

ARTÍCULOS

Trabajo y salud en la mujer: análisis comparativo de mujeres con trabajo remunerado y amas de casa¹

Woman, work and health: A comparative analysis between employed and housewife women

M^a E. ESCALERA IZQUIERDO*,
J. SEBASTIÁN HERRÁNZ**

RESUMEN

El objetivo de este estudio es detectar y analizar las posibles diferencias en salud, tanto psicológica como física, en mujeres con roles múltiples y amas de casa en exclusiva. Todas ellas tenían hijas/os, pareja y bastantes, un trabajo remunerado. Además de las diferencias, se han estudiado otras variables con las que la salud pudiera estar relacionada como las condiciones de trabajo (tanto en el campo laboral como en el doméstico), familiares (afectivas y ayuda instrumental), la tensión entre roles y recursos (autoestima, conductas de salud y de riesgo, apoyo social, nivel educativo e ingresos). Los resultados mostraron que existía una gran diferencia en las variables que explicaban la salud de las mujeres según trabajasen o no fuera de casa y una tendencia hacia una mejor salud por parte de las mujeres con trabajo remunerado. Para ambos grupos las variables más relevantes para una mejor salud estuvieron relacionadas con las conductas de salud y de riesgo y la tensión entre roles. En las que trabajaban fuera de casa fueron muy significativas la autoestima y las variables relativas a sus roles familiares (relaciones con la pareja e hijos/as) así como las condiciones del trabajo doméstico, por delante de las laborales.

¹ Este trabajo forma parte de la tesis de la primera autora dirigida por la segunda.

* Doctora en Psicología. Psicología clínica. e-mail: eueinpsi@correo.cop.es

** Profesora titular. Dpto. de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

ABSTRACT

The goal of this paper is to examine the differences in health –whether psychological or physical– in a sample of women differing in their work situation –several roles of employees and full-time housewives. All women had sons/daughters. Other variables under consideration which could be associated with health were work conditions both at home and in the workplace, family situation –affectivity, help available, etc.–, strain between roles and resources –self-esteem, healthy and risk behaviors, social support, education and income.

Results showed there is a big difference between groups in health variables as a function of the work situation, being employed or just a housewife, the former being healthier. Regardless of the group, the variables more relevant to health were the healthy/risky behaviors and the strain between roles. The most significant variables for employed women were self-esteem, family roles and conditions of household jobs. The latter were more relevant than conditions in the workplace themselves.

PALABRAS CLAVE

Mujer, Salud, Empleada, Ama de casa, Roles Múltiples.

KEY WORDS

Woman, Health, Employee, Housewife, Multi-role.

INTRODUCCIÓN

Una gran parte de los estudios realizados en Estados Unidos y en el mundo occidental muestran que en conjunto las mujeres que trabajan fuera de casa poseen mejor salud mental que las que se dedican a las labores domésticas (Repetti, Mathews y Waldron, 1989; Waldron y Jakobs, 1989). De igual modo, muchos estudios sobre la salud física de las mujeres parecen poner de manifiesto que la actividad laboral remunerada tiene efectos positivos sobre ella (Verbrugge, 1984, 1985). Sin embargo, y aunque los beneficios potenciales del empleo femenino parecen claros, existen algunas cuestiones que pueden limitar e incluso anular dichos efectos, ya que ni las mujeres ni el empleo son por sí mismas categorías homogéneas (Doyal, 1996). Factores como el estado civil, la edad, la división del trabajo doméstico, número de personas de la unidad familiar, las cargas familiares, actitudes con respecto al empleo (personales y de la pareja), así como la clase de trabajo que desarrolla afectarán a la relación que pueda existir entre el trabajo desempeñado y la salud (Arber, Gilbert y Dale, 1985). Luego la pregunta clave no es si el empleo es bueno en general para la salud de todas las mujeres, sino cuáles son las condiciones, en según que tipos de trabajo, y si éstas serán benefi-

ciosas o perjudiciales para las circunstancias vitales particulares de las mujeres.

Por ello, muchas veces los resultados de los estudios sobre las relaciones entre el trabajo y la salud de la mujer han sido contradictorios. En general, y basándonos en la revisión de la literatura, podrían citarse varios problemas metodológicos como los principales responsables: uso de muestras no homogéneas y de diferentes metodologías de trabajo, empleo de distintos instrumentos de medida y selección diferencial de las variables a evaluar, incluidas las de salud. Además, y según el modelo teórico de referencia, modelo del género versus modelo del trabajo, se han resaltado más unas variables que otras. Desde el modelo del género los estudios ponen el énfasis en el papel de las condiciones familiares (Krause y Markides, 1985; Lenon, Wasserman y Allen, 1991) mientras que desde el modelo del trabajo se destacan las del empleo, aunque en su mayoría los datos de este último provienen de muestras masculinas (Cooper, 1983; Karasek y Theorell, 1990). Por tanto, se observa un olvido de la relevancia de variables relativas a las condiciones familiares y a las de trabajo conjuntamente (Lennon y Rosenfield, 1992), como por ejemplo, el número y edades de los hijos, la satisfacción marital o el grado de autonomía, presión y rutina del trabajo, la responsa-

bilidad en el trabajo familiar, la carga de trabajo total (doble jornada), e incluso la discriminación laboral.

Con respecto a estos dos mundos de actividad para la mujer adulta, el doméstico y el laboral, habría que decir que persisten las discriminaciones a todos los niveles en ambos terrenos. En el ámbito laboral, la situación con respecto a la mujer ha llevado a la ONU a afirmar (documento de 1991, págs. 81-82) que en ninguna parte del mundo las mujeres han entrado en el mundo laboral en iguales condiciones que los hombres. Además, cuando se trata el tema de la mujer trabajadora se enfatizan los costos o los beneficios del trabajo remunerado, pero siempre considerando la actividad laboral como un rol añadido a los roles familiares (madre, esposa) y al de ama de casa (ver Sorensen y Verbrugge, 1987), "verdaderos" roles femeninos. En cuanto al ámbito doméstico, la discriminación se refiere a que la mujer continua siendo la principal responsable del trabajo doméstico aunque trabaje fuera de casa, con el agravante de que no se considera como un verdadero trabajo aunque así sea. Por ello, se suele omitir su estudio y su relación con la salud.

Actualmente se considera que la relación entre actividad laboral y salud en la mujer está vinculado al fenómeno de la maternidad, mientras que en los años setenta se pos-

tulaba que era el matrimonio con ausencia de trabajo remunerado el que estaba más relacionado con bajos niveles de salud mental, en concreto de la depresión (Gove, 1972, 1978; Gove y Tudor, 1973; Gove y Geerken, 1977). El ser madre, en nuestros días, está considerado como un factor de riesgo para la salud de las mujeres, y esto con independencia de trabajar o no fuera de casa, debido probablemente a las desigualdades existentes en el reparto del trabajo, lo que hace que la mujer asuma una alta responsabilidad familiar en cuanto al cuidado de los hijos y la casa (Berk, 1985; Krause y Markides, 1985; Rosenfield, 1989). Así, en ciertos estudios con población homogénea en los que se igualaron las recompensas ocupacionales entre mujeres y hombres (Jenkins, 1985), o en los que las desigualdades de género para la crianza y las cargas domésticas estaban minimizadas (Anson, Levenson y Bonneh, 1990), las tradicionales diferencias por sexo en depresión y en índices de salud en general desaparecieron. Para Baruch y Barnett (1986) raramente el ser madre se asociaba a Bienestar Psicológico y si frecuentemente a Malestar (medido por indicadores de depresión, autoestima y satisfacción vital), incrementándose incluso el nivel de síntomas depresivos en madres de preescolares y/o con varios niños. En general, los resultados de los estudios indican que, con

independencia de que la mujer trabaje o no fuera de casa, la crianza se asocia con tensión entre roles (Baruch, Barnett y Rivers, 1985), síntomas psiquiátricos (Aneshensel, Frerichs y Clark, 1981) y físicos (Verbrugge, 1982, 1985). En una revisión de la literatura realizada por Más, Tesoro y Sanz (1993) concluyeron que las variables más relevantes que condicionaban los resultados hacían mención a la ideología y cultura del medio, a la existencia y calidad en el cuidado de los niños, a la situación en el empleo y tipo de este, el momento del ciclo vital, y el impacto del empleo en la relación marital. A esto habría quizás que añadir también la variable satisfacción marital (MacRae y Brody, 1989). En resumen, parece que el empleo se convierte en algo claramente ventajoso para la salud cuando la mujer tiene pocas cargas familiares y/o su empleo es de alto prestigio, por los beneficios asociados a ello, no pudiéndose establecer una relación tan clara en los demás casos.

Por otra parte, en cuanto a salud física y al desempeño de roles múltiples en la mujer, Verbrugge (1984, 1985) encontró que las mujeres que eran madres poseían una salud física ligeramente superior a las que no lo eran, siendo el trabajo remunerado, el matrimonio, y la maternidad otras variables relacionadas con una mejor salud. El efecto era más positivo en el caso de que la mujer tuviera

niños pequeños y no trabajara fuera. Esta autora concluyó que el mejor nivel de salud se daba en aquellas mujeres con roles múltiples (empleada, casada y madre de niños no pequeños) y el peor en las desempleadas sin pareja ni hijos.

Cabría preguntarse si todos estos resultados se deben a la hipótesis de la causalidad, a la hipótesis de la selección social o a ambas. Esto es, si los beneficios del trabajo remunerado inciden en una mejor salud o son aquellas mujeres con una mejor salud previa las más dadas a buscarlo y/o a mantenerlo tras la maternidad pese a sus posibles costes. Una respuesta apropiada solo podría encontrarse en estudios longitudinales aunque desgraciadamente son aún muy escasos. Aún así, en general y para la salud física, en ellos aparece que el empleo "per se" no tiene efectos significativos en el riesgo de trastornos coronarios y/o de mortalidad en la mujer. Por ejemplo, en el "Framingham Heart Study" realizado por Haynes y Feinleib (1982) con un diseño longitudinal se concluía que el empleo no era el factor de riesgo en los trastornos coronarios, incluidos aquellos empleos de bajo prestigio, sino unas malas condiciones en este sumadas a unas altas responsabilidades familiares. Con relación a la salud psicológica, las principales conclusiones de varios estudios longitudinales norteamericanos (Haynes, Eaker y Fein-

leib, 1984; Kother y Wingard, 1989; Waldron y Jacobs, 1989) señalaron que el empleo era claramente benéfico para las mujeres solteras, no teniendo efectos importantes en la salud mental de las casadas en general, aunque con variaciones por tipo de ocupación, prestigio y presencia de niños pequeños en casa (Haynes et al. 1984; Waldron et al. 1989). En Europa, los datos suecos de Vagüero (1994) arrojaron una menor tasa de mortalidad y mayor bienestar psicológico en mujeres con un trabajo remunerado que en amas de casa. Por su parte, Axelson (1992) encontró en estas últimas un menor nivel de Bienestar Psicológico y mayor nivel de fatiga general.

