriptivo que caracteriza la muestra y a continuación se especifican los análisis estadísticos realizados, organizados de acuerdo a las hipótesis planteadas.

Para la caracterización de la muestra se han empleado estadísticos descriptivos para las medias y las desviaciones típicas al caracterizar variables continuas como la edad y el CFNI; y un análisis de frecuencias para aquellas

Capítulo 6. Método

variables categóricas como el país de procedencia, el nivel de estudios, la salud autopercebida y el GHQ-12. Estos resultados han sido desglosados por grupos atendiendo al estatus laboral, calculando si había diferencias significativas en las variables señaladas entre los tres grupos; estas diferencias se han calculado a través de pruebas de ANOVA en el caso de las variables continuas y Chi-Cuadrado en el caso de las categóricas.

Para corroborar la primera hipótesis, en primer lugar se ha realizado una prueba ANOVA para observar las diferencias de medias en conformidad con el rol de género femenino entre los tres grupos de mujeres, tanto en la puntuación total como en cada uno de los factores del test.

En segundo lugar, y con la intención de obtener una descripción más precisa de la relación entre estas dos variables, se ha realizado una regresión logística binaria. En el primer modelo se incluyen sólo las variables de estatus laboral y conformidad con el rol de género femenino; para tratar esta última variable las puntuaciones se han dividido entre altas y bajas mediante un análisis de percentiles, estableciendo la dicotomía en el percentil cincuenta. En los siguientes modelos se ha ajustado por edad y nivel educativo para controlar el efecto de estas variables. Es necesario tener en cuenta que los grupos presentan diferencias significativas en edad y nivel educativo por lo que es necesario vigilar el efecto que estas variables pudieran ejercer en la relación entre estatus laboral y conformidad con el rol de género femenino.

Capítulo 6. Método

Para tratar la segunda hipótesis y poder observar las diferencias en salud entre los tres grupos de mujeres con diferente estatus laboral se ha empleado una regresión logística binaria. Para ello, la salud autopercebida ha sido establecida en dos categorías dicotómicas (Manor, Matthews y Power, 2000); buena salud para aquellas mujeres que decían tener una salud buena y muy buena; y mala salud para aquellas mujeres que decían tener una salud regular, mala o muy mala.

En el primer modelo se observa la relación entre estatus laboral y salud únicamente. En los próximos modelos se ha ajustado por edad y nivel educativo. De la misma forma que en el caso anterior, hay que tener en cuenta que estas variables presentan diferencias significativas en los tres grupos de mujeres estudiados y por ello hay que vigilarlas. Además, y particularmente en el caso de del nivel educativo, otros estudios indican (Artazcoz, Borrell et al., 2004) que esta variable podría jugar un papel importante en la relación entre estatus laboral y salud.

Para comprobar la tercera hipótesis y así observar las diferencias en salud mental entre los tres grupos de mujeres con diferente estatus laboral se ha realizado una regresión logística binaria. Para ello, los resultados en salud mental se han dividido en dos categorías, diferenciando a aquellas mujeres con malestar psicológico y posibilidad de sufrir algún trastorno psiquiátrico de aquellas que tienen una buena salud mental, estableciendo en 2-3 el punto de corte óptimo (Muñoz et al., 1995).

Capítulo 6. Método

El modelo inicial incluye exclusivamente las variables de estatus laboral y salud mental. De igual forma que en los análisis anteriores, en los siguientes modelos se han empleado las variables de edad y nivel educativo como variables de ajuste, por las desigualdades entre los tres grupos de mujeres respecto a estas variables, así como por el posible efecto moderador del nivel educativo entre estatus laboral y salud mental, tal y como indican otros estudios (Artazcoz, Borrell et al., 2004).

Para comprobar la cuarta hipótesis y así poder observar la relación entre rol de género, salud y estatus laboral se han empleado dos regresiones logísticas binarias; una para salud general y otra para salud mental. Para tratar la variable género se han dividido las puntuaciones entre altas y bajas, haciendo la división a partir de un análisis de percentiles, tomando el percentil número cincuenta como punto de corte.

Al igual que en los análisis anteriores, los resultados en salud mental se han dividido en dos categorías, diferenciando a aquellas mujeres con malestar psicológico y posibilidad de sufrir algún trastorno psiquiátrico de aquellas que tienen una buena salud mental, estableciendo en 2-3 el punto de corte óptimo (Muñoz et al., 1995). También se ha respetado la misma división en salud autopercebida, establecida en dos categorías dicotómicas (Manor, Matthews y Power, 2000); buena salud para aquellas mujeres que decían tener una salud buena y muy buena; y mala salud para aquellas mujeres que decían tener una salud regular, mala o muy mala.

Capítulo 6. Método

Las variables de ajuste en las regresiones de esta cuarta hipótesis han sido el estatus laboral y el nivel de estudios. Tal y como se plantea en la cuarta hipótesis, el estatus laboral podría tener un efecto moderador entre género y salud (Aparicio et al., 2008). El nivel de estudios, de igual forma, podría moderar esta relación (Sánchez-López et al., 2012).

Capítulo 7. Resultados.

7. Resultados.

En este apartado se va a realizar una descripción de tallada de los resultados encontrados a partir del análisis de datos realizado. En primer lugar se presenta el análisis descriptivo que caracteriza a la muestra en cuanto a sus variables demográficas y a aquellas variables significativas al estudio. A continuación, en cada apartado se describe una relación de variables diferente, que coincide con las hipótesis planteadas para este estudio.

7.1. Análisis descriptivo.

Para realizar el análisis descriptivo, que está representado a continuación en la Tabla 7.1, se han incluido las medias de las variables más significativas, así como de los principales indicadores de salud y feminidad. En el caso de las variables categóricas la caracterización viene dada en porcentajes. El objetivo es caracterizar la muestra total, así como caracterizar cada uno de los grupos, comprobando la homogeneidad que les caracteriza respecto a la muestra total. Para comprobar si las diferencias entre grupos son significativas y poder controlar posteriormente estas diferencias, se han realizado las pruebas ANOVA en variables continuas (edad y CFNI) y Chi-Cuadrado en variables categóricas (país de procedencia, nivel educativo, salud física y salud psicológica).

Capítulo 7. Resultados

Tabla 7.1- Análisis descriptivo de la muestra en función del Estatus Laboral.

	Total	Trabajadoras	Desempleadas	Amas de Casa	P
N	347	144	103	100	
Edad (Media)	42.2	40.5	32.2	54.8	0.000 *
Procedencia española (%)	93.7	93.8	91.3	96.0	0.383 **
Sin estudios o estudios primarios (%)	19.9	9.7	11.7	43.0	0.000 **
Estudios medios o universitarios (%)	80.1	90.3	88.3	57.0
Salud muy buena y buena (%)	72.6	76.4	75.7	64.0	0.072 **
Salud regular, mala y muy mala (%)	27.4	23.6	24.3	36.0
Salud mental buena (%)	55.6	65.3	33.0	65.0	0.000 **
Salud mental mala (%)	44.4	34.7	67.0	35.0
CFNI Total (Media)	151.6	149.4	148.8	157.7	0.000 *

*ANOVA

**Chi-Cuadrado de Pearson

Capítulo 7. Resultados

Con este análisis descriptivo también se pretende explorar, no sólo la homogeneidad de los grupos, sino también las primeras asociaciones entre la variable ocupación con el resto de variables. Se trata de una primera estimación para valorar el papel de cada asociación, que más adelante se analizarán más profundamente.

Tal y como se observa en la Tabla 7.1, la media de edad de la muestra es de 42.2 años. Existen diferencias significativas en edad entre los tres grupos, siendo más jóvenes el grupo de desempleadas (32.2 años), seguidas de las trabajadoras, con una media de 40.5 años, y seguidas a su vez por el grupo de mujeres amas de casa, cuya media de edad es de 54.8 años. Tal y como indica el ANOVA para las diferencias de edad entre los tres grupos ($p=0.000$), los grupos no son homogéneos, sino que hay grandes diferencias en edad, siendo las amas de casa significativamente más longevas. Esta falta de homogeneidad que podemos observar podría generar cierta confusión a la hora de extraer conclusiones posteriores, por lo que en sucesivos análisis se procederá al control de la variable edad.

La siguiente variable que se observa en la tabla es el país de procedencia. El 93.7% de las mujeres de la muestra total son de procedencia española. Este porcentaje no varía significativamente en ninguno de los grupos, de tal forma que el grupo de mujeres trabajadoras son el 93.8% de procedencia española, en comparación con el 91.3% en el grupo de desempleadas y un 96% en el caso de las amas de casa. A partir de la prueba de Chi-Cuadrado ($p=0.383$) se

Capítulo 7. Resultados

puede concluir que los grupos son homogéneos en cuanto al país de procedencia, siendo en su mayoría de origen español.

A continuación se describe la variable nivel educativo. En la muestra general, sólo el 19.9% de las mujeres carecen de estudios o tienen estudios primarios, respecto al 80.1% de mujeres con estudios medios o estudios universitarios. De igual forma que en el caso de la edad, la muestra no es homogénea en cuanto a nivel de estudios, pues hay diferencias significativas entre los tres grupos en cuanto a esta variable, tal y como indica el Chi-Cuadrado ($p=0.000$). Mientras que en el grupo de trabajadoras el porcentaje de mujeres con estudios medios o universitarios es de 90.3% y en el caso de las desempleadas es del 88.3%, en el grupo de amas de casa sólo un 57.0% tiene estudios medios o universitarios.

Si continuamos analizando el resto de variables, de acuerdo con los resultados del Chi-Cuadrado encontramos que no existen diferencias significativas ($p=0.072$) en salud general. El 72.6% de mujeres de la muestra general aseguran tener una buena salud, frente al 27.4% que afirman tener una salud más pobre. Desglosando por grupos, el porcentaje de mujeres que tienen una buena salud es del 76.4% en el caso de las trabajadoras, un 75.7% en el caso de las desempleadas, descendiendo este porcentaje hasta el 64.0% en el grupo de las amas de casa. Tal y como se puede observar, existen diferencias pero no son estadísticamente significativas.

Capítulo 7. Resultados

Al contrario que en salud general, sí se pueden observar diferencias significativas ($p=0.000$) en salud mental entre los tres grupos de mujeres, según indica la prueba de Chi-Cuadrado. En la muestra general, un 44.4% de mujeres presentan problemas de salud mental. Este porcentaje varía mucho dependiendo del grupo, siendo de 34.7% en el grupo de trabajadoras, seguidas muy de cerca del grupo de amas de casa, con un 35.0% de presencia de malestar psicológico, pero muy lejos del grupo de desempleadas, cuyo porcentaje de presencia de malestar psicológico asciende al 67.0%.

Por último y de acuerdo a los resultados del ANOVA, también aparecen diferencias significativas ($p=0.000$) en conformidad con el rol de género femenino. La puntuación media de la muestra general es de 151.6, pero hay variaciones significativas dependiendo del grupo. Si bien el grupo de trabajadoras y desempleadas no presentan medias tan dispares, siendo estas de 149.4 y 148.8 respectivamente, en el grupo de amas de casa la conformidad con el rol de género femenino es bastante mayor, situándose en un 157.7 de media.