En aras de una mayor claridad expositiva, dado el gran número de variables intervinientes en las relaciones entre el trabajo y la salud en las mujeres así como la disparidad de aproximaciones en su estudio, a continuación se exponen los resultados más sobresalientes referidos a los roles familiares, en primer lugar, y a los roles de trabajo, en segundo lugar.

Roles familiares:

En general, la investigación relativa a los roles familiares (madre y esposa) demuestra que se han enfatizado los beneficios que ellos comportan a costa de los inconvenientes

(Piotrowsky y Repetti, 1984). Estos roles poseen un alto potencial estresor, especialmente el de madre, con elevadas demandas y un bajo control real sobre ellas y, la asunción de que el ocuparlos es un prerrequisito para la salud mental de la mujer no es apoyado por los datos. Parece que el *apoyo social* constituye un factor protector para el rol de madre, aunque se han observado variaciones debidas a la etapa del ciclo vital familiar y a la clase social. D'arcy y Siddique (1984) señalaron como en las madres de preescolares era crítico el apoyo de la pareja y beneficioso el apoyo social en general, mientras que en las de escolares el apoyo social era más decisivo siempre que se complementase por el de la pareja. Sí se considera el empleo, en el estudio de Warr y Parry (1982) aparecieron efectos diferenciales según la clase social, con un mayor índice de síntomas depresivos en las empleadas de clase trabajadora que en las amas de casa si el apoyo en el cuidado de los niños era escaso o nulo, no encontrándose variaciones en las madres de clase media. Para Ross y Miroswsky (1988) la variable más relevante era la existencia y calidad del cuidado de las criaturas mientras la madre trabajaba. En cuanto al apoyo social en general, hay datos como los de Thoits (1983) en que aparecía muy asociado con el bienestar del ama de casa en exclusiva y con las madres en general.

Algunos autores consideran que desde la investigación se han apoyado muchos mitos sociales, magnificándose la maternidad y devaluándose a la mujer que ya no es joven o que ya no está al cuidado de los hijos; (Regier, Boyd y Burke, 1988; Smith y Weissman, 1991; Más y Cabrera, 1993). De ahí que hayan surgido constructos como el "síndrome del ama de casa" y sobre todo el del "nido vacío", que se centra en el hecho de la emancipación de los/as hijos/as como elemento que influirá decisivamente en la salud mental de las mujeres, y no contempla los problemas que ocasionan precisamente la descendencia. En este sentido, los datos que aportan las investigaciones señalan que los cinco primeros años de crianza supone un periodo de alto riesgo para el bienestar psicológico de la mujer.

Roles de trabajo:

En cuanto al rol laboral (remunerado) de la mujer, se habla generalmente de una mejor salud física en la mujer empleada que en la mujer ama de casa en exclusiva (Verbrugge, 1983; Herold y Waldron, 1985), salvo si el nivel socioeducativo es bajo (Muller, 1986), en cuyo caso todavía empeora más con niños/as pequeños/as y bajos recursos de apoyo social (Verbrugge, 1985). Contrariamente, en salud mental o psicológica los datos iniciales fueron

ciertamente equívocos apareciendo en muchos de los estudios una mejor salud en la mujer que trabaja fuera de casa y con pareja (Gove y Geerken, 1977; Gove, Hughes y Style, 1983; Kessler y MacRae, 1981; Norcothtt, 1981, etc.), mientras que en otros el ama de casa en exclusiva exhibía una salud comparable o superior a la mujer con trabajo remunerado (Pearlin, 1975, Aneshensel, Frericks y Clark, 1981; etc.). Otro dato complementario señalaba un mayor grado de autoestima en la mujer trabajadora que en el ama de casa en exclusiva (Hislop, 1981; Baruch, Barnett y Rivers, 1983; Coleman y Antonucci, 1983; Mellinger y Erdwins, 1985; Baruch y Barnett, 1986).

En general, la principal crítica realizada a muchos de estos estudios tiene que ver con la falta de especificación de toda una serie de variables que están mediando la relación entre el trabajo y la salud para la mujer. Por tanto, un importante factor para la salud tanto de la empleada como del ama de casa en exclusiva lo constituyen sus *condiciones de trabajo* (en casa y en el empleo). Sin embargo, desde los estudios de Lopata (1971) y Oakley (1974) hay muy poca información en la literatura actual sobre el ama de casa en general y el trabajo doméstico en particular. No obstante, se siguen constatando sus características especiales como su enorme volu-

men de trabajo Berheide (1984), compuesto en gran parte por tareas altamente rutinarias, repetitivas y ejecutadas en soledad (Oakley, 1974). En España Duran (1988) también ha confirmado la jornada interminable que supone el ser ama de casa, con un servicio de 24 horas con criaturas pequeñas, y la inexistencia de vacaciones, festivos o jubilación. A esto hay que añadir el escaso reconocimiento social que tiene y el hecho de que la mujer no piensa que en realidad sea un trabajo (Pleck, 1985). Excepcionalmente, en el estudio de Lennon (1993) se evaluaron las condiciones psicológicas del trabajo (en casa y en el empleo) en varias de sus dimensiones y su asociación con la depresión, apareciendo como características del trabajo doméstico una mayor autonomía y un mayor nivel de interrupciones, rutina y esfuerzo físico. Por su parte, el trabajo remunerado se caracterizaba por mayores presiones de tiempo y de responsabilidad sobre cuestiones ajenas al control personal. Contrariamente, Scholer, Miller y Richtland (1984) aunque también habían encontrado más rutina y esfuerzo físico en el doméstico, no obtuvieron diferencias significativas en presiones de tiempo y responsabilidad ajena al control personal. En cuanto a los datos en salud, en este trabajo de Lennon (1993) aparecía que tanto la responsabilidad sobre temas ajenos al control personal como la rutina estaban

significativamente asociadas a depresión en ambos grupos de mujeres. Hasta el punto de que a puntuaciones iguales en estas variables no existían diferencias significativas en depresión entre las mujeres según trabajasen o no fuera de casa. En cuanto a los datos españoles, aún siendo escasos, un estudio comunitario en Galicia (Rodríguez, Mateos y Salazar (1988) arrojó un nivel de salud mental ligeramente menor en el ama de casa que en la empleada además de mayor demanda de consulta.

En cuanto al trabajo remunerado, los estudios epidemiológicos en general (Baruch, Biener y Barnett, 1987) han mostrado que el empleo suele tener una influencia neutra en la salud de la mujer, salvo en ciertos grupos (ver por ejemplo Alfredson, Spetz y Theorell, 1985) o positiva (Repetti, Mathews y Waldron, 1989). En la revisión efectuada por estos mismos autores se matizó esta relación argumentándose que el predominio de efectos positivos o negativos dependerá de factores tales como el tener hijos/as, pareja, el reparto del trabajo doméstico, así como de la actitud hacia el empleo y de sus características. Cabría considerar ciertos factores protectores como un buen nivel educativo y de ingresos, y otros de riesgo como las condiciones de trabajo y las responsabilidades familiares, el nivel socioeconómico y la existencia de

niños/as pequeños/as (Más, Tesoro y Sanz, 1993).

Revisando, por tanto, los trabajos referentes a las *características y condiciones de trabajo*, han aparecido bastantes datos que relacionan un mayor riesgo de enfermedades cuando existen niveles bajos de control sobre el trabajo, o de influencia sobre la toma de decisiones, así como de apoyo social (Karasek, 1979; Repetti, Mathews y Waldron, 1989; Karasek y Theorell, 1990). El empleo femenino posee frecuentemente este tipo de condiciones, siendo sistemáticamente alta la presencia de estresores (altas demandas con poco control sobre el proceso de trabajo, escasas posibilidades en la toma de decisiones y de autonomía), y en general, con un nivel bajo en retos o desafíos, con infrutilización de habilidades. Por lo tanto, no es sorprendente que, en algunos casos, el trabajo femenino haya estado relacionado con estrés y depresión (Karasek, 1979; Karasek, Russell y Theorell, 1982).

En la revisión, realizada por Haynes (1991), sobre ocho estudios epidemiológicos norteamericanos con administrativas y vendedoras (típicamente con un nivel alto en demandas y bajo en control), las mujeres que informaron de estas condiciones de trabajo presentaban un mayor número de síntomas somáticos agudos, del doble al triple, y crónicos,

incluidos los vasculares y coronarios. En un estudio sueco de Alfredson, Spetz y Theorell (1985) se registraba una alta tasa de hospitalización por infarto de miocardio en mujeres con empleos ajetreados, rutinarios, jornadas prolongadas y horarios irregulares. Por su parte, Hall (1992) encontró estresores diferenciales según el género, siendo este un importante factor asociado a un mayor nivel de ansiedad y de estrés psicossomático en las mujeres frente a los hombres en relación con informes de un mayor número proporcional de estresores domésticos que laborales.

Otra importante variable estudiada en la literatura es la *tensión entre roles*, esto es, el grado de sobrecarga de trabajo y/o el conflicto emocional que puede aparecer en la mujer al intentar satisfacer conjuntamente las demandas familiares y las de trabajo (Kelly y Voydanoff, 1985; Krause y Geyer-Pestello, 1985). Esta situación conlleva muchas veces depresión y/o ansiedad, y es frecuente en la etapa de crianza de hijos/as en edad preescolar (Ver revisión de McLanahan y Adams, 1987) o de hijos/as más mayores (Crouter, 1984). La sobrecarga de trabajo parece que es mayor en las de clase trabajadora (Cleary y Mechanic, 1983), aunque el conflicto emocional tiende a ser independiente de la clase social. Así en el trabajo de Wortman, Biernat y Lang

(1991) con mujeres de un nivel educativo alto, el 75% de las madres de preescolares, profesionales y directivas, mostraban síntomas de depresión y otros síntomas psicológicos. En otros estudios, fueron las madres no profesionales de clase media las que mostraron un mayor nivel de sintomatología (Holahan y Gilbert, 1979).