7.2. Relación entre estatus laboral y género.

En este apartado se pretende dar respuesta a la Hipótesis 1: *Aquellas mujeres cuyo estatus laboral principal sea el de amas de casa, puntuarán más alto en la escala de conformidad con el rol de género femenino, siendo más bajas estas puntuaciones en el caso de las mujeres trabajadoras y las desempleadas.*

Capítulo 7. Resultados

Tabla 7.2- Diferencias de medias en conformidad con el rol femenino según el estatus laboral

	Total	Trabajadoras	Desempleadas	Amas de Casa	P*
N	347	144	103	100	
CFNI 1 (Media)	35.0	34.6	35.6	34.9	0.360
CFNI 2 (Media)	21.6	21.8	21.0	21.8	0.564
CFNI 3 (Media)	18.3	17.9	18.5	18.8	0.363
CFNI 4 (Media)	17.6	16.9	15.4	21.0	0.000
CFNI 5 (Media)	13.0	13.3	11.6	14.1	0.000
CFNI 6 (Media)	16.9	16.7	17.4	16.5	0.098
CFNI 7 (Media)	17.6	16.7	17.3	19.2	0.000
CFNI 8 (Media)	11.3	11.1	11.7	11.2	0.275
CFNI Total (Media)	151.6	149.4	148.8	157.7	0.000

*ANOVA

Capítulo 7. Resultados

Los resultados obtenidos en el ANOVA nos indican, una vez más, que sí existen diferencias significativas ($p=0.000$) en conformidad con el rol de género femenino en cuanto a los tres grupos de mujeres. El nivel total de conformidad con el rol femenino es significativamente mayor entre las amas de casa (157.7); sin embargo, no existen grandes diferencias entre trabajadoras (149.4) y desempleadas (148.8).

A pesar de que la puntuación total si presenta diferencias significativas, estas diferencias no se observan en cada uno de los factores del CFNI. El primer factor donde existen diferencias significativas ($p=0.000$) es el *Doméstica*; la puntuación media de las amas de casa es significativamente mayor (21.0), en comparación con las trabajadoras (16.9) y las desempleadas (15.4). En segundo lugar encontramos el factor de *Cuidado de los niños*, donde las amas de casa también obtienen una puntuación significativamente ($p=0.000$) mayor, al situarse en una media de 14.1, seguidas de cerca por el grupo de trabajadoras (13.3) y más de lejos por el grupo de mujeres desempleadas, quienes obtienen una media de 11.6. Por último, cabe señalar las diferencias significativas ($p=0.000$) en *Fidelidad sexual* donde, de nuevo, es el grupo de amas de casa quien presenta las mayores puntuaciones medias (19.2), seguido muy de lejos por el grupo de mujeres desempleadas (17.3), y seguido por el grupo de mujeres trabajadoras (16.7). Para el resto de los factores (*Agradable en las relaciones*, *Delgadez*, *Modestia*, *Relaciones románticas* e *Invertir en la apariencia*) no se encuentran diferencias significativas.

A continuación se presentan los resultados de la Regresión Logística Binaria:

Capítulo 7. Resultados

Tabla 7.3- Regresión Logística Binaria de CFNI y Estatus Laboral.

	Modelo 0			Modelo 1			Modelo 2		
	OR	95% CI	P	OR	95% CI	P	OR	95%CI	P
Trabajadoras	1.00			1.00			1.00		
Desempleadas	0.94	0.56-1.58	0.838	1.00	0.58-1.71	0.993	0.93	0.54-1.62	0.820
Amas de casa	2.25	1.33-3.80	0.002	2.04	1.13-3.69	0.017	1.71	0.93-3.14	0.084

Modelo 1, ajustado por edad.

Modelo 2, ajustado por edad y nivel de estudios.

Capítulo 7. Resultados

Los resultados de la Regresión Logística Binaria presentados en la Tabla 7.3 constatan los resultados que se han observado previamente en la prueba ANOVA. En el Modelo 0, donde la variable dependiente es el nivel de conformidad con el rol de género femenino y la variable independiente es la ocupación, se observa que sí existen diferencias significativas entre los tres grupos de mujeres en cuanto a conformidad con el rol femenino. Tomando el grupo de mujeres trabajadoras como grupo de referencia, el único grupo que sí presenta diferencias significativas ($p=0.002$) es el de amas de casa, con un OR de 2.25; lo cual indica que las amas de casa multiplican en 2.25 sus posibilidades de presentar una puntuación alta en conformidad con el rol de femenino, en relación con las mujeres trabajadoras. Sin embargo, estas posibilidades no parecen significativas ($p=0.838$) en el caso de las desempleadas (OR=0.94).

En el Modelo 1, después de introducir la variable edad como variable de ajuste o covariable, se puede observar que se repiten las mismas conclusiones. Si bien es cierto que desciende muy levemente la significación ($p=0.017$), se mantiene el grupo de amas de casa como aquel con mayores posibilidades de tener un mayor nivel de conformidad con el rol femenino (OR=2.04). De igual forma, el grupo de mujeres desempleadas continua presentando diferencias no significativas ($p=0.993$) en relación con el grupo de trabajadoras (OR=1.00).

Por último, se presenta el Modelo 2 al introducir el nivel educativo como segunda variable de ajuste junto con la edad. Al tener en cuenta el nivel de estudios, desaparece la significación ($p=0.084$) en el caso de las amas de

Capítulo 7. Resultados

casa. El OR en este último caso se sitúa en 1.71, es decir, las amas de casa tienen 1.71 posibilidades más de tener una alta puntuación en conformidad con el rol femenino, en relación con el grupo de mujeres trabajadoras. Las mujeres desempleadas mantienen una significación muy similar ($p=0.820$), con un OR de 0.93.

Los resultados tanto del ANOVA como de la Regresión Logística Binaria corroboran la primera hipótesis del estudio confirmando que, aquellas mujeres cuyo estatus laboral principal es el de amas de casa, puntúan más alto en la escala de conformidad con el rol de género femenino. Estas diferencias parecen pronunciarse más en determinados aspectos como la domesticidad, el cuidado de los niños y la fidelidad sexual. A pesar de que la variable edad no tendría un efecto significativo en la ecuación, si lo tiene el nivel de estudios, cuya influencia indica que parte de las diferencias que se dan en conformidad se explican por el efecto de esta variable.

7.3. Relación entre ocupación y salud.

En este apartado se pretende dar respuesta a la Hipótesis 2: *Aquellas mujeres cuyo estatus laboral principal sea el de amas de casa puntuarán más bajo en la escala de salud autopercebida, siendo más altas estas puntuaciones en el caso de las trabajadoras y de las desempleadas.*

A continuación se presentan los resultados de la Regresión Logística Binaria:

Capítulo 7. Resultados

Tabla 7.4- Regresión Logística Binaria de Salud Autopercebida y Estatus Laboral

	Modelo 0			Modelo 1			Modelo 2		
	OR	95% CI	P	OR	95% CI	P	OR	95% CI	P
Trabajadoras	1.00			1.00			1.00		
Desempleadas	1.03	0.57-1.87	0.904	1.41	0.75-2.66	0.281	1.35	0.71-2.55	0.356
Amas de casa	1.82	1.03-3.18	0.036	1.10	0.57-2.11	0.772	0.99	0.50-1.95	0.990

Modelo 1, ajustado por edad.

Modelo 2, ajustado por edad y nivel de estudios.

Capítulo 7. Resultados

En el Modelo 0 de la Tabla 7.4 se puede observar que sí hay diferencias significativas ($p=0.036$) en salud entre los tres grupos de mujeres. Según este primer modelo, son las amas de casa las que peor salud tienen, con un OR de 1.82 con respecto al grupo de trabajadoras. Esto nos indica que al tener en cuenta la salud autopercebida exclusivamente, el grupo de amas de casa tienen cerca del doble ($OR=1.82$) de posibilidades de presentar problemas de salud. Por el contrario, no habría diferencias significativas ($p=0.904$) entre el grupo de trabajadoras y el grupo de desempleadas, al encontrar en estas últimas un OR de 1.03.

Sin embargo, los resultados cambian en el Modelo 1, donde se incluye la edad como variable de ajuste. El Modelo 1 muestra como estas diferencias en salud dejan de ser significativas ($p=0.072$) en el grupo de amas de casa con respecto al de trabajadoras, con un OR de 1.10. Respecto al grupo de mujeres desempleadas, las diferencias siguen siendo no significativas ($p=0.281$), aunque se observa un aumento considerable de la significación y del OR, que se sitúa en 1.41. En este modelo ajustado por edad, es el grupo de mujeres desempleadas quien presenta mayores posibilidades de padecer problemas de salud, aunque estas diferencias no sean significativas.

El último modelo incluido en la Tabla 7.4 es el Modelo 2, donde los resultados han sido ajustados por edad y nivel educativo. De igual forma que en el Modelo 1, no se encuentran diferencias significativas entre los tres grupos de mujeres. El grupo de amas de casa no presenta diferencias significativas ($p=0.990$) en salud con respecto al grupo de trabajadoras, cuyas posibilidades de padecer

Capítulo 7. Resultados

problemas de salud son muy similares ($OR=0.99$). En el caso del grupo de mujeres desempleadas, tampoco se encuentran diferencias significativas ($p=0.356$), aunque las posibilidades de padecer problemas de salud son mayores ($OR=1.35$) con respecto al grupo de mujeres trabajadoras.

Los resultados de la Tabla 7.4 corroboran a priori la Hipótesis 2, según la cual es el grupo de amas de casa el que peor salud presenta en comparación con el de mujeres trabajadoras y el de desempleadas. Sin embargo, estas diferencias desaparecen al tener en cuenta la edad y el nivel educativo. La significación disminuye ampliamente al ajustar por edad, y más aún al considerar el nivel educativo, en el caso de las amas de casa. No así en el grupo de mujeres desempleadas quienes, al controlar los efectos de la edad y el nivel educativo, parecen presentar una peor salud en relación al grupo de trabajadoras.

7.4. Relación entre estatus laboral y salud mental.

En este apartado se pretende dar respuesta a la Hipótesis 3: *El grupo de las mujeres trabajadoras obtendrá mejores puntuaciones en salud mental que aquellas mujeres que pertenezcan al grupo de amas de casa o que aquellas que se encuentren en situación de desempleo, cuyos índices de salud mental mostrarán una mayor presencia de trastornos psicológicos.*

A continuación se presentan los resultados de la Regresión Logística Binaria:

Capítulo 7. Resultados

Tabla 7.5- Regresión Logística Binaria de Salud Mental y Estatus Laboral.

	Modelo 0			Modelo 1			Modelo 2		
	OR	95% CI	P	OR	95% CI	P	OR	95% CI	P
Trabajadoras	1.00			1.00			1.00		
Desempleadas	3.81	2.23-6.51	0.000	3.37	1.93-5.89	0.000	3.27	1.87-5.73	0.000
Amas de casa	1.01	0.59-1.72	0.964	1.26	0.68-2.31	0.456	1.17	0.63-2.19	0.606

Modelo 1, ajustado por edad.