Sin embargo Frankenhaeuser, Lundberg, Fredrikson y otros (1989) en un estudio sueco en la Volvo encontraron mayor nivel de tensión entre roles, tanto en conflicto emocional como en sobrecarga de trabajo, en las mujeres directivas que en las administrativas. En este estudio se evaluó con indicadores biomédicos las diferencias en el patrón de reactividad neuroendocrina, apareciendo una elevación en la presión arterial y en la liberación de las hormonas del estrés en las directivas, y esto tanto en ensayos de laboratorio como en el trabajo y en casa por la tarde. Adicionalmente, pueden transvasarse los efectos de los estresores de unos roles a otros generalizándose así el estrés de una situación a otra y magnificándose por tanto sus resultados (ver Wortman, Biernatt y Lang, 1991). Por el contrario, algunas veces los efectos del estrés tienen un carácter mixto, como en el estudio de Kandel, Daveis y Raveis (1985) en donde el hecho de poseer un empleo mitigaba la presencia de estresores maritales, aunque la

maternidad exacerbaba la existencia de los estresores laborales. Sin embargo, en otros estudios se parte de la compensación entre roles, observándose si las experiencias/satisfacciones obtenidas en uno o varios de los roles suplen las deficiencias en otros, encontrándose los datos más significativos cuando se analiza la experiencia cualitativa en cada uno de ellos (ver Barnett y Baruch, 1985; Kibria, Barnett, Baruch y otros, 1990; Barnett y Marshall, 1991).

Finalmente, los resultados obtenidos en salud psicológica con mujeres que eran madres muestran que el empleo puede ser tanto beneficioso como perjudicial, o incluso neutro, si no se consideran ciertas variables relevantes como la ideología y la cultura de su medio, muy asociadas también con el nivel socioeducativo (Vázquez-Barquero, Muñoz y Jauregui, 1982; Mavreas, Beis Mouyias y otros, 1986; Herrera, Antonell, Spagnolo y otros, 1987; Mateos y Rodríguez, 1990). Uno de los resultados obtenidos en esta línea apunta la inexistencia de diferencias significativas en depresión entre madres de clase media con y sin trabajo remunerado (Bebbington, Hurry, Tennant y otros, 1981), aunque parece que esto va a depender de ciertas variables. Así para Waldron y Herold (1986) si su actitud no era congruente con el rol ocupacional que desempeñaba disminuía su nivel de bienestar psicoló-

gico. También es significativo el grado de compromiso hacia su ocupación, encontrándose que un elevado grado de compromiso estaba negativamente asociado a la presencia de síntomas depresivos (Krause y Geyer-Pestello, 1985), a un menor nivel de tensión entre roles en las profesionales (Elman y Gilbert, 1984), y a una mejor salud en aquellas con un alto estatus socioeconómico (Elliot y Huppert, 1991) así como en las de alto prestigio y fuerte compromiso ocupacional (Ross, Mirowsky y Hubert, 1983). En el estudio de Pistrang (1984) el abandono del empleo tras la maternidad, previo compromiso laboral alto, tuvo como consecuencia un aumento del nivel de síntomas depresivos y una importante bajada en la autoestima. Así mismo, en nuestro país, Sebastián, Cárdenas, Benzuneguí y Díaz (1990) encontraron mayores síntomas de depresión, ansiedad y quejas psicósomáticas en el ama de casa que en la mujer empleada hasta la edad de 40 años, aunque no en mujeres más mayores (41 a 50 años).

OBJETIVOS:

Con lo visto hasta aquí, se podría concluir que la existencia de resultados contradictorios en los estudios de la salud en la mujer, según trabaje o no fuera de casa, se relacionarían principalmente con factores como: 1. problemas metodológicos,

2. no inclusión conjunta de aquellas variables más relevantes intervinientes en la relación entre el trabajo y la salud (tanto de tipo familiar como de trabajo), 3. énfasis de análisis diferencial en una u otra dimensión de la salud, 4. escasez de estudios exclusivamente en madres con trabajo remunerado y de amas de casa en exclusiva, y 5. ausencia de datos en mujeres españolas, primordialmente desde la psicología.

Por ello, el *objetivo principal* de este estudio era seleccionar a un grupo de mujeres lo más homogéneo posible, todas ellas con pareja e hijos/as, que difiriesen en su actividad laboral, ya fuesen mujeres que trabajaban fuera de casa (trabajo remunerado) o mujeres que trabajaban dentro de casa (amas de casa en exclusiva) y analizar: a) las posibles diferencias entre estos dos grupos en salud psicológica y física, b) establecer qué variables predecirán la salud para cada uno de estos dos grupos de mujeres, c) investigar las relaciones entre la salud y ciertas variables relevantes en la literatura (condiciones en los roles familiares y de trabajo, la tensión entre estos roles y la presencia de ciertos recursos como autoestima, conductas de salud y de riesgo, apoyo social y familiar y recursos educativos y económicos, y d) aportar datos con muestras españolas.

Para ello hemos elaborado un

modelo teórico tentativo (ver fig. 1) de las relaciones entre el trabajo y la salud de la mujer. Este pretende complementar y suplir las lagunas e inconsistencias detectadas en la literatura en general, incluyendo y agrupando en forma lo más lógica posible el mayor número de variables significativas que consistentemente han resultado ser relevantes, tanto en su asociación con la salud de las mujeres en general como según trabajen o no fuera de casa, pero también de las propias variables del constructo salud teniéndose así en cuenta su dimensión psicológica y física, hecho este muy excepcional en los estudios. Por tanto, en el se incluyen las condiciones vitales de la mujer a través de sus estresores potenciales derivados tanto de sus roles familiares (madre y esposa) como de trabajo (trabajadora remunerada y/o ama de casa) así como del grado de tensión resultante entre estos roles a la hora de conjugarlos, a nivel de sobrecarga de trabajo y/o de conflicto emocional. El otro grupo de variables está formado por lo que hemos denominado recursos disponibles de las mujeres, como el nivel de autoestima, las conductas de salud y de riesgo, el apoyo social en general y en el trabajo familiar en particular, y económico-educativos. Finalmente, todas estas variables se ponen en relación con los principales indicadores de salud, psicológica y física, que han sido considerados en los estudios. En resumen, se trata

de un modelo que resulta muy útil para el estudio de la salud integral en la situación todavía más común para la mujer: vivir en pareja, ser madre, trabajar como ama de casa y, cada vez con más frecuencia, tener un trabajo remunerado, pero sin excluir a aquellas mujeres que no lo tienen y comparten todos los demás roles con las primeras.

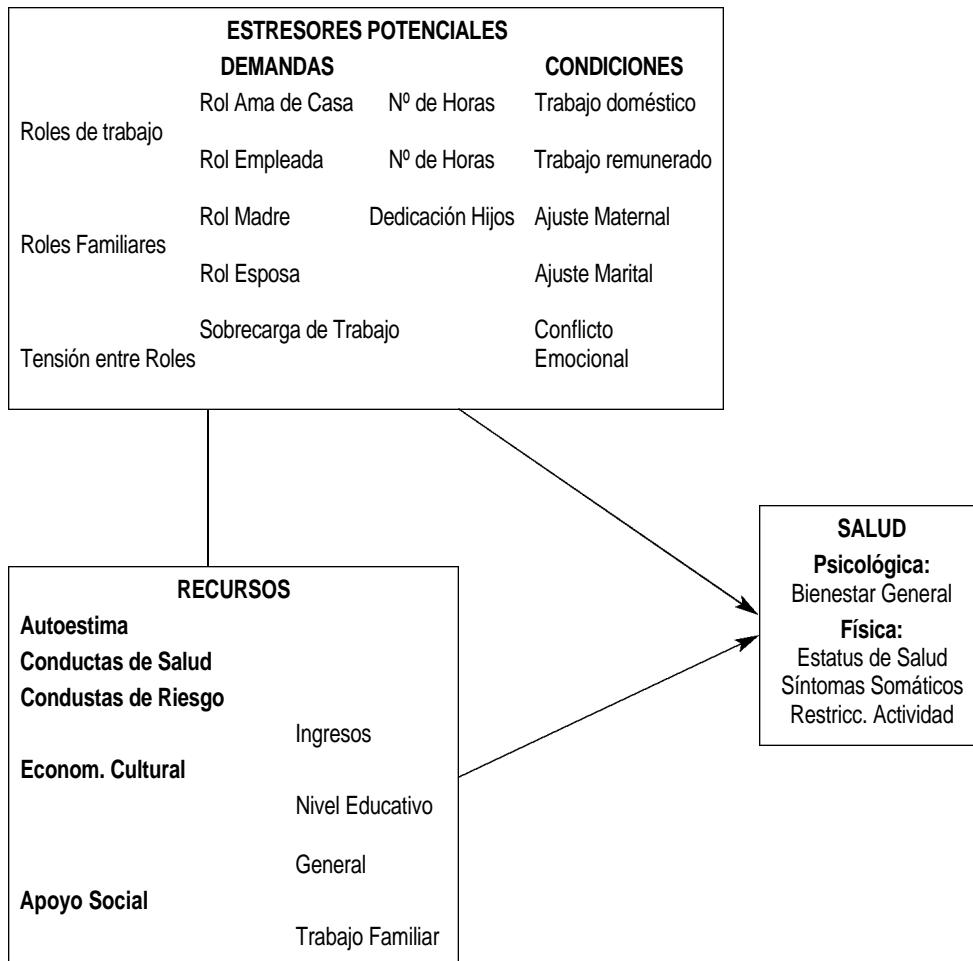
Así pues, basándonos en esta ordenación lógica de la relación entre variables y teniendo en cuenta los objetivos de nuestra investigación, proponemos las hipótesis que se detallan a continuación.

Hipótesis 1. La salud psicológica y física de las mujeres con trabajo remunerado y amas de casa en exclusiva estará relacionada de forma diferente con ciertas condiciones familiares (ajustes marital y maternal y demandas filiales), condiciones de trabajo (estresores del remunerado y/o doméstico, y nº horas de trabajo total), la tensión entre roles (sobrecarga de trabajo y conflicto emocional) y los recursos propios de cada mujer (autoestima, conductas de salud, conductas de riesgo, ayuda en el trabajo familiar, apoyo social general, nivel educativo e ingresos).

Hipótesis 2. El grupo de mujeres con un trabajo fuera de casa tendrá una mejor salud psicológica y física que el de amas de casa en exclusi-

FIGURA 1

Modelo teórico tentativo de las relaciones entre trabajo y salud en la mujer



va.

Hipótesis 3. A peores condiciones de trabajo (presiones de tiempo, interrupciones, rutina, baja autonomía, etc.) en el rol de trabajo principal, esto es en el remunerado para las empleadas y en el doméstico para las amas de casa, peor bienes-

tar psicológico general y estado físico de salud. Además, las condiciones de trabajo (presiones de tiempo, interrupciones, rutina, baja autonomía, etc.) serán mejores predictoras de la salud psicológica que las demandas (evaluadas estas por el número de horas de trabajo).

Hipótesis 4. Entre todas las condiciones familiares consideradas (ajuste marital, ajuste maternal y demandas filiales), las relaciones con la pareja y las/os hijas/os serán mejores predictores del bienestar psicológico general que las demandas filiales (referida al número y edades de hijas/os) en ambos grupos de mujeres.