Modelo 2, ajustado por edad y nivel de estudios.

Capítulo 7. Resultados

En el Modelo 0 se incluyen los resultados de la regresión al analizar exclusivamente la salud mental como variable dependiente y el estatus laboral como variable independiente. En este primer modelo se puede observar que existen diferencias significativas ($p=0.000$) en el grupo de desempleadas, al presentar éstas una peor salud mental. Con un OR de 3.81, las posibilidades de sufrir algún trastorno psicológico entre las desempleadas son casi cuatro veces mayores que en el caso del grupo de mujeres trabajadoras. Por contra, el grupo de amas de casa no presenta diferencias significativas ($p=0.964$) en salud mental; con un OR de 1.01, sus posibilidades de sufrir algún trastorno psicológico son realmente similares a las del grupo de trabajadoras.

En el Modelo 1, al incluir la edad como variable de ajuste dentro del análisis, las diferencias siguen siendo significativas ($p=0.000$) para el grupo de mujeres desempleadas, con un OR de 3.37. Aunque ha habido una disminución con respecto al Modelo 0, las posibilidades de padecer algún trastorno psicológico con respecto al grupo de trabajadoras, siguen siendo ampliamente superiores. El efecto de la edad sí parece tener un efecto dentro del grupo de amas de casa quienes, a pesar de continuar presentando diferencias no significativas ($p=0.456$), aumentan su riesgo (OR=1.26) de padecer este tipo de trastornos al compararlas con el grupo de trabajadoras.

En el Modelo 2, se incluyen tanto la edad como el nivel de estudios como variables de ajuste. De igual forma que en los modelos anteriores, son sin lugar a dudas las mujeres desempleadas quienes siguen presentando diferencias significativas ($p=0.000$) en salud mental. Con un OR de 3.25, sus posibilidades

Capítulo 7. Resultados

de presentar trastornos psicológicos son más de tres veces superiores que las del grupo de mujeres trabajadoras. Para el grupo de amas de casa, quienes siguen sin presentar diferencias significativas ($p=0.606$), estas posibilidades ($OR=1.17$) siguen siendo bastante similares a las observadas en el Modelo 1.

Los resultados corroboran en parte la Hipótesis 3, según la cual serían las mujeres trabajadoras quienes mejores índices de salud mental presentarían. Sin lugar a dudas, estos resultados se confirman en el grupo de mujeres desempleadas, cuya presencia de trastornos mentales es amplia y significativamente superior. Sin embargo, al observar el caso de las amas de casa, si bien las posibilidades de sufrir trastornos mentales en relación al grupo de trabajadoras son superiores, estas diferencias no son significativas en ninguno de los casos. La edad y el nivel educativo no parecen tener un gran efecto moderador en la relación entre estatus laboral y salud mental.

7.5. Relación entre estatus laboral, género y salud.

En este apartado se pretende dar respuesta a la Hipótesis 4: *Las puntuaciones en salud variarán según varíe la conformidad con el rol de género femenino, pero esta variación será más o menos pronunciada dependiendo de si las mujeres pertenecen al grupo de trabajadoras, al de desempleadas o al de amas de casa.*

A continuación se presentan los resultados de la Regresión Logística Binaria:

Capítulo 7. Resultados

Tabla 7.6- Regresión Logística Binaria de Salud Autopercebida y Género.

	Modelo 0			Modelo 1			Modelo 2		
	OR	95% CI	P	OR	95% CI	P	OR	95% CI	P
Bajas en feminidad	1.00			1.00			1.00		
Altas en feminidad	1.41	0.88-2.27	0.149	1.32	0.81-2.14	0.253	1.26	0.77-2.05	0.353

Modelo 1, ajustado por ocupación.

Modelo 2, ajustado por ocupación y nivel de estudios.

Tabla 7.7- Regresión Logística Binaria de Salud Mental y Género.

	Modelo 0			Modelo 1			Modelo 2		
	OR	95% CI	P	OR	95% CI	P	OR	95% CI	P
Bajas en feminidad	1.00			1.00			1.00		
Altas en feminidad	1.55	1.01-2.38	0.042	1.54	1.00-2.37	0.049	1.56	1.01-2.40	0.044

Modelo 1, ajustado por ocupación.

Modelo 2, ajustado por ocupación y nivel de estudios.

Capítulo 7. Resultados

En la Tabla 7.6 se presentan los resultados obtenidos al analizar la relación entre género y salud autopercebida a través de una regresión logística binaria. En el Modelo 0, al incluir sólo las variables de género y salud autopercebida, se observa que a pesar de haber diferencias entre ambos grupos, estas diferencias no son significativas ($p=0.149$). Si bien es cierto que aquellas mujeres con puntuaciones más altas en feminidad tienen mayores posibilidades de presentar problemas de salud general ($OR=1.41$), no resultan lo suficiente amplias como para ser significativas. Los resultados no cambian mucho en el Modelo 1 y el Modelo 2, tras haber incluido el estatus laboral y el nivel de estudios como variables de ajuste. En ambos casos, las diferencias en salud entre mujeres con puntuaciones altas y bajas en feminidad, no resultan significativas, encontrando para el Modelo 1 una significación de 0.253 y en el Modelo 2 una significación de 0.353.

En la Tabla 7.7 se presentan los resultados obtenidos al analizar la relación entre género y salud mental a través de una regresión logística binaria. Al contrario que en el caso anterior, si se observan diferencias significativas ($p=0.042$) en salud mental entre mujeres con altas puntuaciones en feminidad y mujeres con bajas puntuaciones en feminidad. Con un OR de 1.55, aquellas mujeres que puntúan más alto en feminidad, tienen mayores posibilidades de presentar trastornos mentales en relación a aquellas que puntúan más bajo en feminidad. Al igual que en el caso anterior, el estatus laboral y el nivel educativo no tienen apenas efecto. La significación en el Modelo 1 y en el Modelo 2 es muy similar ($p=0.049$ y $p=0.044$, respectivamente) a pesar de

Capítulo 7. Resultados

haber introducido el estatus laboral y el nivel educativo como variables de ajuste.

Estos resultados confirman en parte la Hipótesis 4, según la cual el nivel de conformidad con el rol de género femenino estaría relacionado con la salud. Parece ser que en el caso de la salud autopercebida no existe una relación evidente, según muestran los datos analizados. Sin embargo sí parece existir una clara relación en el caso de la salud mental, al encontrar una mayor presencia de trastornos psicológicos entre aquellas mujeres con puntuaciones altas en feminidad.

Respecto al efecto moderador del estatus laboral al que también hace referencia la Hipótesis 4, los resultados no parecen confirmar la existencia del mismo. Según los resultados encontrados, la influencia del estatus laboral no sería relevante al analizar la relación entre feminidad y salud autopercebida, y tampoco lo sería en la relación entre feminidad y salud mental. De igual forma, el nivel educativo no parece relevante en esta relación.

Capítulo 8- Discusión y conclusiones.

Capítulo 8. Discusión y conclusiones

8. Discusión y conclusiones.

A lo largo del siguiente Capítulo se exponen las conclusiones extraídas de los resultados obtenidos. La discusión se desglosa atendiendo a las hipótesis planteadas. Por último se exponen las conclusiones finales.

8.1. Discusión.

8.1.1. Hipótesis 1.

La primera hipótesis de esta investigación tenía como objetivo analizar la relación que existe entre el estatus laboral y la conformidad con el rol de género femenino. Tal y como se planteó en anteriores capítulos, se esperaba encontrar una mayor conformidad con el rol de género femenino entre aquellas mujeres cuyo estatus laboral era el de amas de casa.

Tanto los resultados del ANOVA como los de la regresión logística binaria son uniformes y concordantes, indicando que existe una mayor conformidad con el rol de género femenino entre las amas de casa. La regresión logística y el ANOVA indican que las amas de casa tienen posibilidades significativamente superiores de desarrollar una elevada conformidad con el rol de género femenino.

A través del ANOVA se puede observar que, a pesar de que los resultados globales y la puntuación total en conformidad con el rol de género femenino

Capítulo 8. Discusión y conclusiones

son claramente superiores en el grupo de amas de casa, estas diferencias se focalizan principalmente en ciertos factores. Los factores de *Doméstica*, *Cuidado de los niños* y *Fidelidad sexual* son los principales focos de disparidad entre el grupo de amas de casa y el resto de los grupos.

Todos estos resultados indican que efectivamente el estatus laboral está fuertemente asociado con ciertas características del rol de género femenino. Coincidiendo con los trabajos de Diekman et al. (2005), todo parece indicar que las posiciones y roles desempeñados por una mujer en la sociedad están altamente vinculados con determinados aspectos del rol de género femenino como la maternidad y el cuidado de los demás.

De igual forma, cabe destacar las conclusiones de Abele (2003), según las cuales altos niveles de feminidad estarían asociados con el éxito en el cuidado de la familia, pero no sin que las carreras profesionales se vean afectadas; el rol de mujer trabajadora es congruente con una baja presencia de rasgos femeninos (Kasen et al., 2006). También se pone de manifiesto la influencia del nivel educativo en el desarrollo de los roles de género (Calvo-Salguero et al. 2008). Esto concuerda con las conclusiones de diversos estudios que mantienen que las mujeres que tienen mayores niveles educativos y un trabajo remunerado presentan niveles menores de feminidad (Abele, 2003; Kasen et al., 2006; Twenge, 2001).

A raíz de todos los datos observados, resulta evidente concluir que aquellas mujeres que tienen trabajos remunerados presentan menores niveles de

Capítulo 8. Discusión y conclusiones

feminidad (Abele, 2003; Diekman et al., 2005; Kasen et al., 2006; Twenge, 2001). El carácter de una mujer se relaciona con su estatus y los roles que desempeña; de hecho, podría ser que el desempeño de estos roles y estatus sea lo que va modulando y produciendo variaciones en su carácter (Twenge, 2001).

8.1.2. Hipótesis 2.

La segunda hipótesis de esta investigación tenía como objetivo analizar la relación que existe entre el estatus laboral y la salud general, extraída a través de la salud autopercebida. A través de esta segunda hipótesis se esperaba encontrar peores índices de salud general en el grupo de mujeres cuyo estatus laboral es el de amas de casa.

Analizando de los tres modelos de regresión logística binaria aplicados se pueden extraer ciertas conclusiones. En el primer modelo ó Modelo 0, al tener en cuenta exclusivamente el estatus laboral y la salud autopercebida, se pueden observar resultados que concuerdan con la hipótesis planteada, encontrando peores índices de salud en el grupo de amas de casa. Sin embargo, estas diferencias desaparecen en el segundo modelo o Modelo 1, tras haber ajustado por edad. Parece ser que la edad podría explicar gran parte de estas diferencias de salud encontradas. Es necesario tener en cuenta que el grupo de amas de casa presenta una media de edad significativamente superior, lo cual ha podido generar las diferencias encontradas en salud. El nivel de estudios, sin embargo, no parece tener un gran efecto modulador al no

Capítulo 8. Discusión y conclusiones

encontrar grandes diferencias en el Modelo 2, tras introducir el nivel de estudios como variable de ajuste.