MÉTODO

Sujetos

La muestra de mujeres fue seleccionada a partir del listado facilitado por los centros públicos y privados, que voluntariamente accedieron a participar en el estudio (colegios Profesionales, centros sanitarios públicos y privados, centros públicos de enseñanza, Ayuntamiento, asociaciones de mujeres y empresas). De un total de 1.243 sujetos potenciales a los que se les envió el cuestionario, la muestra final quedó formada por 340 mujeres de Guadalajara que cumplían con los siguientes requisitos: a) tener entre 30 y 45 años, b) vivir en pareja y c) ser madre. De todas ellas 235 poseían un trabajo remunerado y 105 eran amas de casa en exclusiva. Adicionalmente, el promedio de edad era de 37 años, con un predominio de estudios universitarios medios (31%) seguido de los primarios (27%) e igualándose práctica-

mente en los universitarios superiores y enseñanzas medias (20%). Aquellas que trabajaban fuera de casa tenían un nivel académico mayor situándose en un 65% para los universitarios superiores y medios y en 35% para el resto de los niveles, contrariamente las amas de casa en exclusiva presentaban un predominio de los primarios seguido por los medios y siendo prácticamente despreciable en los universitarios. En cuanto al tipo de profesión las mujeres se concentraban en puestos de trabajo tradicionalmente femeninos (ATS, docentes, administrativas, operarias, etc.). Los ingresos familiares mensuales eran de tipo medio en la muestra total, aunque lógicamente menores para el grupo de amas de casa.

Instrumentos de evaluación

– *Cuestionario de recogida de datos sociodemográficos y generales.* Mediante este cuestionario se recogía la información concerniente a aspectos sociodemográficos (edad, nivel educativo, ingresos, etc.), de actividad (número de horas de trabajo semanal tanto en el empleo como en la casa, etc.), demandas filiales (puntuación obtenida a partir del número y edades de los hijos-as), etc.

– *Escala de las Condiciones de*

trabajo remunerado y/o doméstico. (Work conditions de M.C. Lennon, 1993). Con este instrumento de 18 ítems se evaluaba las características del trabajo dentro y fuera del hogar a través de 6 importantes dimensiones: presiones de tiempo, autonomía, responsabilidad, interrupciones, rutina y esfuerzo físico. Este instrumento era cumplimentado dos veces en la muestra de mujeres con trabajo remunerado, una vez valorando su actividad remunerada y otra valorando su actividad doméstica. Las amas de casa solo lo cumplimentaban una vez. El rango de respuesta del cuestionario era de tipo Likert de 5 puntos (1 = “nunca” y 5 = “siempre”). A continuación señalamos el coeficiente de consistencia interna obtenido por nosotras para cada una de las subescalas, siendo el primer valor el obtenido en la muestra de mujeres con trabajo remunerado y el segundo el obtenido con mujeres amas de casa: presiones de tiempo (.70 y .68), autonomía (.75 y .65), responsabilidad (.73 y .75), interrupciones (.72 y .81), rutina (.83 y .73) y esfuerzo físico (.75 y .78).

– *Escala de Ajuste Marital de Locke-Wallace* (1959) (Marital adjustment test). Esta escala constaba de 15 ítems que medían tanto el nivel de satisfacción marital como áreas de acuerdo/conflicto. El rango de respuesta varía en función de la información solicitada, pero generalmente se establecía en 5 puntos (5 = “siempre

de acuerdo” y 0 = “siempre en desacuerdo”).

– *Escala de Ajuste social en el rol Maternal* (Role parental: “Social adjustment scale” (SAS-SR) de Weissman y Paikel (1974). Esta escala constaba de 4 ítems que se respondían señalando 1 de las 5 alternativas posibles.

– *Evaluación de la Tensión entre roles.* Se realizó el mismo procedimiento utilizado por Baruch y Barnett (1986) a partir de 2 preguntas que evaluaban la sobrecarga de trabajo y conflicto emocional para cada uno de los diferentes roles. La escala de respuesta a estas cuestiones era de 4 puntos (de nunca a muy a menudo).

– *Escala de Autoestima de Rosenberg* (1969). Consistía en 10 afirmaciones sobre la valía/ aprecio personal como parte del autoconcepto. El formato de respuesta era tipo likert de 4 puntos (de estoy muy de acuerdo a estoy totalmente en desacuerdo). El coef. de consistencia interna en nuestro trabajo fue de .83.

– *Cuestionario de Conductas de Salud y de Riesgo.* Se elaboró un instrumento basado en la aportación de otros autores (Anson, Levenson y Bonneh, 1990; Brekman y Breslow, 1983; Verbrugge, 1985) con el fin de obtener información sobre la incidencia, cantidad y frecuencia de las con-

ductas de salud y riesgo. Las conductas de salud abarcaban ejercicio físico, patrón de sueño y dieta, 3 ítems en total. Las conductas de riesgo abarcaban tabaquismo, sobrepeso, ingesta de alcohol, consumo de fármacos y psicofármacos, con 8 ítems en total.

– La variable *Apoyo social general* fue evaluada mediante el *The social health battery* (Rand Corporation, 1978), que evaluaba en 9 ítems el tamaño numérico de la red social cercana, frecuencia de contactos sociales y la participación grupal (asociaciones, clubes, etc.), obteniéndose una puntuación total.

– Para evaluar la variable *Ayuda familiar en el trabajo* se obtuvo información cuantitativa y cualitativa sobre la ayuda recibida en las tareas del cuidado de los/as hijos/as (3 ítems) y del hogar (4 ítems), el grado de ayuda prestado (1 nunca a 4 siempre), y su procedencia (pareja, familiares, servicios contratados, etc.).

– *Escala de Bienestar General de Dupuy* (1978) (*The General Well-being Schedule, GWB*). Consistía en una escala de 18 ítems que evaluaba la dimensión psicológica de la salud o bienestar. El rango de respuesta variaba entre una escala de seis puntos y una escala de diez. Su coeficiente de consistencia interna fue de .92. El análisis factorial (com-

pon. principales, rotación varimax) realizado por Dupuy, Wan y Livieratos (1977) arrojó tres factores: Malestar, Salud/vitalidad y Bienestar.

– *Escala de Salud Física*. Esta escala fue elaborada a partir de tres elementos. Por una parte, se recabó información sobre la existencia de una serie de síntomas somáticos agudos (10 ítems) y crónicos (18 ítems) para elaborar el primer elemento referido a la sintomatología. El segundo elemento se centraba en la existencia de problemas de salud que limitasen la actividad de la persona, cuya intensidad era evaluada en una escala de 1 a 4 y, por último, se elaboró una pregunta sobre el estatus general de salud autoinformado.

Procedimiento

Todos estos instrumentos fueron enviados por correo a las 1.243 mujeres potenciales, en un formato de cuestionario. Se adjuntaba una carta informativa con el objetivo general de la investigación, su carácter voluntario y anónimo, los criterios de inclusión e instrucciones, y un sobre franqueado con la dirección de envío tras la cumplimentación.

Resultados

A continuación expondremos los resultados de cada una de las hipó-

tesis:

Con respecto a la hipótesis 1 que relacionaba un amplio conjunto de variables (condiciones familiares y de trabajo, tensión entre roles, y recursos) y la salud se utilizó un análisis de regresión múltiple para cada una de las dos variables dependientes bienestar psicológico general (o salud psicológica) y salud física en cada grupo de mujeres.

Como puede apreciarse en la tabla 1 los resultados del análisis de regre-

sión efectuado sobre la salud psicológica de las mujeres con trabajo remunerado muestran que las variables predictoras significativas de esta variable son: la autoestima, el ajuste marital, el ajuste maternal, las condiciones de trabajo en casa, las conductas de riesgo, las conductas de salud, las condiciones de trabajo en el empleo, y los ingresos. Estas variables llegan a explicar de manera conjunta el 60% de la varianza en las puntuaciones de la salud psicológica, lo cual es un alto porcentaje. La autoestima, el ajuste marital y las conduc-

TABLA 1

Regresión de la salud (psicológica y física) para las mujeres con trabajo remunerado

Variable	Salud Psicológica		Variable	Salud Física	
	Beta	P		Beta	P
Autoestima	,2604	<,0001	Conductas de Riesgo	-,3144	<,0001
Ajuste Marital	,2144	,0002	Nivel Educativo	,2315	,0013
Ajuste Maternal	-,1730	,0009	Autoestima	,2354	,0018
Condiciones de trabajo (Casa)	-,2103	,0015	Tensión Roles	-,1658	,0258
Conductas de Riesgo	-,1425	,0075			
Conductas de Salud	,1325	,0106			
Condi. de trabajo (Empleo)	-,1510	,0148			
Ingresos	,1220	,0191			
R2	,5993		R2		,2713
R2 Ajustada	,5798		R2 Ajustada		,2524
F	30,84**		F		14,33**

** p<,01

tas de salud presentan una beta con signo positivo que puede indicar la relación directa que existe entre estas variables. Las otras variables introducidas en el modelo de regresión surgen con una pendiente negativa, señalando por tanto, relaciones de tipo inverso con la variable dependiente estudiada. En el caso de la variable ajuste maternal la beta es de signo negativo, esto es debido a que las mayores puntuaciones en esta variable están indicando un peor ajuste maternal que se relacionaría con las puntuaciones más bajas en salud psicológica.

En cuanto a la salud física, el 27% de su varianza se explica por las variables: conductas de riesgo, el nivel educativo, la autoestima y la tensión entre roles. El nivel educativo y la autoestima aparecen con beta positiva, dato que informa de su relación directa con la salud física, por otro lado y de manera contraria, la beta de las conductas de riesgo y la

tensión entre roles aparece negativa indicando su relación inversa con la salud física de estas mujeres.

En resumen, para las mujeres con trabajo fuera de casa *las variables que dan cuenta de ambas dimensiones de salud al mismo tiempo, psicológica y física, son la autoestima y las conductas de riesgo*, constituyéndose así en los predictores más poderosos para esta muestra. Adicionalmente, las condiciones de trabajo en el remunerado solo predicen el Bienestar Psicológico, y por detrás de los familiares (Ajustes marital y maternal), explicando incluso más las condiciones de trabajo en casa que las del empleo. La tensión entre roles es otra importante variable en su salud, aunque solo en su dimensión física al igual que el nivel educativo. En el grupo de los recursos la ayuda recibida en el trabajo familiar no predice su salud, pero si lo hacen las conductas de riesgo y de salud al igual que los ingresos para la salud psicológica.

TABLA 2

Regresión de la salud psicológica para las amas de casa en exclusiva

Variable	Salud Psicológica	
	Beta	P
Tensión Roles	-,458	<,001
Conductas de Salud	,216	,048
R ²	,275	
R ² Ajustada	,252	
F	12,11**	

** p<,01

Con respecto a los resultados del grupo de amas de casa (tabla 2), llama la atención la escasez de variables que eran capaces de explicar su salud. Las variables que aparecen como predictoras significativas son la tensión entre roles y los hábitos de salud, estas variables llegan a explicar el 27% de la varianza de la salud psicológica de las amas de casa en exclusiva. Para la salud física, no resultaron ser significativas ninguna de las variables introducidas en el análisis.

Por otra parte, cabe destacar que existía una relación alta y positiva entre la salud psicológica y física de las mujeres obtenida a través de los

coeficientes de correlación de Pearson ($r=0,4272$ $p<.0001$) para aquellas con trabajo fuera de casa y para las amas de casa en exclusiva, ($r=0,5145$ $p<.0001$).

En cuanto a la hipótesis 2 que formulaba una mejor salud psicológica y física por parte del grupo de mujeres que trabajaban fuera de casa frente al grupo de mujeres amas de casa en exclusiva, se realizó el procedimiento de diferencia de medias (prueba T de Student) (ver Tabla3 y Tabla 4).

Como puede observarse, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estos dos

TABLA 3
Diferencias en las variables de salud psicológica

Variable	Empleadas	Amas de casa	Significación
Salud Psicológica General	74,23	73,04	,505
Malestar	4,74	4,80	,538
Salud/vitalidad	6,28	5,80	,009
Bienestar	4,71	4,58	,295

TABLA 4
Diferencias en las variables de salud física entre grupos

Variable	Empleadas	Amas de casa	Significación
Estado subjetivo de salud	3,42	3,31	,539
Sínt. Somáticos Agudos	8,02	8,08	,761
Sínt. Somáticos Crónicos	16,50	16,00	,023
Restricción de Actividad	1,49	1,69	,014

grupos en la salud psicológica, concretamente dentro de la variable salud/vitalidad. Las mujeres que trabajaban fuera de casa mostraban un mayor grado de salud/vitalidad que las mujeres amas de casa en exclusiva ($p < .01$). En cuanto a la salud física (tabla 4), los resultados mostraron que había diferencias significativas entre ambos grupos en las variables síntomas somáticos crónicos ($p < .05$) y mayor restricción de actividad ($p < .05$). Las mujeres con trabajo remunerado mostraban menos síntomas somáticos crónicos, al ser su puntuación más alta que la de las amas de casa, e informaron de una menor frecuencia en la restricción de su actividad que la de estas últimas.

Así, las amas de casa informaban de puntuaciones más bajas en salud/vitalidad y de la ocurrencia de mayores síntomas somáticos crónicos que las mujeres que tenían trabajo remunerado. Adicionalmente, al analizarse las conductas de enfermedad de los 3 últimos meses en ambos grupos de mujeres, apareció que las amas de casa hacían un mayor uso de los servicios de salud en general que las empleadas, concretamente se apreciaba una tendencia a visitar al médico de cabecera más frecuentemente, aunque no diferían en el nº de visitas al especialista, servicios de urgencias y de hospitalizaciones. Tampoco en el número de medicamentos de inges-

ta regular, ni en el número de días de baja y/o de guardar cama.

La hipótesis tercera, establecía, en primer lugar, la existencia de una relación entre el nivel de estresores (horas y condiciones de trabajo) y la salud física y psicológica, de tal manera que a mayor nivel de estrés en el rol de trabajo principal (esto es en el remunerado para las mujeres empleadas y en el doméstico para las amas de casa), peor nivel de bienestar psicológico general y estado físico de salud. En segundo lugar, se postulaba que las condiciones de trabajo (presiones de tiempo, interrupciones, rutina, baja autonomía, etc.) serían mejores predictoras de la salud que las demandas provenientes de los roles desempeñados (evaluadas estas por el nº de horas de trabajo).

Para contrastar la hipótesis 3 se realizó en cada grupo de mujeres un análisis de regresión múltiple entre cada uno de los estresores de trabajo (nº horas de trabajo y condiciones de trabajo, fuera y/o dentro de casa) y el bienestar psicológico general y el estado físico de salud. Los resultados de este análisis de regresión (ver tabla 5) muestran que las condiciones de trabajo en casa aparecen como variable predictora significativa de la salud psicológica de las mujeres con dedicación exclusiva al hogar, explicando el 9% de su varianza. Su salud física no parece

TABLA 5
Variables independientes utilizadas en la regresión de la variable Bienestar Psicológico y Salud Física para cada grupo

	SALUD PSICOLÓGICA				SALUD FÍSICA			
	Amas de casa		Empleadas		Amas de casa		Empleadas	
	BETA	p	BETA	p	BETA	p	BETA	p
(Casa) H. de Trabajo	,0535	,5845	-,0900	,1101	,0090	,9357	-,1063	,1246
(Empleo) H. Trabajo	—	—	,0784	,2037	—	—	-,0268	,6977
(Casa) Condiciones Trabajo	-,2847	,0117	-,3879	<,0001	-,0772	,4941	-,094	,2381
(Empleo) Condiciones Trabajo	—	—	-,2121	,0013	—	—	-,046	,5541
R2	,0938		,3231		,0211		,0329	
R ² Ajustada	,0669		,3083		,0129		,0144	

tener relación con estas variables, ya que no son introducidas en el modelo de regresión. Para explicar la salud de las mujeres con trabajo remunerado aparecen como variables predictoras las condiciones de trabajo en casa y en el empleo, estas dos variables proporcionan una explicación del 32% de la varianza de las puntuaciones en la salud psicológica. En cuanto a su salud física, estas variables no aparecen como predictoras significativas.

Por otra parte, como se postulaba en segundo lugar, y para ambos grupos de mujeres, las malas condiciones de trabajo, y no el número de horas de trabajo total, predijeron el bienestar psicológico, siendo incluso ligeramente más exacta esta predicción para las empleadas que para las amas de casa. Por tanto, llama la atención la ausencia de variables

significativas que explicasen la salud física para ambos grupos, por lo que este dato contradice la hipótesis. Con respecto a la salud psicológica, las variables tomadas en cuenta explicaron el 7% aproximadamente de la varianza de la salud psicológica en las amas de casa y el 30% de la salud psicológica de las mujeres con trabajo remunerado. Para las amas de casa sólo las condiciones de trabajo en casa (con signo negativo, tal y como se esperaba) estaban relacionadas con el bienestar psicológico, de tal manera que la salud psicológica aparecía relacionada con mejores condiciones en el trabajo doméstico. Para las mujeres empleadas, una mejor salud psicológica estaba relacionada también con mejores condiciones en el trabajo doméstico y laboral. Por lo tanto, es correcta la predicción de que a mayor nivel de estre-

sores en el trabajo principal menor bienestar psicológico (salud psicológica), si bien esto no se cumple para la salud física.

En análisis de correlación adicionales se apreció que en los coeficientes de correlación de Pearson para las empleadas todas las dimensiones de las condiciones de trabajo (en casa y empleo), menos *la* rutina, correlacionaban significativamente con su Bienestar Psicológico. Aunque, las que más lo hacían eran las presiones de tiempo (-0,3724 y -0,3357) y la responsabilidad negativa (temas ajenos a su control personal) (-0,3450 y -0,2970), y primero en el hogar y después en el empleo. En el ama de casa solo correlacionaba la rutina (-0,2049) y la puntuación total en condiciones de trabajo en casa (-0,2443). En empleadas, y no en amas de casa, existían correlaciones significativas entre su Bienestar Psicológico y el n° horas trabajadas en casa (-0,1944) así como con el total de horas –casa y empleo– o doble jornada (-0,1642). Además estas dos variables mostraron una tendencia a la correlación con la salud física (-0,1277 y -0,1320). Finalmente, y aunque las condiciones de trabajo en ambos roles no correlacionaban significativamente con la salud física en la empleada, en el ama de casa sí lo hacían moderadamente las presiones de tiempo (-0,1510), el esfuerzo físico (-0,1696) y puntuación total (-0,1382).

Existían diferencias significativas entre grupos (T de Student) no solo en el n° de horas de trabajo total semanal sino también en las condiciones de trabajo en casa (ver tabla 6), siendo peores para las empleadas tanto en la puntuación total como en presiones de tiempo y en autonomía, si bien la rutina era mayor en las amas de casa.

Al comparar al grupo de empleadas sus dos trabajos aparecieron diferencias estadísticamente significativas entre todas las dimensiones (ver tabla 7), salvo en interrupciones, con peores condiciones siempre en el trabajo familiar que en el empleo. Así, a excepción de un mayor nivel de autonomía, el trabajo en el hogar era más rutinario, con mayores presiones de tiempo, esfuerzo físico y una mayor responsabilidad en cuestiones ajenas al control personal que el remunerado.

Por otra parte, la hipótesis 4 formulaba que de entre todas las condiciones familiares consideradas en ambos grupos de mujeres (ajuste marital, ajuste maternal, número y edades de hijas/os), las relaciones con la pareja y con las/os hijas/os serían mejores predictores del bienestar psicológico general que las demandas filiales (puntuación derivada del número y edades de hijas/os). Para contrastar la hipótesis se realizó un análisis de regresión múltiple entre las variables de las

condiciones familiares y las dependientes Bienestar Psicológico y Estado Físico (ver tabla 8).

El ajuste marital, el maternal, y el número y edades de los/las hijos/as llegan a explicar el 30% de la varian-

za de las puntuaciones en salud psicológica de las mujeres empleadas. Estas mismas variables sólo explican el 6% de la varianza de las puntuaciones de su salud física. En el grupo de mujeres amas de casa en exclusiva, también las variables

TABLA 6

Diferencias entre empleadas y amas de casa en las condiciones de trabajo en casa

	Autonomía	Esfuerzo Físico	Interrupciones	Presiones Tiempo	Responsabilidad	Rutina	TOTAL
EMPLEADAS	2,07	2,49	2,76	2,98	2,20	3,21	15,75
AMAS DE CASA	1,66	2,40	2,70	2,25	2,07	3,42	14,54
Significación	<,001	,434	,524	<,001	,158	,057	,001

* A mayor puntuación peores condiciones de trabajo en esa dimensión.

TABLA 7

Diferencias entre el trabajo familiar y el remunerado para empleadas

	Puntuación Ttotal	Autonomía	Esfuerzo físico	Interrupciones	Presiones de tiempo	Responsabilidad	Rutina
Trabajo familiar	15,75	2,07	2,49	2,76	2,98	2,20	3,21
Trab. Remunerado	15,56	2,89	2,00	2,81	2,72	2,06	3,08
Significación	,317	<,001	<,001	,520	<,001	,003	,034

TABLA 8

Regresión de la salud y condiciones familiares para los dos grupos

	Empleadas				Amas de Casa			
	Salud Psicológica		Salud Física		Salud Psicológica		Salud Física	
	BETA	p	BETA	p	BETA	p	BETA	p
Ajuste Marital	0,4266	<,0001	0,1692	,0351	0,3321	,0021	0,0937	,4407
Ajuste Maternal	-0,2405	,0003	-0,0956	,2253	-0,1821	,0837	-0,1432	,2404
Nº edad hijas/os	0,0614	,3354	0,0836	,2800	-0,1059	,3074	0,0349	,7700
R ²	,2970		,0571		,1665		,0357	
R ² Ajustada	,2854		,0400		,1349		-,0069	

independientes estudiadas explican un mayor porcentaje de la varianza de las puntuaciones en su salud psicológica que en la física.