A raíz de los resultados encontrados en la regresión logística binaria no se puede concluir que sí existan diferencias en salud entre los tres grupos de mujeres. Por tanto, cabe poner en duda la Hipótesis 2, según la cual el estatus laboral estaría relacionado con la salud general, desfavoreciendo al grupo de amas de casa, entre quienes se suponía encontrar peor salud.

Son numerosos los trabajos y estudios que indican que el trabajo remunerado podría tener efectos positivos para la salud (Aparicio et al., 2008; Artazcoz, Borrell et al., 2004; Ming-Ching y Regula, 2002; Waldron et al., 1998). Sin embargo, no se han podido extraer las mismas conclusiones de este estudio.

Quizá sería necesario tener en cuenta otra serie de factores; muchos factores biopsicosociales en conjunto podrían estar relacionados, incluyendo aquí aquellos que van desde los más puramente biológicos, el gradiente socioeconómico, los roles sociales, las condiciones laborales y las características familiares (Matthews y Power, 2002). A pesar de que el trabajo fuera de casa contribuye a la estabilidad física y psicológica, también puede suponer una mayor carga especialmente para aquellas mujeres que tienen una doble jornada (Waldron et al., 1998). Sería necesario tener en cuenta la influencia de las demandas familiares, así como la interacción que estas tienen con el estatus laboral y el nivel educativo (Artazcoz, Borrell et al., 2008).

Capítulo 8. Discusión y conclusiones

8.1.3. Hipótesis 3.

La tercera hipótesis de esta investigación tenía como objetivo analizar la relación que existe entre el estatus laboral y la salud mental. A través de esta tercera hipótesis se esperaba encontrar mejores índices de salud mental en el grupo de mujeres trabajadoras, de tal forma su salud mental fuera mejor que la de aquellas que pertenecen al grupo de desempleadas y amas de casa.

Los resultados observados en la regresión logística confirman esta tercera hipótesis, al mostrar que efectivamente es el grupo de mujeres trabajadoras quienes mejores índices de salud mental presentan. Sin embargo, no es el grupo de mujeres trabajadoras quien destaca por sus puntuaciones en salud mental, pues a pesar de ser quienes mejor salud mental presentan, no muestran grandes diferencias con el grupo de amas de casa al no encontrarse diferencias significativas entre ellas.

Tal y como se puede observar en la Tabla 7.5, es el grupo de mujeres desempleadas quien destaca ampliamente por sus bajas puntuaciones en salud mental. Este grupo es, sin lugar a dudas, donde puede encontrarse una mayor presencia de malestar psíquico, trastornos mentales e incapacidad para realizar las funciones saludables normales. Los resultados son contundentes y la elevada significación se mantiene a lo largo de los tres modelos, incluso después de haber controlado el efecto moderador de la edad y el nivel de estudios.

Capítulo 8. Discusión y conclusiones

Si bien el ajuste por edad y nivel educativo no modifica significativamente los resultados encontrados, sí se observa un aumento de la incidencia de trastornos mentales en el grupo de amas de casa, que al tener en cuenta estas dos variables presentan peores índices de salud mental en relación con el grupo de mujeres trabajadoras, confirmando que es este último grupo quien muestra menores posibilidades de presentar problemas de salud mental.

Todos estos resultados parecen confirmar la tercera hipótesis, según la cual el trabajo remunerado tiene efectos positivos para la salud psicológica (Ming-Ching y Regula, 2002; Pugliesi, 1995). El hecho de tener un trabajo remunerado no solo reduciría el riesgo de depresión (Ming-Ching y Regula, 2002), sino que también parece tener un impacto directo sobre la felicidad y el bienestar psicológico (Pugliesi, 1995).

Si bien es cierto que las diferencias en salud mental entre trabajadoras y amas de casa de este estudio no llegan a ser significativas, estos resultados coinciden con los de otros trabajos (Artazcoz, Borrell et al., 2004), donde tampoco se ha encontrado significación en estas diferencias, pero sí un mayor consumo de fármacos entre amas de casa, sugiriendo que esta mayor morbilidad en salud mental podría encontrarse enmascarada. Sería necesario tener en cuenta que otros trabajos sí han encontrado niveles significativamente inferiores de autoestima, satisfacción vital y apoyo social en amas de casa (Aparicio et al., 2008; Sánchez-López et al., 2006).

Capítulo 8. Discusión y conclusiones

En cuanto a la elevada incidencia de morbilidad en salud mental observada en mujeres desempleadas, parece evidente que existe una clara predisposición a sufrir trastornos mentales en mujeres que se encuentran en situación de desempleo (Artazcoz, Benach et al., 2004; Mossakowsky, 2009). Cabe aquí destacar la influencia de los roles sociales, las responsabilidades familiares y el estatus socioeconómico como factores de riesgo, que podrían modular la relación entre desempleo y salud mental, tal y como han detectado otros trabajos (Artazcoz, Borrell et al., 2004).

8.1.4. Hipótesis 4.

La cuarta y última hipótesis de esta investigación tenía como objetivo descubrir si existe una relación entre género y salud, y en qué medida esta relación podría estar mediada por el estatus laboral. Se esperaba encontrar variaciones en el estado de salud, tanto física como mental, a medida que varía el nivel de conformidad con el rol de género femenino; a la par que estas variaciones se vieran moduladas por el estatus laboral.

Los resultados de las regresiones nos indican que se cumplen las predicciones de esta cuarta hipótesis en el caso de la salud mental, pero no en el caso de la salud física general. Respecto al efecto modulador del estatus laboral, no existe evidencia empírica de que tal efecto sea significativo en los datos analizados en este trabajo, aunque en otros trabajos si se halla encontrado (Aparicio et al., 2008).

Capítulo 8. Discusión y conclusiones

Son varios los trabajos que han destacado la relación que existe entre el rol de género y la salud (Kaplan y Marks, 1995; Martínez-Benlloch y Bonilla, 2000; Sánchez-López et al., 2012) encontrando efectos dispares.

Nuestros resultados irían en la línea de otros similares, donde también se ha observado que una mayor conformidad con el rol de género femenino se asocia con un estado más débil de salud (Sánchez-López et al., 2012). Hay que tener en cuenta que en España, el estereotipo de feminidad se asocia con una mayor vulnerabilidad a la somatización, así como con una mayor dificultad para identificar las necesidades propias (Martínez-Benlloch y Bonilla, 2000).

A raíz de lo encontrado aquí, cabe replantearse ciertos datos que irían en la línea contraria. Por ejemplo, se ha encontrado que altos índices de feminidad se asocian con bajos niveles de consumo de alcohol y tabaco; ciertas normas de género como la fidelidad sexual y el romanticismo en las relaciones resultan poco congruentes con el consumo de sustancias como el tabaco (Sánchez-López et al., 2012). Además, hay estudios que señalan que un alto grado de feminidad podría proporcionar un mayor sentido, conciencia y preocupación por circunstancias que ponen en peligro la salud (Kaplan y Marks, 1995).

De cualquier forma, a partir de los resultados obtenidos, no existe evidencia empírica en este trabajo de que el nivel de conformidad con el rol de género tenga efectos significativos sobre la salud general; así como tampoco hay evidencia de que el estatus laboral tenga un efecto moderador en esta relación, tal y como se ha propuesto en otras ocasiones (Aparicio et al., 2008).

Capítulo 8. Discusión y conclusiones

Los resultados parecen más contundentes en el caso de la salud mental, donde sí se encuentran diferencias significativas entre mujeres con altas y bajas puntuaciones en conformidad con el rol de género femenino. Las posibilidades de sufrir malestar o trastornos psíquicos son significativamente superiores en el caso de aquellas mujeres que presentan elevadas puntuaciones en feminidad. Estas diferencias se mantienen ajenas al efecto del estatus laboral y del nivel educativo, cuyo control no ha causado apenas variaciones en los resultados encontrados.

Podemos concluir entonces que las previsiones de la cuarta hipótesis se cumplen en el caso de la salud mental, pero no en el caso de la salud física general. Niveles altos en feminidad podían tener un efecto negativo en el estado de salud y bienestar psíquico, pero no resulta tan evidente en el bienestar general físico. El estatus laboral, al contrario de lo que se esperaba, no muestra efectos relevantes en la relación género y salud.

8.2. Conclusiones finales.

Anteriores estudios han identificado la existencia de un nexo de unión entre trabajo, género y salud (Aparicio et al., 2008; Artazcoz et al., 1999; Artazcoz et al., 2001; Artazcoz, Benach et al., 2004; Artazcoz, Borrell et al., 2004; Artazcoz, Escribà-Agüir et al., 2004; Rohlf et al., 2000; Sánchez-López et al., 2012). Todo parece indicar que existe una delgada línea que une estos tres componentes. Los roles ocupacionales y familiares juegan un papel

Capítulo 8. Discusión y conclusiones

fundamental en la vida adulta. El trabajo, tanto productivo como reproductivo, mantiene complejas relaciones con el género y la salud (Rohlf s et al., 2000).

La salud de las mujeres no solo es diferente, sino también desigual (Borrell et al., 2004; Rohlf s et al., 2000). Son diversos los trabajos que han puesto en evidencia el efecto paradójico que se produce al analizar la salud de las mujeres, encontrando una mayor morbilidad a la par que una menor mortalidad en relación a sus compañeros varones (Rohlf s et al., 2000; Sánchez-López et al., 2012). Sin embargo, hay que prestar especial atención puesto que las diferencias entre sexos podrían estar enmascarando el efecto que el género tiene para la salud (Annandale y Hunt, 1990; Sánchez-López et al., 2012).

Los resultados de esta investigación muestran la necesidad de considerar el género a la hora de abordar los problemas de salud. Según estos resultados, altos niveles en feminidad predisponen a una mayor morbilidad tanto física como mental; principalmente en el caso de la salud psíquica, al relacionarse con un mayor deterioro del funcionamiento normal e incapacidad para seguir realizando las funciones saludables normales, así como con mayor malestar psíquico.

Los datos resultan más confusos en el caso de la salud general donde, a pesar de no haber alcanzado una significación estadística, sí se han observado mayores problemas de salud en mujeres con altos niveles de feminidad. Para extraer conclusiones definitivas, sería necesario tener en cuenta factores como la vulnerabilidad a la somatización (Martínez-Benlloch y Bonilla, 2000), la

Capítulo 8. Discusión y conclusiones

tendencia a informar de enfermedades (Sánchez-López et al., 2012), el consumo de sustancias (Sánchez-López et al., 2012) y la conciencia sobre los riesgos para la salud (Kaplan y Marks, 1995); así como un gran número de factores biológicos, sociales, culturales y personales que actúan en constante interacción (Rohlf s et al., 2000).

El peso de los roles de género no parece recaer exclusivamente sobre la salud, sino que también mantiene una relación con el trabajo, tanto productivo como reproductivo, y con los roles y ocupaciones que desempeña una mujer en la sociedad (Abele, 2003; Aparicio et al., 2008; Artazcoz, Benach et al., 2004; Artazcoz, Borrell et al., 2004; Artazcoz, Escribà-Agüir et al., 2004; Diekman et al., 2005; Kasen et al., 2006; Rohlf s et al., 2000; Twenge, 2001). Este estudio ha puesto en evidencia la fuerte relación que existe entre el estatus laboral y el rol de género femenino; que resulta especialmente pronunciada al considerar determinadas características del mismo como la domesticidad, el cuidado de los hijos y la fidelidad sexual, y su particular y amplia presencia entre las amas de casa. También se pone de manifiesto la fuerte influencia del nivel educativo en el desarrollo de los roles de género (Calvo-Salguero et al. 2008), así como la importancia que juega éste como agente modulador entre estatus laboral y rol de género (Artazcoz, Borrell et al., 2004).

Sería conveniente analizar los componentes y el tipo de interacción entre trabajo y género. Al igual que el rol de género, la estructura de socialización y oportunidades se reflejan en el tipo de trabajo y ocupación (Rohlf s et al., 2000), también parece existir una reciprocidad, de tal forma que el desempeño de una

Capítulo 8. Discusión y conclusiones

determinada ocupación podría modular y producir variaciones en el carácter y en ciertas características asociadas al rol de género (Twenge, 2001).

No menos importante resulta el nexo de unión entre trabajo y salud a la hora de perpetuar este cúmulo de interacciones. Resulta extremadamente complicado justificar las diferencias en salud sin tener en cuenta factores como los roles ocupacionales, el trabajo productivo y el reproductivo, y la exposición a riesgos diferenciales que estos generan (Aparicio et al., 2008; Artazcoz et al., 1999; Artazcoz, Benach et al., 2004; Artazcoz, Borrell et al., 2004; Artazcoz, Escribà-Agüir et al., 2004; Rohlf's et al., 2000). Este trabajo ha puesto en evidencia la importancia del estatus laboral a la hora de considerar los problemas en salud, y los efectos preventivos que el trabajo remunerado tiene para la misma. En particular, se destacan los efectos nocivos que una situación de desempleo entraña para la salud, haciendo especial hincapié en la delicada salud mental que presenta el grupo de mujeres desempleadas. De tal forma, se pone en evidencia la especial vulnerabilidad a padecer trastornos psíquicos en mujeres que se encuentran en situación de desempleo (Artazcoz, Benach et al., 2004; Mossakowsky, 2009). Estos datos resultan de particular importancia al contextualizarlos dentro de la situación social y económica que atraviesa España, donde el desempleo alcanza cifras históricas.

Trabajo, género y salud se encuentran íntimamente unidos y relacionados. Mantienen entre ellos complejos y estratégicos puntos de conexión e interacción, que se reflejan en estructuras sociales y de oportunidades, consolidando así las desigualdades sociales. Estatus laboral, género y salud se

Capítulo 8. Discusión y conclusiones

influyen mutua y recíprocamente, generando disparidades y desigualdades entre mujeres, abarcando muy diversos ámbitos que van desde lo más pura y estrictamente biológico hasta lo más social.

El enfoque biopsicosocial se presenta como la mejor alternativa para abordar la problemática en salud. Junto con este enfoque, una perspectiva de género supone un buen comienzo para aminorar y erradicar las desigualdades sociales presentes en nuestra actual sociedad. Un punto de vista global que ponga en evidencia el conjunto de factores que determinan la vida de las personas y la delicada interacción de estos factores, debería de primar a la hora de plantear objetivos políticos, educativos, económicos y sociales que sean capaces de aumentar, mejorar y consolidar la calidad de vida de las personas.

Capítulo 9. Limitaciones y perspectivas futuras.

9. Limitaciones y perspectivas futuras.

A lo largo del presente trabajo se han analizado las relaciones que existen entre estatus laboral, género y salud en mujeres Españolas. Las conclusiones que se han extraído y que se describen en el Capítulo anterior están basadas en un exhaustivo análisis de datos y apoyadas por una gran variedad de estudios previos. Sin embargo, como toda investigación, presenta ciertas limitaciones que se describen a continuación.

La primera limitación se encuentra en el tamaño de la muestra. La muestra está compuesta por 347 mujeres procedentes de diversos lugares de España. A pesar de ser un tamaño muestral considerable, no se puede afirmar que se trate de una muestra representativa de la población. Para poder generalizar los resultados y conclusiones extraídas de una forma más contundente, sería necesario aumentar el tamaño tanto de la muestra general como de cada grupo que la compone.

La segunda limitación vendría dada por la selección de la muestra, particularmente en el caso de las amas de casa. Dada la dificultad a la hora de encontrar mujeres dedicadas exclusivamente al cuidado de la casa de edades jóvenes, la mayoría de ellas comprenden un rango de edad significativamente superior. Si bien es cierto que la variable edad ha sido controlada a través de los análisis estadísticos empleados, convendría incluir dentro de este grupo a mujeres de un menor rango de edad. No obstante, esta diferencia de edad entre grupos es un fiel reflejo de la sociedad actual, en la que la mayoría de las

Capítulo 9. Limitaciones y perspectivas futuras

mujeres trabajan aunque sea de forma discontinua o con trabajos a jornada parcial.

La tercera limitación estaría vinculada con los instrumentos y medidas empleados para medir las variables que se incluyen en el estudio. Si bien es cierto que estos instrumentos y medidas están correctamente validados, complementar las variables de salud física y psicológica con otra serie de indicadores como por ejemplo el consumo de fármacos o el uso de drogas y otras sustancias podría resultar adecuado.

Capítulo 10. Resumen en inglés.

10. Resumen en inglés.

. Introduction.

Prior studies have identified a link between work, gender and health. This study has been previously documented, but is still a current issue. Biopsychosocial and global approaches show us the importance of considering biology, psychology and social process as predictors of health. Social and cultural process such as employment status and gender are included in this study, considered as health related variables. At the same time, it is expected to find an interaction between employment status and gender, showing that there is a slight line between these three components. Three different groups of women, unemployed, housewives and working women have been studied with the objective of comparing gender role conformity, general health and psychological health.

Several logistic regression models have been build to analyze differences in gender, general health status and psychological health status along the three different groups for the first, second and third hypothesis. Last hypothesis analyze the risk of psychological and general health problems in women with high and low feminine gender role orientation. Results, conclusions and discussion emphasize the importance of considering the interaction of employment status, gender and health in a global perspective.

.Objectives.

The main objective of this study is to analyze the interactions between employment status, gender and health. Four main targets have been proposed, integrated in four different hypotheses.

First hypothesis describes the relationship between employment status and gender role orientation, measures by the Conformity to Feminine Norms Inventory. Based on this hypothesis, is expected to find higher feminine gender role conformity among the housewives group.

Second hypothesis talks about the relationship between employment status and general health status, which is measured by a single general self-rated health question. The aim of this second hypothesis is to prove the preventive effects of paid work for health, finding a better general health status among the working women group.

Third hypothesis is related to employment status and psychological health, which is measured by the General Health Questionnaire in its short version (GHQ12). Predictions indicate there is a higher possibility of finding as better psychological health status among working women, emphasizing the preventive effects of paid work for psychological health.

Capítulo 10. Resumen en inglés

Last hypothesis analyzes the relationship between feminine gender role conformity and health, considering employment status as a moderating factor. Gender role conformity is expected to modify general and psychological health, although differences could be found in two directions.

.Results.

Results indicate there is a complex relationship between employment status, gender and health, which is moderated by variables such as age and educational level of participants. Results are divided and explained according to the four hypothesis previously described.

In regard to the first hypothesis, binary logistic regression models indicate there is significant higher feminine gender role conformity ($p= 0.017$) among housewives even after controlling by age. After adjusting by age, housewives have almost a double likelihood ($OR=2.04$) of showing a high feminine gender role conformity. Including the educational level in the model results are modified, statistical signification is no longer significant. In this last case, statistical differences are not significant ($p=0.084$), showing the importance of the educative level effects as moderators between employment status and feminine gender role conformity.

Capítulo 10. Resumen en inglés

Against expected, regarding the second hypothesis, logistic regression models did not showed significant differences between working women, unemployed women and housewives in the general health status after adjusting by age. Differences observed in the first model ($p=0.036$), where only employment status and general health status has been included, were no longer significant after adjusting by age. In a first stage, housewives show the worst general health status; however, the next model indicates that age has an important effect in the observed relationship. After controlling by age and educative level, unemployment women showed a greater likelihood ($OR=1.35$) but not significant ($p=0.356$), of having worse general health status.

As expected, binary logistic models build to prove the third hypothesis indicates that working women had a higher probability ($p=0.000$) of having a better health status than unemployed women ($OR=3.27$) even after controlling age and educative level. Against expected, differences in psychological health status between housewives and working women were not significant ($p=0.606$), showing almost the same likelihood of developing a worst psychological health ($OR=1.17$). After including age and educational level in the model differences were neither observed.

In regard to the fourth hypothesis results indicate there is higher morbidity among those with higher feminine role conformity. In the first analysis just the general health status was considered, and no differences were found ($p=0.353$) after adjusting by age and educational level, however, a higher risk of poor

general health was observed (OR=1.26). Results are more consistent when considering psychological health status, after adjusting by age and educational level, psychological morbidity (OR=1.56) was higher ($p=0.044$) among those with higher feminine gender role conformity.

. Conclusions.

Results emphasize the need of considering employment status, gender and health as related variables that should be included with in a global perspective. Productive and reproductive work shows complex interactions with gender and health.

According to the observed results, higher feminine gender role conformity is related to a higher morbidity, especially in regard to psychological health status, where higher prevalence of mental disorders was found. Results are less congruent regarding to general health, where there were no significant differences.

Gender was not only related to health status. According to the first hypothesis, employment status was also associated with feminine gender role conformity, given that it was observed higher feminine gender role conformity among housewives. This relationship is highly moderated by educative level.

Capítulo 10. Resumen en inglés

To complete these interactions process, the influence of employment status on health should be also considered. The preventive effect of paid work on psychological health has been proven, specially the higher risk of psychological disorders among unemployed women. Results are less congruent in regard to the general health status, where other factors should be considered.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abele, A. (2003). The dynamics of masculine-agentic and feminine-communal traits: Findings from a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 768-776.
- Adler, A. (1927). *Understanding human nature*. New York: Greenberg.
- Álvarez Dardet, C., Alonso, J., Domingo, A. y Regidor, E. (1995). *Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. La medición de la clase social en ciencias de la salud*. Barcelona: SG Editores.
- Amuedo-Dorantes, C. y De la Rica, S. (2006). The role of segregation and pay structure on the gender wage gap: evidence from matched employer-employee data for Spain. *Contributions to Economic Analysis and Policy, Berkeley Electronic Press Journal*.
- Anderson, N.B., Armstead, C.A. (1995). Toward Understanding the Association of Socioeconomic Status and Health: A New Challenge for the Biopsychosocial Approach. *Psychosomatic Medicine*, 57, 213-225.
- Annandale, E. y Hunt, K. (1990). Masculinity, femininity and sex: an exploration of their relative contribution to explaining gender differences in health. *Sociology of Health and Illness*, 12, 24-46.
- Aparicio, M. E., Sánchez-López, M. P., Dresch, V. y Díaz, J. F. (2008). Las relaciones entre la salud física y psicológica según el estatus laboral. *EduPsykhé*, 7(2), 201-212.
- Applebaum, H. (1992). *The concept of work: ancient, medieval and modern*. State of New York: State University of New York.