Por otra parte, se aprecia que, de entre todas las condiciones familiares, el ajuste marital era el mejor predictor para el bienestar psicológico de ambos grupos de mujeres, al igual que para la salud física del grupo de empleadas, siendo esta predicción más exacta para este último grupo. Sin embargo, el ajuste maternal solo explicaba el bienestar psicológico en las mujeres con trabajo remunerado o empleadas (el signo negativo es el esperado por el sentido de esta variable).

Finalmente, al realizarse una prueba de diferencias de medias (T de Student) para las condiciones familiares, entre ambos grupos de mujeres, no aparecieron diferencias significativas en el nivel de ajuste marital, ni en el de demandas familiares, aunque sí las había en el ajuste maternal siendo mejor en las amas de casa que en las empleadas ($p < .05$).

Discusión

Lo primero a destacar con los datos obtenidos es que existe una gran diferencia en las variables que explican la salud de las mujeres según trabajen o no fuera de casa,

tanto en tipo como en número. Para las mujeres que tenían trabajo remunerado han sido ocho las variables que predijeron su salud psicológica y cuatro su salud física, mientras que para las amas de casa fueron dos las variables que predijeron su salud psicológica y ninguna su salud física.

Sin embargo, han existido ciertas variables que se han repetido en los análisis de regresión efectuados. Así, la tensión entre roles (sobrecarga de trabajo y/o conflicto emocional entre las demandas en los diferentes roles familiares y de trabajo), las conductas de riesgo (tabaquismo, consumo de alcohol, fármacos, psicofármacos, y sobrepeso) y las conductas de salud (ejercicio físico, dieta y patrón de sueño), al igual que la autoestima parecen tener una capacidad de predicción mayor que las demás variables en cuanto a la explicación conjunta de los aspectos psicológicos y físicos de la salud.

Entrando ya en cada uno de los grupos analizados, para aquellas mujeres con un trabajo remunerado los resultados muestran que tanto su grado de autoestima como las conductas de riesgo que realizan se constituyen en importantes variables predictoras de su salud y esto para ambas dimensiones de esta (psicológica y física). No obstante, existían otras variables que se relacionaron bien con el bienestar psicológico o bien con la salud física. Así, la salud

psicológica de las mujeres que tenían un trabajo remunerado estaba positivamente asociado con su nivel de autoestima, de ajuste marital y maternal, con unas buenas condiciones de trabajo tanto en el doméstico como en el laboral, con las conductas de salud realizadas y con los ingresos, y negativamente relacionada con las conductas de riesgo. De todas ellas, la autoestima, las relaciones con la pareja e hijas/os y las condiciones de trabajo en casa eran las que más se relacionaban con una buena salud psicológica. En cuanto a la salud física de este mismo grupo, estuvo relacionada negativamente con las conductas de riesgo y con la tensión entre roles y positivamente con la autoestima y el nivel educativo. En cuanto al grupo de mujeres amas de casa, su salud física no fue predicha por ninguna de las variables consideradas, mientras que su salud psicológica estuvo positivamente relacionada con las conductas de salud y negativamente con la tensión entre roles.

Aunque no hemos encontrado en la literatura un esfuerzo como el nuestro por capturar las relaciones entre un número tan considerable de variables, por lo que no podemos realizar todas las comparaciones que deseáramos, vamos a centrarnos en discutir aquellos datos de estudios que introdujeron algunas de las variables que nosotras hemos utilizado. Así, la literatura ha puesto

de manifiesto la relevancia de los hábitos o conductas de salud (Anson, Levenson y Bonneh, 1990; Devecchio, 1990), si bien en nuestro caso estas están relacionados también con el bienestar psicológico de ambos grupos de mujeres, haciéndolo las conductas de riesgo para ambas dimensiones de la salud solo en aquellas con un trabajo remunerado. Además, y de acuerdo con otros datos (Chesney, 1991, Devecchio, 1990), si existieron diferencias significativas entre grupos en ambas variables. Sin embargo, no las hubo en otra importante variable como era el ajuste marital, capaz de predecir la salud psicológica en ambos grupos de mujeres como en otros muchos estudios (Aneshensel, 1986; Hamilton y Wright, 1986; McLaughlin, Cormier y Cormier, 1988; McRae y Brody, 1989; etc.) e incluso la física para las empleadas en nuestro caso. Sin embargo, si existieron importantes diferencias en otras variables como en autoestima con un mayor nivel para aquellas con un trabajo fuera de casa tal y como aparece en la mayoría de las publicaciones (Baruch, Barnett y Rivers, 1983; Coleman y Antonucci, 1983; Méllinger y Erdwins, 1985). Finalmente, la relación con las/os hijas/os solo resultó relevante de cara al bienestar psicológico de las empleadas, siendo además peor que para las amas de casa.

Por otra parte, coincidimos con los

datos de otras publicaciones en la incidencia negativa de la tensión entre roles en la salud (ver entre otros Cooper y Davidson, 1982; 1985; Love, Galinsky y Hughes, 1987; Tiedje, Wortman, Downey, Emmons y Lang, 1990), y en la importancia que el conflicto emocional entre roles tiene para la salud psicológica y física de las mujeres con empleo (Frankenhauser, Lundberg, Fredrikson et al.; Krause y Geyer-Pestello, 1985; Wortman, Biernat y Lang, 1991), siendo además mayor que en las amas de casa. Sin embargo, y al igual que Baruch, Barnett y Rivers (1983), se constata la relevancia de la tensión entre roles en la crianza, trabaje fuera o no la madre, y su incidencia en la salud psicológica del ama de casa cuando la padece como también se demostró en Barnett y Baruch (1985).

En cuanto a cual de los grupos mostraba un mayor nivel de salud (psicológica y física), nuestros resultados han sido más positivos en general para las mujeres que trabajaban fuera de casa que para las amas de casa en exclusiva (ver revisión de Repetti, Mathews y Waldron, 1989), a pesar de que no en todas las variables de salud aparecía una superioridad manifiestamente significativa de aquellas con un trabajo remunerado, principalmente a nivel psicológico. Concretamente, las mujeres con un trabajo remunerado tendían a presentar una mejor salud mental y fisi-

ca que las que no lo tenían, informando de un mayor nivel de bienestar y de satisfacción psicológica, y lógicamente menor de malestar. Así, fueron significativamente más altos tanto su nivel de salud general (Rodríguez, Mateos y Salazar, 1988) y de vitalidad como de autoestima (Baruch et al 1983; Mellinger y Erdwins, 1985), al igual que informaban significativamente de un menor nivel de depresión, de ansiedad y de síntomas somáticos crónicos (Verbrugge, 1985; Sebastián, Cárdenas, Benzunegui y Díaz, 1990) como por ejemplo dolores de cabeza, musculares y problemas alérgicos, junto con menos visitas al médico de cabecera que las amas de casa en exclusiva (Rodríguez et al., 1988). y tendían a restringir más su actividad cotidiana cuando surgía algún problema de salud que las amas de casa. Por tanto, nuestros datos apoyan los de la gran mayoría de los estudios internacionales (Gove y Geerken, 1977; Kessler y McRae, 1981; Northcott, 1981; Merikangas, Prusoff y Frank, 1985), con resultados en cierta forma mixtos en los que los beneficios en salud del trabajo fuera de casa en la mujer no son del todo completos, demostrándose en algunos de ellos incrementos en la salud psicológica y en otros no aparecían efectos (Cleary y Mechanic, 1983; Gore y Mangione, 1983; Barnett y Baruch, 1985; Rosenfield, 1989; Rosenfield, 1992). Tampoco podemos apoyar el que las amas de casa posean una peor salud

física general que las empleadas como aparece en muchos otros estudios (Verbrugge, 1983; Herold y Waldron, 1985; Coleman, Antonucci y Adelman, 1987; etc.), si bien con mujeres más mayores que las nuestras. No obstante, en la literatura más actual (ver Mas, Tesoro y Sanz, 1993), se considera que en el nivel de salud de la mujer de clase media lo más relevante es el hecho de ser madre, al menos en la dimensión psicológica (Bebbington, Hurry, Tennant y otros, 1981; Warr y Parry, 1982). Por ejemplo, la mayoría de los estudios encuentran un nivel igual o mayor de síntomas depresivos que las amas de casa, si se trabaja fuera y se tiene niñas/os en edad preescolar (Kessler y MacRae, 1982), igualándose así con el nivel de síntomas de las amas de casa (Ross, Mirowsky y Huber, 1983; Krause y Markides, 1985; Lennon "et al.", 1991). Sin embargo, hallazgos españoles como los de Díaz, Vázquez-Barquero y Díez Manrique (1987) en los que la presencia de niños suponía más bien un factor protector para la salud, independientemente de que la madre trabajase o no fuera de casa, contradicen los datos de zonas urbanas norte-europeas en los que su presencia se asociaba con malestar psicológico (Brown y Harris, 1978; Bebbington et al., 1981), aunque con variaciones por clase (Parry, 1986) y de apoyo social (Müller, 1981; Warren, 1981). Probablemente esta aparente contradicción pueda deber-

se a factores culturales como una mayor valoración en la nuestra de la maternidad, junto a un entramado más rico en redes de apoyo social.

Por otra parte, acordamos con Johnson (1986), Karasek (1979) y Karasek y Theorell (1990) la incidencia que en el bienestar psicológico poseen las condiciones de trabajo, por encima de las demandas, y esto tanto para empleadas como para amas de casa. Si bien, y en contra de lo que pudiera esperarse, en las empleadas de nuestra muestra influyen en primer lugar las del trabajo familiar y después las del remunerado. Complementariamente, y al igual que en Lennon (1993) y Rosenfield (1989), aparece que en las empleadas de entre todas las condiciones de trabajo la responsabilidad sobre temas ajenos al control personal (en casa y el empleo) es la que más correlaciona con el Bienestar Psicológico, añadiéndose además en nuestro caso las presiones de tiempo en ambas esferas, siendo más elevada en casa para las empleadas, y no haciéndolo la rutina como en estos estudios para las que trabajaban fuera, aunque si en el nuestro para el ama de casa que era elevada (ver Kohn y Scholler, 1982).