Referencias bibliográficas

- Arango, L. G. (1997). La clase obrera tiene dos sexos. Avances de los estudios latinoamericanos sobre género y trabajo. *Nómadas*, 6.
- Arendt, H. (1998). *La condición humana*. Barcelona: Paidós.
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C. y Cortès, I. (2004). Unemployment and mental health: understanding the interaction among gender, family roles and social class. *American Journal of Public Health*, 94(1), 82-88.
- Artazcoz, L., Borrell, C., Benach, J., Cortès, I. y Rohlfs, I. (2004). Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position. *Social Science and Medicine*, 59, 263-274.
- Artazcoz, L., Borrell, C., Rohlfs, I., Beni, C., Moncada, A. y Benach, J. (2001). Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. *Gaceta Sanitaria*, 15(2), 150-153.
- Artazcoz, L., Cortès, I., Moncada, S., Rohlfs, I. y Borrell, C. (1999). Diferencias de género en la influencia del trabajo doméstico para la salud. *Gaceta Sanitaria*, 13, 201-207.
- Artazcoz, L., Escribà-Agüir, V. y Cortès, I. (2004). Género, trabajo y salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 18, 24-35.
- Artazcoz, L., Moya, C., Vanaclocha, H. y Pont, P. (2004). La salud de las personas. *Gaceta Sanitaria*, 18, 56-68.
- Ashton, H. (1991). Psychotropic-drug prescribed for women. *British Journal Psychiatry*, 10, 30-35.
- Athenstaedt, U., Heinzle, C. y Lerchbaumer, G. (2008). Gender subgroup, self-categorization and gender role self-concept. *Sex Roles*, 58, 266-278.
- Bandura, A. y Walter, R.W. (1965). *Aprendizaje Social y Personalidad*. Madrid: Alianza U.

Referencias bibliográficas

- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Beaujot, R. y Andersen, R. (2007). Time-crunch: impact of time spent of paid and unpaid work, and its division of families. *Canadian Journal of Sociology*, 32(3), 295-315.
- Beck, A. T. (1972). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: Pennsylvania University Press.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 165-172.
- Bem, S.L. (1975). Sex Role Adaptability: One Consequence of Psychological Androgyny. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(4), 634-643.
- Bem, S.L. (1976a). Sex Typing and the Avoidance of Cross-Sex Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33(1), 48-54.
- Bem, S.L. (1976b). Sex Typing and Androgyny: Further Explorations of the Expressive Domain *Journal of Personality and Social Psychology*, 34(5), 1016-1023.
- Bem, S.L. (1977). On the Utility of Alternative Procedures for Assessing Psychological Androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45(2), 196-205.
- Bem, S. L. (1979). Theory and measurement of androgyny: A reply to the Pedhazur-Tetenbaum and Locksley-Cotton critiques. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1047-1054.
- Bem, S. L. (1981a). Gender schema theory: a cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88, 354-364.
- Bem, S. L. (1981b). The BSRI and Gender Schema Theory: A reply to Spence and Helmreich. *Psychological Review*, 83, 269-371.

Referencias bibliográficas

- Benbow, C. P. (1988). Sex differences in mathematical reasoning ability in intellectually latent preadolescents: Their nature, effects and possible causes. *Behavioral and Brain Science*, 11, 169-232.
- Benbow, C. P. y Stanley, J. C. (1980). Sex difference in mathematical ability: Fact or artifact? *Science*, 210, 1262-1264.
- Bennett, J. C. (1993). Inclusion of women in clinical trials-policies for population subgroups. *New England Journal Medicine*, 329, 288-292.
- Bird, C. E. y Fremont, A. M. (1991). Gender, time use and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 114-128.
- Bird, C. E. y Rieker, P. P. (1999). Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. *Social Science and Medicine*, 48, 745-755.
- Blanco, M. (1999). Mujeres profesionales de clase media: procesos de decisión e inserción laboral. *Nueva Antropología*, 16(55), 27-42.
- Block, J. H. (1973). Conceptions of sex roles. Some cross-cultural and longitudinal perspectives. *American Psychologist*, 1, 512-526.
- Bock, G. (1991). La historia de las mujeres y la historia del género: Aspectos de un debate internacional. *Historia Social*, 9, 55-77.
- Borhek, J. (1965). A theory of incongruent experience. *Sociological Review*, 8, 89-95.
- Borrell, C. (2004). Desigualdades en salud según la clase social de las mujeres. *Diálogo Filosófico*, 59, 245-260.
- Borrell, C., García-Calvente, M. M. y Martí-Boscà, J. V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, 18, 2-6.

Referencias bibliográficas

- Borrell, C., Peiró, R., Ramón, N., Pasarín, M I., Colomer, C., Zafra, E. y Álvarez-Dardet, C. (2005). Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español. *Gaceta Sanitaria*, 19, 277-286.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Thomson.
- Brewster K. L. y Padavic, I. (2000). Change in gender ideology, 1977-1996: The contributions of intracohort change and population turnover. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 477-487.
- Brzinsky-Fay, C. (2011). What difference does it make? The outcome effects of the European employment strategy on the transition from education to work. *German Policy Studies*, 7(1), 45-72.
- Bystydzienski, J. M. (2009). Why so few women? Explaining gendered occupational outcomes in science, technology, engineering and mathematics fields. *Sex Roles*, 60, 751-753.
- Calvo-Salguero, A., García-Martínez, J. M. A. y Monteolivo, A. (2008). Differences between and within genders in gender role orientation according to age and level of education. *Sex Roles*, 58, 535-548.
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359, 1331-1336.
- Cialdini, R. B., y Trost, M. R. (1999). Social influence: Social norms, conformity, and compliance. En D. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (Vol. 2, pp. 151-192). Boston: McGraw-Hill.
- Coma, A., Martí, M. y Fernández, E. (2003). Educación y clase social basada en la ocupación: su interrelación como indicadores de posición socioeconómica

Referencias bibliográficas

en el estudio de las desigualdades sociales mediante encuestas de salud.

Atención Primaria, 32, 208-215.

Connellan, J., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Batki, A. y Ahlgualia, J.

(2000). Sex differences in human neonatal social perception. *Infant Behavior and Development*, 23, 113-118.

Corrigall, E. A. y Konrad, A. M. (2007). Gender role attitude and careers: A longitudinal study. *Sex Roles*, 56, 847-855.

Crimlisk, H. y Welch, S. (1996). Women and Psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 169, 6-9.

De la Rica, S. (2007). Segregación ocupacional y diferencias salariales por género en España: 1995-2002. *Departamento de Fundamentos del Análisis Económico II, Universidad del País Vasco*.

DeSalvo, K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J. y Muntner, P. (2005). Mortality prediction with a single general question. A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 21(3), 267-275.

Deven, F., Inglis, S., Moss, P. y Petrie, P. (1998). Revisión de las investigaciones realizadas en Europa sobre conciliación de la vida laboral y familiar para hombres y mujeres y calidad de los servicios de atención. *Informe final para la Unidad de Igualdad de Oportunidades de la Comisión Europea*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Devos, T., Blanco, K., Rico, F., Dunn, F. (2008). The role of parenthood and college education in the self-concept of college students: Explicit and implicit assessments of gendered aspirations. *Sex Roles*, 59, 214-228.

Referencias bibliográficas

Diekman, A. B., Eagly, A. H., Mladinic, A., y Ferreira, M. C. (2005). Dynamic stereotypes about women and men in Latin America and the United States. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 36, 209–226.

Durán, J. F. (2006). La construcción social del concepto de trabajo moderno. *Nómadas*, 13.

Eckes, T. (1994). Explorations in gender cognition: Content and structure of female and male subtypes. *Social Cognition*, 12, 37-60.

Ehrhardt, A. A. y Meyer-Bahlburg, H. F. L. (1981). Effects of prenatal sex hormones on gender-related behavior. *Science*, 211, 1312-1318.

Ehrhardt, A. A., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Feldman, J. F. y Ince, S. E. (1984). Sex-dimorphic behavior in childhood subsequent to prenatal exposure to exogenous progestogens and estrogens. *Archives of Sexual Behavior*, 13, 457-477.

Ehrhardt, A. A., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Rosen, L. R., Feldman, J. F., Veridiano, N. P., Zimmerman, I. y McEwen, B. S. (1985). Sexual orientation after prenatal exposure to exogenous estrogen. *Archives of Sexual Behavior*, 14, 57-77.

Emslie, C., Hunt, K. y Macintyre, S. (1999). Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees. *Social Science and Medicine*, 48, 33-48.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

Erdwins, C. J. y Mellinger, J. C. (1985). Reentry women after graduation. *The Journal of Genetic Psychology*, 147(4), 437-572.

Referencias bibliográficas

- Espeke, E. S. (2005). Sex differences in intrinsic aptitude for mathematics and science?: a critical review. *American Psychologist*, 60, 950-958.
- Eurofound, (2012). *Fifth European Working Conditions Survey*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- European Commission, (2001). *Gender Equality Magazine*, nº 11. Brussels: European Commission. Employment & Social Affairs.
- Farwell, A. P. y Braverman, L. E. (1996). Inflammatory thyroid disorders. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 29, 542-556.
- Fernández, J. (2010). El sexo y el género: dos dominios científicos diferentes que debieran ser clasificados. *Psicothema*, 22(2), 256-262.
- Finegan, J. A. K., Niccols, G. A. y Sitarenios, G. (1992). Relations between prenatal testosterone levels and cognitive abilities at 4 years. *Developmental Psychology*, 28, 1075-1089.
- Floro, M. S. (1995). Women's well-being, poverty and work intensity. *Feminist Economics*, 1(3), 1-25.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos para una teoría sexual. En S. Freud (Aut.), *Obras completas* (tomo IV), Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1908). Teorías sexuales infantiles. En S. Freud (Aut.), *Obras completas* (tomo IV), Madrid: Biblioteca Nueva.
- Folger, R. (1977). Distributive and procedural justice: Combined impact of "voice" and improvement on experienced inequity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 108-119.
- Galdós, P. y Van Os, J. (1995). Gender, psychopathology and development: from puberty to early adulthood. *Schizophrenia Research*, 14, 105-112.

Referencias bibliográficas

- García Blanco, J. M. y Gutiérrez Palacio, R. (1996). Inserción laboral y desigualdades en el mercado de trabajo. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 75, 269-294.
- García-Izquierdo, A.L. y García-Izquierdo, M. (2007). Discriminación, igualdad de oportunidades en el empleo y selección de personal en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 23, 111-138.
- García-Sánchez, I. (2004). Diferencias de género en el VIH/sida. *Gaceta Sanitaria*, 18, 47-54.
- Gatewood, J. D., Wills, A., Arnold A. P., Burgoyne, P. S. y Rissman, E. F. (2006). Sex chromosome complement and gonadal sex influence aggressive and parental behavior in mice. *Journal of Neuroscience*, 26, 2335-2342.
- Ghai, D. (2003). Trabajo decente. Concepto e indicadores. *Revista Internacional del Trabajo*, 122, 125-160.
- Graham, H. (1987). Gigarette smoking: a light on gender and class inequality in Britain?. *Journal of Social Policy*, 24, 509-527.
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.
- González, C. (2012). La emigración desde España, una migración de retorno. *Revista ARI*, 94, 13-17.
- Greenwald, A. G., y Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102, 4-27.
- Greenwald, A. G., Banaji, M. R., Rudman, L. A., Farnham, S. D., Nosek, B. A., y Mellot, D. S. (2002). A unified theory of implicit attitudes, stereotypes, self-esteem, and self-concept. *Psychological Review*, 109, 3-25.

Referencias bibliográficas

Griggs, R. G. y Karpati, G. (1999). Muscle pain, fatigue, and mitochondriopathies. *The New England Journal of Medicine*, 341, 1077-1078.

Groshen, E. (1991). The structure of the female/male wage differential: Is it who you are, what you do, or where you work?. *The Journal of Human Resources*, 26, 457-472.

Häfner, H. (2003). Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*, 2, 17-54.

Hobbes, T. (2007). *Leviatán*. Buenos Aires: Losada.

Hochman, J. S., Tamis, J. E., Thompson, T. D., Weaver, W. D., White, H. D., Van de Werf, F., Aylward, P., Topol, E. J. y Califf, R. M. (1999). Sex, clinical presentation, and outcome in patients with acute coronary syndromes. *The New England Journal of Medicine*, 341, 226-232.

Hootman, J. M., Sniezek, J. E. y Helmick, C. G. (2002). Women and arthritis: burden, impact and prevention programs. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 11, 407-416.

Hyde, J. S. (2005). The gender similarities hypothesis. *American Psychologist*, 60, 581-592.

Ibáñez, M. (1999). *Género y familia en la inserción laboral*. Universidad de Oviedo.

Idler, E. L. y Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21-37.

Iglesias, C. y Llorente, R. (2010). Evolución reciente de la segregación laboral por género en España. *Revista Universitaria de Ciencias del Trabajo*, 11, 81-105.

Referencias bibliográficas

Instituto de la Mujer (2011). *Macroencuesta de violencia de género*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Instituto Nacional de Estadística (2006). *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2007). *IV Encuesta de Condiciones de Trabajo*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

International Labour Office. (1987). *Informe General a la 14ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo*. Ginebra: International Labour Office.

International Labour Office (2004). *Breaking through the glass ceiling: Women in management*. Geneva: International Labour Office.

Jackman, M. R. y Muha, M. J. (1984). Education and intergroup attitudes: Moral enlightenment, superficial democratic commitment or ideological refinement? *American Sociological Review*, 49, 751-769.

Johnson, N. G. y Radcliffe, A. M. (2008). The increasing role of psychology health research and interventions and a vision for the future. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 652-657.

Jonasson, Z. (2005). Meta-analysis of sex differences on rodent models of learning and memory: a review of behavioral and biological data. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28, 811-825.

Kandel, D. B., Davies, M. y Raveis, V. H. (1987). The stressfulness of daily social roles for women: marital, occupational and household roles. *Journal of Health of Social Behavior*, 26, 64-78.

Kane, E. W. (1995). Education and beliefs about gender inequality. *Social Problems*, 42, 74-90.

Referencias bibliográficas

- Kaplan, M. S. y Marks, G. (1995). Appraisal of health risk: the roles of masculinity, femininity and health. *Sociology of Health and Illness*, 17(2), 206-221.
- Kasen, S., Chen, H., Sneed, J. Crawford, T. y Cohen, P. (2006). Social role and birth cohort influences in gender-linked personality traits in women: A 20-year longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 944-958.
- Kerckhoff, A. C. (2001). Education and social stratification processes in comparative perspective. *Sociology of Education*, 74, 3-18.
- Kohlberg, L. (1966). A cognitive development analysis of children's sex role concepts and attitudes. En E. Maccoby (Ed.), *The Development of Sex Differences*. Stanford, Calif.: Stanford University Press.
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., y Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *Lancet*, 360, 263-265.
- Kulik, L. (2002). The impact of social background on gender-role ideology. *Journal of Family Issues*, 23, 53-73.
- Kunst, A. E. y Mackenbach, J. P. (1995) *Measuring socio-economic inequalities in health*. Copenhagen: World Health Organization.
- Larrañaga, M. (2009). Mujeres, tiempos, crisis: Combinaciones variadas. *Revista de Economía Crítica*, 8, 113-120.
- Lennon, M. C. y Rosenfield, S. (1994). Relative fairness and division of household: the importance of options. *The American Journal of Sociology*, 100, 506-531.

Referencias bibliográficas

- Lerner, D. J., William B. y Kannel, M. D. (1986). Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: A 26-year follow-up of the Framingham population. *American Heart Journal*, 111, 383-390.
- Liceras, D. (1995). Las mujeres en el mercado laboral actual. Nuevas formas de organización del trabajo: ¿nuevas oportunidades para las mujeres?. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 6, 107-116.
- Locke, J. (2006). *Segundo tratado sobre el gobierno civil: un ensayo acerca del verdadero origen, alcance y fin del gobierno civil*. Madrid: Tecnos.
- López, F. (1984). La adquisición del rol y la identidad sexual: función de la familia. *Infancia y Aprendizaje*, 26, 65-75.
- López, F. (1988). Adquisición y desarrollo de la identidad sexual y de género. En J. Fernández (coord.), *Nuevas perspectivas en el desarrollo del sexo y el género*. Madrid: Pirámide.
- López-Abente, G., Pollán, M., Aragonés, N., Pérez Gómez, B., Hernández Barrera, V., Lope V. y Suarez, B. (2004). Situación del cáncer en España: incidencia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 27, 165-173.
- Lynch, J. W., Smith, G. D., Kaplan, G. A. y House, J. S. (2000). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *British Medical Journal*, 320, 1200-1204.
- Lytton, H., y Romney, D. M. (1991). Parents' differential socialization of boys and girls: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 109, 267-296.
- MacDonald, M., Phipps, S. y Lethbirdge, L. (2005). Taking its toll: the influence of paid and unpaid work in women's well-being. *Feminist Economics*, 11(1), 63-94.

Referencias bibliográficas

- Macedo, E. y Almeida, S. (2010). Still in between paid and unpaid work? Women's discussion about their situation in Belgium, Lithuania, The Netherlands and Portugal. *Gender Studies and Research*, 8, 59-69.
- Macintyre, S. y Hunt, K. (1997). Socio-economic position, gender and health. How do they interact? *Journal of Health Psychology*, 2, 315-334.
- Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A. R., Schaap, M. M., Menville, G., Leinsalu, M. y Kunst, A. E. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *The New England Journal of Medicine*, 358, 2468-2481.
- MacPherson, D. y Hirsch, B. (1995). Wages and gender composition: why do women's jobs pay less? *American Economic Review*, 76, 1117-1125.
- Mahalik, J. R. (2000). A model of masculine gender role conformity. *Paper presented at the 108th Annual Convention of the American Psychological Association*. Washington, DC: USA.
- Mahalik, J. R., Locke, B., Ludlow, L., Diemer, M., Scott, R. P. J., Gottfried, M., et al. (2003). Development of the Conformity to Masculine Norms Inventory. *Psychology of Men and Masculinity*, 4(1), 3-25.
- Mahalik, J. R., Morray, E. B., Coonerty-Femiano, A., Ludlow, L. H., Slattery, S. M., & Smiler, A. (2005). Development of the Conformity to Feminine Norms Inventory. *Sex Roles*, 52(7/8), 417- 435.
- Maldonado, E. (2012). Todo es doloroso: El caso de España en el año 2012. *Revista de Negocios Internacionales*, 5, 135-139.
- Manor, O., Matthews, S. y Power, C. (2000). Dichotomous or categorical response? Analysing self-rated and life-time social class. *International Journal of Epidemiology*, 29(1), 149-157.

Referencias bibliográficas

- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Public Health*, 365, 1099-1104.
- Marrugat, J., Sala, J., Masia, R., Pavesi, M., Sanz, G., Valle, V., Molina, L., Seres, L. y Elosua, R. (1998). Mortality differences between men and women following first myocardial infarction. *Jama*, 280, 1405-1409.
- Martín, C. L., y Halverson, C. F., Jr. (1981). A schematic processing model of sex typing and stereotyping in children. *Child Development*, 52, 1119-1134.
- Martínez-Benlloch, I. (2003). Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres. *Anuario de Psicología*, 34, 253-266.
- Martínez-Benlloch, I. y Bonilla, A. (2000). *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Matthews, S., Hertzman, C., Ostry, A. y Power, C. (1998). Gender, work roles and psychosocial work characteristics as determinants of health. *Social Science and Medicine*, 46, 1417-1424.
- Matthews, S. y Power, C. (2002). Socioeconomic gradients in psychological distress: a focus on women, social roles and work-home characteristics. *Social Science and Medicine*, 54(5), 799-810.
- McDowell, L. (1997). *Capital culture: gender at work in the city*. Oxford: Blackwell.
- McGinnis, I. M. y Foege, W. H. (1993). Actual causes of death in United States. *Journal of American Medical Association*, 270, 2207-2212.
- Merry, S. E. (2006). *Human rights and gender violence: Translating international law into local justice*. Chicago: University of Chicago Press.

Referencias bibliográficas

Messing, K., Dumais, L., Courville, J., Seifer, A. M. y Boucher, M. (1994). Evaluation of exposure data from men and women with the same job title. *Journal of Occupational Medicine*, 36, 913-917.

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (1977). Sex hormones and male homosexuality in comparative perspective. *Archives of Sexual Behavior*, 6, 297-325.

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (1979). Sex hormones and female homosexuality: A critical examination. *Archives of Sexual Behavior*, 8, 101-119.

Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Carlson, A. D. Jihad, S. O. y New, M. I. (2004). Prenatal androgenization affects gender-related behaviors but not gender identity in 5-12 year-old-girls with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 33, 97-104.

Meyer, M. H. y Pavalko, E. K. (1996). Family, work and access to health insurance among mature women. *Journal of Health and Social Behavior*, 37(4), 311-325.

Miilunpalo, S., Vuori, I., Oja, P., Pasanen, M. y Urponen, H. (1997). Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(5), 517-528.

Milkman, R. (1987). *Gender at work: the dynamics of job segregation by sex during world war II*. Illinois: University of Illinois Press.

Ming-Ching, L. y Regula, A. (2002). Individual consequences of volunteer and paid work in old age: health and mortality. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 490-509.