En general en la literatura el empleo solo es claramente ventajoso para la salud, incluso a nivel físico (Verbrugge, 1984), sin preescolares

y/o con pocas responsabilidades familiares (Ross y Mirowsky, 1988; Rosendfield, 1989; Lennon, Wasserman y Allen, 1991), teniendo contrariamente en nuestra muestra significativamente más preescolares las empleadas. También los estudios señalan la importancia de unas buenas condiciones de trabajo (Lowe y Northcott, 1988; Loscosso y Spitze, 1990; Lennon y Rosenfield, 1992), incluido el doméstico (Lennon, 1993), siendo sin embargo malas en ambas esferas en nuestro grupo de empleadas. Asimismo, se apunta la relevancia del prestigio ocupacional (Elliot y Huppert, 1991) perteneciendo en nuestro caso las mujeres a profesiones tradicionalmente femeninas, siendo habitualmente las menos valoradas y recompensadas. Cabría añadir la incidencia del nivel de tensión entre roles experimentado (Wortman, Biernat y Lang, 1991), siendo sin embargo elevada tanto en sobrecarga de trabajo como en conflicto emocional en nuestras mujeres con un empleo. Por todo ello, los beneficios psicológicos que pudieran derivarse del empleo pueden estar siendo disminuidos o anulados por todos estos datos igualándose casi, en muchos casos, el nivel de salud de las que trabajan fuera de casa con el de las amas de casa en exclusiva.

En resumen, en nuestros datos sugieren que la mujer con un trabajo remunerado presenta ventajas en

salud sobre la que no lo tiene. Sin embargo, el trabajo doméstico influye más en su salud que el remunerado, sufre de doble jornada trabajando más horas en total que el ama de casa, y además en peores condiciones que ésta en el de casa –principalmente en presiones de tiempo y responsabilidad en temas ajenos a su control personal– al igual que en el remunerado. Tiene criaturas más pequeñas y una peor relación con ellas, aumentando por tanto las demandas, plasmándose en una mayor tensión entre roles expresada tanto en la sobrecarga de trabajo como en un mayor conflicto emocional. Por todo ello, pensamos que los beneficios psicológicos que pudieran derivarse del empleo pueden estar siendo mermados o incluso anulados por todos estos estresores en sus condiciones familiares (domésticas y de crianza), pudiendo por ello disminuir y casi igualarse, en muchos casos, el nivel de salud en este grupo al del de las amas de casa en exclusiva.

Finalmente, y a modo de CONCLUSIONES, nuestros datos informan de la importancia en la salud de las mujeres de:

1. Las conductas de salud (ejercicio físico, dieta, sueño) en la salud psicológica de todas las mujeres, trabajen o no fuera de casa, y de las conductas de riesgo (tabaquismo, consumo de sustancias-fármacos,

psicofármacos, ingesta de alcohol y sobrepeso) en la salud psicológica y física de las mujeres que trabajan fuera de casa.

2. Las Condiciones familiares (afectivas y de trabajo doméstico) son muy relevantes, incluso más que las laborales, para la salud psicológica y física de aquellas con un trabajo remunerado. Apareciendo además en este grupo importantes estresores en sus roles familiares, mayores que en las amas de casa, como eran unas altas responsabilidades familiares expresadas en criaturas más pequeñas y peor relación con ellas, doble jornada así como peores condiciones de trabajo en casa y una mayor tensión entre sus roles.

3. Las mujeres con trabajo remunerado tienden a poseer una mejor salud mental y física en general que las amas de casa, si bien no resultan significativos todos los indicadores empleados, principalmente en el

nivel de bienestar psicológico general. Este dato podría relacionarse con la incidencia negativa de estresores familiares tanto de índole emocional como de trabajo (altas responsabilidades familiares, malas condiciones de trabajo, conflicto emocional entre sus roles, etc.).

4. Las mujeres que trabajan fuera de casa tienen un nivel de autoestima mayor que las amas de casa en exclusiva.

Por ello, pensamos en la necesidad de que futuras investigaciones podrían comparar grupos de mujeres empleadas con diferentes niveles de responsabilidades y estresores familiares, tanto en el trabajo doméstico como en el cuidado de las/los hijas/os, así como en diferentes tipos de trabajo remunerado, estresores de trabajo y de prestigio ocupacional.

REFERENCIAS

- Alfredson, I.; Spetz, C. y Theorell, T. (1985). Type of occupation and near-future hospitalization for myocardial infarction and some other diagnoses. *International Journal of Epidemiology*, 14, 378-388.
- Aneshensel, C. (1986). *Marital and employment role-strain, social support, and depression among adult women*. En S. Holbfohl (Ed.), *Stress, social support, and women*. New York: Academic Press.
- Aneshensel, C.; Frerichs, R. y Clark, V. (1981). Family roles and sex differences in depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 22: 379-393.
- Anson, O.; Levenson, A. y Bonneh, D. (1990). Gender and health on the Kibbutz. *Sex Roles*, 22, 213-235.
- Arber, S.; Gilbert, y Dale, A. (1985). Paid employment and women's health: a benefit or source of role strain?. *Sociology of Health and illness*, 7 (3), 375-401.
- Axelsson, C. (1992): *Hemmafrun som försvann (The disappearing housewife)*. Doctoral thesis. Stockholm University.
- Barnett, R. y Baruch, G. (1985). Women's involvement in multiple roles and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1, 135-145.
- Barnett, R. y Marshall, N. (1991). Physical symptoms and the interplay of work and family roles. *Health Psychology*, 10, 94-101.
- Baruch, G. y Barnett, R. (1986). Role quality, multiple role involvement, and psychological well-being in midlife women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 578-585.
- Baruch, G.; Barnett, R. y Rivers, C. (1985). *Lifeprints: New patterns of love and work for today's women*. New York: Signet.
- Baruch, G.; Biener, L. y Barnett, R. (1987). Women and gender in research on work and family stress. *American Psychologist*, Vol. 42: 130-136.
- Bebbington, P.; Hurry, J.; Tennant, C.; Stult, E. y Wing, J. (1981). Epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychological Medicine*, 11, 561-580.
- Berheide, C. (1984): Women's work in the home: Seems like old times. *Marriage and Family Review*, 7(3/4), 37-56.
- Berk, S. (1985). *The gender factory: The apportionment of work in american households*. New York: Plenum.
- Berkman, L. y Breslow, L. (1983). *Health and ways of living. The Alameda County Study*. New York: Oxford University Press.
- Brown, G. y Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. New York: Free Press.
- Chesney, M. (1991). Women, work-related stress, and smoking. Frankenhaeuser, (ed.): *Women, Work and Health*. New York: Plenum.
- Cleary, P. y Mechanic, D. (1983). Sex differences in psychological distress among married people. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 111-121.
- Coleman, L. y Antonucci, T. (1983). Impact of work on women at midlife. *Developmental Psychology*, 19, 290-294.
- Coleman, L.; Antonucci, T. y Adelman, P. (1987). Role involvement, gender, and well-being. En F. Crosby, *Spouse, parent, worker: On gender and multiple roles*. New Haven: Yale University Press.
- Cooper, C. y Davidson, M. (1982). *High pressure: Working lives of women managers*. London: Fontana.

- Cooper, C. (1983). Identifying stressors at work: Recent research developments. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 369-376.
- Crouter, A. (1984). Spillover from family to work: The neglected side of the work-family interface. *Human Relations*, 37, 425-442.
- D'arcy, C. y Y Siddique, C. (1984). Social support and mental health among mothers of preschool and school age children. *Social Psychiatry*, 19: 155-162.
- Devecchio, E. (1990). *Women's health: Its relationship to employment and health practices*. Tesis Doctoral. California School of Professional Psychology, Fresno.
- Díaz, Vázquez Barquero, y Díez Manrique (1987). La enfermedad mental en la mujer. *An Psiquiatría*, 3: 191-200.
- Doyal, L. (1995). *What makes woman sick? Gender and the political economy of health*. Londres: MacMillan.
- Doyal, L. (1996). Trabajo asalariado y bienestar, en S. Wilkinson y C. Kitzinger, (compiladoras). *Mujer y salud: una perspectiva feminista*. Barcelona: Paidós.
- Dupuy, H. (1978). Self-representations of general psychological well-being of American adults. *Paper presented at American Public Health Association Meeting*.
- Dupuy, H.; Wan, T. y Livieratos, B. (1977). A validation of the General Well-Being Index: A two-stage multivariate approach. Paper presented at *American Public Health Association Meeting*.
- Durán, M. (1988). Las condiciones de trabajo de las Amas de Casa. *Serie, Estudios* 12; 305-464.
- Elliot, B. y Huppert, F. (1991). In sickness and in health: Associations between physical and mental well-being, employment and parental status in a british nation-wide sample of married women. *Psychological Medicine*, 21, 515-524.
- Elman, M. y Gilbert, L. (1984). Coping strategies for role conflict in married professional women with children. *Family Relations*, 33; 317-337.
- Frankenhaeuser, M.; Lundberg, U.; Fredikson, M.; Melin, B.; Tuomisto, M.; Myrsten, A.; Bergman, B.; Hedman, M. y Y Wallin, L. (1989). Stress on and off job as related to sex and occupational status in white-collar workers. *Journal of Organizational Behavior*, 10, 4.
- Gore, S. y Mangione, T. (1983). Social roles, sex roles and psychological distress: Additive and interactive models of sex differences. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 300-312.
- Gove, W. (1972). The relationship between sex roles, marital status an mental illness. *Social Forces*, 51, 34-44.
- Gove, W. (1978). Sex differences in mental illness among adult men and women: An evaluation of four questions raised regarding the evidence on the higher rate of women. *Social Science and Medicine*, 12B, 182-198.
- Gove, W. y Geerken, R. (1977). The effects of children and employment on the mental health of married men and women. *Social Forces*, 56, 66-76.
- Gove, W.; Hughes, M. y Style, C. (1983). Does marriage have positive effects on the psychological well-being of the individual?. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 122 131.
- Gove, W. y Tudor, J. (1973). Adult sex role and mental illness. *American Journal of Sociology*, 78, 812-835.
- Hall, E. (1992). Double exposure: The combined impact of the home and work environments on psychosomatic strain in Swedish women an men. *International Journal of Health Services*, Vol. 22, Number 2: 239-260.

- Hamilton, R. y Wright, J. (1986). *The state of the Masses*. New York: Aldine.
- Haynes, S. (1991). The effects of job demands, job control, and new technologies on the health of employed women: A review. En Frankenhaeuser, M. (Ed.): *Women, Work and Health*. New York: Plenum.
- Haynes, S.; Eaker, E. y Feinleib, M. (1984). The effect of employment, family, and job stress on coronary heart disease patterns women. Gold, E. (Ed.): *The changing risk of disease in women: An epidemiological approach*, 37-48.
- Haynes, S. y Feinleib, M. (1980). Women, work and coronary heart disease: prospective findings from Framingham heart study. *American Journal of Public Health*, 70, 113-141.
- Herold, J. y Waldron, I. (1985). Part-time employment and women's health. *Journal of Occupational Medicine*, 27, 405-412.
- Herrera, R.; Autonell, J.; Spagnolo, E.; Domenech, J. y Martín, S. (1987). Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat. *Informaciones Psiquiátricas*, 107.
- Hislop, C. (1981). Anxiety, self-esteem, and role satisfaction in mothers of 20 to 28 month old children. *Dissertation Abstracts International*, 42, 830b-831b.
- Holahan, C. y Gilbert, L. (1979). Interrole conflict for working women: Careers versus jobs. *Journal of Applied Psychology*, 64, 86-90.
- Jenkim, J. (1985). Sex differences in minor psychiatric morbidity: A survey of homogeneous population. *Social Science Medicine*, 20, 9, 887-889.
- Johnson, J. (1986). Female clerical worker's perceived work and nonwork stress and dissatisfaction as predictor of psychological distress. *Women and Health*, 15, 61-73.
- Kandel, D.; Davies, M. y Raveis, V. (1985). The stressfulness of daily social roles for women: Marital, occupational and household roles. *Journal of health and social behavior*, Vol. 26, 64-78.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Admin. Science Q*, 24, 285-307.
- Karasek, R.; Russell, R. y Theorell, T. (1982). Psychology of stress and regeneration in job related cardiovascular illness. *Journal of Human Stress*, 8, 29-42.
- Karasek, R. y Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kelly, R. y Voydanoff, P. (1985). Work/family role strain among employed parents. *Family Relations*, 34, 367-374.
- Kessler, R y Mcrae, J. (1981). Trends in the relationship between sex and psychological distress. *American Sociological Review*, 46, 443-452.
- Kessler, R. y Mcrae, J. (1982). The effect of wife's employment on the mental health of married men and women. *American Sociology Review*, 47, 216-226.
- Kibria, N.; Barnett, R.; Baruch, G.; Marshall, N. y Pleck, J. (1990). Homemaking-Role quality and psychological well-being and distress of employed women. *Sex roles*, 22; 327-347.
- Kohn, M. y Schooler, C. (1982). Job conditions and personality: A longitudinal assessment of their reciprocal effects. *American Journal Sociological*, 87, 1257-1286.
- Kother, P. y Wingard, D. (1989). The effect of occupational, marital and parental roles on mortality: The Alameda County Study. *American Journal of Public Health*, 79, 607-612.

- Krause, N. y Markides, K. (1985). Employment and well-being in Mexican American Women. *Journal of Health and Social Behavior*, 3, 202-218.
- Krause, N. y Geyer-pestello, H. (1985). Depressive symptoms among women employed outside the home. *American Journal of Community Psychology*, 13, 49-67.
- Lennon, M. (1993). *Women, work, and well-being: The importance of work conditions*. Russell Sage Foundation, working paper, 42.
- Lennon, M. y Rosenfield, S. (1992). *Women and mental health: The interaction of job and family conditions*. *Journal of Health and Social Behavior*, 33; 316-327.
- Lennon, M.; Wassennan, G. y Allen, R. (1991). Husband's involvement in child care and depressive symptoms among mothers of infants. *Women and Health*, 17, 1-23.
- Locke, H. y Wallace, K. (1959). Short marital adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Journal of Marriage and the Family*, 21, 251-255.
- Lopata, H. (1971). *Occupation housewife*. New York: Oxford University Press.
- Loscosso, K. y Spitze, G. (1990). Working conditions, social support, and the well-being of female and male factory workers. *Journal of Health and Social Behavior*, 31; 313-327.
- Love, Galinsky, E. y Hughes, D. (1987). Relationships between job characteristics, work/family interference, and marital outcomes. *Early Childhood Research Quarterly*.
- Lowe, G. y Northcott, H. (1988). The impact of working conditions, social roles, and personal characteristics on gender differences in distress. *Work and Occupations*, 15; 55-57.
- Mas, J.; Tesoro, A. y Sanz, A. (1993). Influencia de los factores sociales en la psicopatología de la mujer. En J. Mas y A. Tesoro (Eds.), *Mujer y salud mental*, Madrid: Asociac. Española de Neuropsiquiatría.
- Mas, J. y Cabrera, C. (1993). Síndrome del Ama de Casa. En Mas, J. y Tesoro, A.(eds.); *Mujer y salud mental*, 9, pp. 305-315 305-318. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Mateos, R. y Rodriguez, A. (1990). *Estudio de epidemiología psiquiátrica en la comunidad gallega*. Colección Saude Mental, Servicio Galego de Saude.
- Mavreas, V. Beis, A. Mouyias, A. Rigoni, F. y Lyketsos, G. (1986). Prevalence of psychiatry disorders in Athens: A community study. *Soc. Psychiatry*, 21, 172-181.
- Mclanahan, S. y Adams, J. (1987). Parenthood and psychological well-being. *Annual Review of Sociology*, 13; 237-257.
- Mclaughlin, M.; Cormier, L. y Cormier, W. (1988). Relation between coping strategies and distress, stress, and marital adjustment of multiple-role women. *Journal of Counseling Psychology*, 35: 187-193.
- Mcrae, J. y Brody, C. (1989). The differential importance of marital experiences for the well being of women an men: A research note. *Social Science Research*, 8, 237-248.
- Mellinger, J. y Erdwins, C. (1985). Personality correlates of age and life roles in adult women. *Psychology of Women Quarterly*, 9; 503-514.
- Merikangas, K.; Ptusoff, B.; Kupfer, D. y Frank, E. (1985). Marital adjustment and major depression. *Journal Affective Disorders*, 9, 5-11.
- Müeller, D. (1980). Social networks: A promising direction for research on the relationships of the social environment to psychiatric disorder. *Social Science Medicine*, 14;

- 147-161.
- Muller, C. (1986). Health and health care of employment women and homemakers: Family factors. *Women and Health*, 11(1); 7-26.
- Northcott, H. (1981). Women, work, health and happiness. *International Journal of Women's Studies*, 4, 268-276.
- Oakley, A. (1974). *The sociology of housework*. Great Britain: The Pitman Press, Bath.
- ONU (1991). *The World's Women: trends and statistics 1970-1990*. ONU, New York.
- Rodríguez, A.; Mateos, R. y Salazar, I. (1988). Psicopatología del ama de casa. *Psicopatología*, 8, 115-120.
- Parry, G. (1986). Paid employment, life events, social support, and mental health in working class mothers. *Journal of Health and Social Behavior*, 27; 193-208.
- Pearlin, L. (1975). Sex roles and depression. En N. Datan y L. Ginsberg (Ed's): *Lifespan developmental psychology: Normative life crisis*. New York: Academic Press.
- Piotrkowski, C. y Repetti, R. (1984). Dual-earner families. *Marriage and Family Review*, 7(3/4); 99-124.
- Pistrang, N. (1984). Women's work involvement and experience of new motherhood. *Journal of Marriage and the Family*, 433-447.
- Pleck, J. (1985). *Working wives, working husbands*. Beverly Hills: Sage.
- Rieger, D.; Boyd, J.; Burke, J. (1988). One month prevalence of mental disorders in the United States. *Arch. Gen. Psychiatry*, 45: 977-986.
- Repetti, R.; Matthews, K. y Waldron, I. (1989). Employment and women's health. Effects of paid employment on women's mental and physical health. *American Psychologist*, 11; 1394-1401.
- Rosemberg, M. (1969). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, N.J.; Princeton University Press.
- Rosemberg, M. (1973). Which significant others? *American Behavioral Scientist*, 16; 829-860.
- Rosenfield, S. (1989). The effects of women's employment: Personal control and sex differences in mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 30; 77-91.
- Ross, C.; Mirowsky, J. y Hubber, J. (1983). Dividing work: sharing work, and in-between: Marriage patterns and depression. *American Sociological Review*, 48; 809-823.
- Ross, C. y Mirowsky, J. (1988). Child care and emotional adjustment to wives employment. *Journal of Health and Social Behavior*, 29; 127-138.
- Schooler, C; Miller, K. y Richtand, C. (1984). Work for the household: Its nature and consequences for husbands and wives. *American Journal of Sociology*, 90(1); 97-124.
- Sebastián, J.; Cárdenas, C.; Benzunegui, R. y Díaz, J. (1990). Valoración psicopatológica del trabajo del ama de casa: Un estudio con grupo control y experimental. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 15, 3-11.
- Smith, A. y Weissman, M. (1991). Epidemiología de los trastornos depresivos: Perspectivas nacionales e internacionales. Feighner, J. y Boyer, W. (Eds.); *Diagnóstico de la depresión*, 31-45.
- Sorensen, G. y Verbmge L. (1987). Women, work, and health. *Annual Review Public Health*, 8, 235-251.
- Thoits, P. (1983). Multiple identities and psychological well-being: A reformulation and test of the social isolation hypothesis. *American Sociological Review*, 48; 174-

- 187.
- Tiedje, L.; Wortman, C.; Downey, G.; Emmons, C. y Lang, E. (1990). Women with multiple roles: Role-Compatibility perceptions, satisfaction, and mental health. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 63-72.
- Vaguero, D. (1994). Análisis de la mortalidad femenina. *Mujer, Salud y Trabajo. Quaternary Caps*, N° 21: 17-23.
- Vázquez Barquero, J.; Muñoz, P. y Jaúregui, V. (1982). The influence of the process of urbanization on the prevalence of neurosis. A community survey. *Acta Psiquiátrica Escandinava*, 65; 161-170.
- Verbrugge, L. (1982). Work satisfaction and physical health. *Journal of Community Health*, 7, 262-283.
- Verbrugge, L. (1983). Multiple roles and physical health of women and men. *Journal Health Social Behavior*, 24; 16-29.
- Verbrugge, L. (1984). Physical health of clerical workers. En B. Cohen (Ed.), *Human aspects in office automation*. New York: Academic Press.
- Verbrugge, L. (1985). Gender and health: An update on hypotheses and evidence. *Journal Health Social Behavior*, 26,156-182.
- Waldron, I. y Herold, J. (1986). Employment, attitudes toward employment, and women's health. *Women and Health*, 7: 53-66.
- Waldron, I. y Jacobs, J. (1989). Effects of labor force participation on women's health. Evid from a national longitudinal study. *Women and health*; 15, 3-19.
- Warr, P. y Parry, G. (1982). Depressed mood in working-class mothers with and without paid employment. *Social Psychiatry*, 17,161-165.
- Warren, D. (1981). *Helping networks: How people cope with problems in the urban community*. University of Notre Dame Press, Notre Dame.
- Wortman, C.; Biernat, M. y Lang, E. (1991). Coping with role overload. En Frankenhauser, M. (Ed.); *Women, Work and Health*. New York: Plenum.