Referencias bibliográficas

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Anuario de estadísticas laborales y asuntos sociales 2007. Encuesta de población activa*. Disponible en: <http://www.empleo.gob.es/estadisticas/ANUARIO2007/EPA/index.htm>.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Anuario de estadísticas laborales y asuntos sociales 2009. Encuesta de población activa*. Disponible en: <http://www.empleo.gob.es/estadisticas/ANUARIO2009/EPA/index.htm>.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Anuario de estadísticas laborales y asuntos sociales 2010. Encuesta de población activa*. Disponible en: <http://www.empleo.gob.es/estadisticas/ANUARIO2010/EPA/index.htm>.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Anuario de estadísticas laborales y asuntos sociales 2011. Encuesta de población activa*. Disponible en: <http://www.empleo.gob.es/estadisticas/ANUARIO2011/EPA/index.htm>.

Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, 80, 252-283.

Mischel, W. (1977). On the future of personality measurement. *American Psychologist*, 32, 246-254.

Mischel, W. (1979). On the interface of cognition and personality: Beyond the person-situation debate. *American Psychologist*, 34, 740-754.

Money, J. (1955). Hermaphroditism, gender, and precocity in hyperadrenocorticism: Psychological findings. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 96, 253-264.

Money, J. (1985). Gender: History, theory and usage of the term in sexology and its relationship to nature/nurture. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 11, 71-79.

Referencias bibliográficas

Money, J., y Ehrhardt, A. (1972). *Man and woman, boy and girl*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. Traduc. Castellana. Desarrollo de la sexualidad humana. Madrid: Morata, 1982.

Morsy, H. (2012). Generación marcada. *Finanzas y Desarrollo*, 49, 15-17.

Mossakowsky, K. N. (2009). The influence of past unemployment duration on symptoms of depression among young women and men in the United States. *American Journal of Public Health*, 99(19), 1826-1832.

Muñoz, P. E., Tejerían-Allen, M. y Cañas, F. (1995). Estudio de validación predictiva del GHQ en población general urbana. *Beca FIS 93/0905*. Sin publicar.

Myer, S. y Both, A. (2002). Forerunners of change in nontraditional gender ideology. *Social Psychology Quarterly*, 65, 18-37.

National Institute of Health (2012). National Cancer Institute. Recuperado el 15 de Julio, 2012, de <http://www.cancer.gov/>.

Navarro, V. y Shi, L. (2001). The political context of social inequalities and health. *Social Science and Medicine*, 52, 481-491.

Noble, R. E. (2005). Depression in women. *Metabolism: clinical and experimental*, 54, 49-52.

OIT. (1999). *Trabajo Decente*. Memoria del Director General a la 87ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo. Ginebra.

OIT. (2003). *¿Qué es el trabajo decente?*. Recuperado el 7 de Septiembre, 2012, de <http://white.oit.org.pe/portal/especial.php?secCodigo=150>.

OIT. (2003). *La hora de la igualdad en el trabajo*. Informe global con arreglo al seguimiento de la Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos

Referencias bibliográficas

fundamentales en el trabajo. Informe del Director General a la 91ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo. Ginebra.

OIT. (2007). *La igualdad en el trabajo: Afrontar los retos que se plantean*. Informe global con arreglo al seguimiento de la Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo. Informe del Director General a la 96ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo. Ginebra.

OIT. (2009). *Tendencias mundiales del empleo de las mujeres: marzo de 2009*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (1995). *Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (1988). *Función de las mujeres en la asistencia sanitaria*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (1998). *Promoción de la salud: glosario*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2004). *Informe sobre la salud en el mundo 2004: cambiemos el rumbo de la historia*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2009). *Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2012). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Ginebra: OMS.

Ortun, V. (2000). Desigualdad y salud. *Política y Sociedad*, 35, 61-75.

Paoli, P. y Merllié, D. (2001). *Third European survey on working conditions 2000*. Luxembourg: Office of Official Publications of the Europeans Communities.

Referencias bibliográficas

- Pastore, F. (2007). *Employment and education policy for young people in the UE: what can new member states from old member states?.* Bonn: IZA.
- Penner, L., Albrecht, T., Coleman, D., y Norton, W (2007). Interpersonal perspectives on Black–White health disparities: Social policy implications. *Social Issues and Policy Review*, 1, 63–98.
- Pleck, J. H. (1975). Masculinity-femininity: Current and alternate paradigms. *Sex Roles*, 1, 161-178.
- Poal, G. (1995). Reflexiones en torno a los aspectos psicosociales que inciden en la relación mujeres-mundo laboral. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 6, 93-105.
- Pugliese, E. (2000). Qué es el desempleo. *Política y Sociedad*, 34, 59-67.
- Quintero Ramírez, C. (1990). *La sindicalización en las maquiladoras tijuánenses.* México: Conaculta.
- Pugliesi, K. (1995). Work and well-being: gender differences in the psychological consequences of employment. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 57-71.
- Reskin, B. F. y Ross, C. E. (1992). Jobs, authority and earnings among managers. The continuing significance of sex. *Work and Occupations*, 19, 342-365.
- Resnick, S. M., Gottesman, I. I., Berenbaum, S. A. y Bouchard, T. J. (1986). Early hormonal influences on cognitive functioning in congenital adrenal hyperplasia. *Developmental Psychology*, 22, 191-198.
- Rohlf, I. (2003). Género y salud: Diferencias y desigualdades. *Quark*, 27, 36-40.

Referencias bibliográficas

- Rohlfs, I., Borrell, C. y Fonseca, M. do C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14, 60-71.
- Rohlfs, I. y Valls-Llobet, C. (2003). Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 17, 263-265.
- Roquero, E. (1995). *La inserción a la vida cotidiana*. Granada: Universidad de Granada.
- Rubin, G. (1975). The traffic in women: Notes of the "Political Economy" of sex. En R. Reider. (Ed.), *Toward an Anthropology of Women*. New York: Monthly Review Press.
- Ruiz, M. T. y Verbrugge, L. M. (1997). A two way view of gender bias in medicine. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51, 106-109.
- Rüsell, A. (1976). *Psicología del trabajo*. Madrid: Morata.
- Sanabria, J. G. (2009). Virus del Papiloma humano. *Revista de Ciencias Médicas*, 13, 168-187.
- Sánchez-López, M. P., Aparicio, M. E. y Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18(3), 584-590.
- Sánchez-López, M. P., Cuellar, I. y Dresch, I. (2012). The impact of gender roles on health. *Women and Health*, 52, 182-196. DOI: 10.1080/03630242.2011.652352.
- Sánchez-López, M. P., Cuellar, I., Dresch, V. y Aparicio-García, M. (2009). Conformity to feminine gender norms in the spanish population. *Social Behavior and Personality*, 37 (9), 1171-1186.

Referencias bibliográficas

Sánchez-López, M. P. y Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20(4), 839-843.

Sanders, D. y Bancroft, J. (1982). Hormones and the sexuality of women: The menstrual cycle. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 11, 639-659.

Sarrado, J. J., Clèries, X., Ferrer, M. y Kronfly, E. (2004). Evidencia científica en medicina: ¿única alternativa? *Gaceta Sanitaria*, 18, 235-244.

Sayer, L. C. (2005). Gender, time and inequality: trends in women's and men's paid work, unpaid work and free time. *Social Forces*, 84(1), 285-303.

Scott, J. W. (1986). Gender: A Useful Category of Historical Analysis. *American Historical Review*, 91, 1053-1075.

Scott, J. W. (1988). *Gender and the politics of history*. Nueva York: Columbia University Press.

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: on depression, development and death*. New York: Freeman.

Sen, A. (1998). Mortality as an indicator of economic success and failure. *The Economic Journal*, 108, 1-25.

Sevilla-Sanz, A., Giménez-Nadal, J. I. y Fernández, C. (2010). Gender roles and the division unpaid work in the Spanish households. *Feminist Economics*, 16(4), 137-184.

Skuse, D. H. (2006). Sexual dimorphism in cognition and behavior: the role of X-linked genes. *European Journal of Endocrinology*, 155, 99-106.

Sorensen, G. y Verbrugge, L. M. (1987). Women, work and health. *Annual Review of Public Health*, 8, 235-251.

Referencias bibliográficas

Spence, J. T. y Helmreich, R. L. (1978). *Masculinity and Femininity. Their Psychological Dimensions, Correlates and Antecedents*. Austin: University of Texas Press.

Stoller, R.J. (1968). *Sex and gender: On the development of masculinity and femininity*. London: Hogarth Press.

Stouffer, S. (1955). *Communism, conformity and civil liberties*. New York: Doubleday.

Suls, J. y Rothman, A. (2004). Evolution of the biopsychosocial model: Prospects and challenges for health psychology. *Health Psychology*, 23, 119-125.

Thornton, A., Alwin, D. F. y Camburn, D. (1983). Causes and consequences of sex-role attitude and attitude change. *American Sociological Review*, 48, 211-227.

Turner, J. C., Oakes, P. J. y Haslam, S. A. (1994). Self and Collective: Cognition and Social Context. *Journal of Personality and Social Psychology Bulletin*, 20(5), 454-463.

Twenge, J. (1997). Changes in masculine and feminine trait over time: A meta-analysis. *Sex Roles*, 36, 305-325.

Twenge, J. (2001). Changes in women's assertiveness in response to status and roles: A cross-temporal meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 133-145.

Udry, J. R. (1994). The nature of gender. *Demography*, 31, 561-573.

Vaccarino, V., Parsons, L., Every, N. R., Barron, H. V. y Krumholz, H. M. (1999). Sex-based differences in early mortality after myocardial infarction. *The New England Journal of Medicine*, 341, 217-225.

Referencias bibliográficas

- Valls-Llobet, C. (2000). *Desigualdades de género en salud pública*. En AAVV: Género y salud (pp. 16-22). Madrid: Instituto de la Mujer.
- Van Lieshout, R. J. (2011). Contemporary topics in women's mental health: global perspectives in a changing society. *Archives of Women's Mental Health*, 14, 85-86. DOI: 10.1007/S00737-010-0194-Y.
- Verbrugge, L. M. (1985). Gender and Health: an update of hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 156-182.
- Verbrugge, L. M. y Wingard, D. L. (1987). Sex differences in health and mortality. *Women and Health*, 12(2), 103-145.
- Wagstaff, A. (2002). Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 97-105.
- Waldron, I. (1983). Sex differences in illness incidence, prognosis and mortality: issues and evidence. *Social Science and Medicine*, 17, 1107-1123.
- Waldron, I., Weiss, C. C. y Hughes, M. E. (1998). Interacting effects of multiple roles on women's health. *Journal of Health and Social Behaviour*, 39, 216-236.
- Walsh, J. M. E., Beattie, M. S. y Charney, P. (2009). Update in women's health. *Journal of General Internal Medicine*, 25, 363-368.
- Warren, T., Pascall, G. y Fox, E. (2010). Gender equality in time: low-paid mothers' paid and unpaid work in the UK. *Feminist Economics*, 16(3), 193-219.
- Weber, M. (1998). *Ensayos sobre sociología de la religión*. Madrid: Taurus.
- Wilkinson, R. (1997). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge.
- Wilson, E. O. (1975). *Sociobiology: The New Synthesis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Wilson, E. O. (1978). *On Human Nature*. Cambridge: Harvard University Press.

Referencias bibliográficas

World Development Report. (2012). *Gender equally and development*. The World Bank.