

ASPECTOS DIFERENCIALES EN SALUD ENTRE LAS MUJERES QUE TRABAJAN FUERA DEL HOGAR Y LAS AMAS DE CASA

Victoria A. Ferrer Pérez, Esperanza Bosch Fiol y Margarita Gili Planas
Universidad de las Islas Baleares

Se analizan los hábitos de salud y la salud percibida en una muestra de 540 mujeres casadas y/o que viven en pareja, residentes en la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. Se establecen comparaciones entre ellas en función de su situación laboral, diferenciando amas de casa (52,2%) y mujeres que trabajan fuera del hogar (47,8%). Los resultados muestran que, a pesar de tener unos hábitos más saludables (en lo relativo a fumar e ingerir alcohol), las amas de casa presentan unos niveles de salud inferiores, tanto en lo que se refiere a sintomatología aguda, como a enfermedades crónicas y a valoración del nivel de salud.

Differential aspects on health between housewives and women that work out. The study analyses the health habits and perceived health in a sample of 540 married (or living with couple) women, living in Baleares. Comparisons are established in relation to their working status, comparing housewives (52,2%) and those who work out (47,8%). Results suggest that, although housewives have healthier habits (smoke and drink alcohol), they show lower health levels, both acute symptoms and chronic illnesses and perceived health status.

Actualmente está ampliamente demostrado que existen diferentes estilos de vida que incluyen comportamientos que son perjudiciales/beneficiosos para la salud (Onís y Villar, 1992a; Rodríguez-Marín, 1995).

Como señala Varela (1990, 1992), los estilos de vida pueden ser analizados en cinco áreas. Y los roles desarrollados tradicionalmente por las mujeres se traducen en estilos de vida que incluyen algunos déficits en esta áreas y que conllevan un mayor uso de los servicios de salud en general y de salud

mental, en particular. Estas áreas y el papel desarrollado por las mujeres en ellas se concretan en lo siguiente:

- a) El área afectivo-familiar define el rol afectivo, se desarrolla en el ámbito de las relaciones íntimas, está relacionada con el bienestar emocional y sus déficits conllevan trastornos emocionales. Las mujeres suelen aportar más apoyo afectivo del que reciben, soportando las cargas negativas (enfermedades, problemas, etc.) y compartiendo los acontecimientos positivos (fiestas, celebraciones, etc.).
- b) El área sociocultural define el rol social, se refiere a la red social en que

Correspondencia: Victoria A. Ferrer Pérez
Departamento de Psicología
Universidad de las Islas Baleares
Ctra. Valldemossa, Km. 7,5
07071 Palma de Mallorca (Spain)

toda persona se desenvuelve, y su empobrecimiento está relacionado con la presencia de enfermedades, sobre todo mentales. Las mujeres suelen perder parte de su red social durante su vida al apartarse de la vida laboral, de ocio o cultural (por matrimonio, etc.).

- c) El área de autonomía personal define el rol de independencia, se relaciona con el nivel educativo y de formación continuada y con el desarrollo de habilidades para solucionar problemas cotidianos y sus déficits correlacionan con mayores niveles de estrés y enfermedades psicosomáticas. Las mujeres suelen tener menores niveles de formación y especialización, con lo cual sus habilidades sufren un estancamiento.
- d) El área económico-laboral, que define el rol de poder, y cuyo empobrecimiento, conjuntamente con el del área anterior, conlleva un estado de indefensión y desesperanza que entronca con el concepto de indefensión aprendida. Las mujeres suelen tener su economía supeditada a la familiar, con la consiguiente dependencia.
- e) El área de ocio y tiempo libre, que define el rol de bienestar y se refiere al tiempo que uno dedica a sí mismo. Las mujeres suelen realizar el trabajo doméstico y extradoméstico, imponiéndose así un horario ilimitado que dificulta el ocio.

A este estilo de vida peculiar, que se caracteriza no únicamente por el sexo o por la realización de tareas domésticas, sino también por una forma de vida que va deteriorando progresivamente las diferentes áreas de funcionamiento, y que, en muchos casos, genera "trastornos ansioso-depresivos" (insomnio, taquicardia, jaqueca, apatía, dolores, náuseas, vértigos, tristeza, alopecia, fo-

bias, ...), es a lo que se ha dado en llamar el "síndrome de ama de casa" (Roldán y Fernández, 1993).

En cuanto a salud y roles de género, una cantidad importante de estudios epidemiológicos se han centrado en establecer comparaciones entre hombres y mujeres y la mayoría de ellos parecen coincidir en que las mujeres presentan peores resultados de salud tanto física (Verbrugge, 1985; Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989; Onís y Villar, 1992b; Instituto de la Mujer, 1994; Ross y Brid, 1994; Valls, 1994) como mental (Weissman y Klerman, 1977; Bebbington et al., 1981; Henderson, Byrne y Duncan-Jones, 1981; Seva y Civiera, 1982; Jenkins, 1985; Herrera et al., 1987; Mavreas y Bebbington, 1988; Mateos y Rodríguez, 1989; Cochrane, 1992; Vázquez-Barquero et al., 1992a, 1992b).

En cuanto a la comparación entre las mujeres en función de su situación laboral, los estudios al respecto muestran resultados contradictorios. Así, autores como Vázquez Barquero y cols. (1992a, 1992b) observan que las mujeres casadas que realizan actividad laboral extradoméstica presentan una morbilidad psiquiátrica más elevada y relacionan este resultado con los mayores niveles de estrés derivados de la doble jornada, con el desarrollo de actividades laborales por debajo de su capacitación y con el hecho de que en ciertas zonas y grupos socio-culturales, el trabajo extradoméstico de la mujer puede ser entendido como un descenso de su estatus.

Por otra parte, trabajos epidemiológicos como los de Weissman y Klerman (1977), Brown y Harris (1978), Bebbington y cols. (1981), Surtess y cols. (1983), Verbrugge (1983), Glass y Fujimoto (1994) o el trabajo presentado por Dean en el I Congreso Internacional sobre Mujer, Trabajo y Salud, celebrado en Barcelona en abril de 1996, muestran que las amas de casa presentan una más alta morbilidad psiquiátrica y relacionan es-

te resultado con el bajo estatus social, el inadecuado nivel de autoestima, la falta de intereses personales o la falta de intereses sociales asociadas a las tareas domésticas.

En relación con estos resultados, el presente trabajo pretende comparar aspectos de salud entre mujeres que se dedican al trabajo doméstico y quienes realizan trabajo extradoméstico. Para ello se han tomado como base los datos recogidos en un estudio realizado por nosotras (Bosch et al., 1996a) sobre la situación de la mujer en las islas Baleares, por encargo de la "Comissió Interdepartamental de la Dona del Govern Balear" y financiado conjuntamente por esta comisión y por el Instituto de la Mujer, dependiente del Ministerio de Asuntos Sociales.

Puesto que el objetivo es comparar los resultados de salud y relacionarlos con el número de roles desempeñados por las mujeres, el presente estudio se centra en aquellas mujeres casadas y/o que viven en pareja ya que en un trabajo nuestro anterior sobre esta misma submuestra (Bosch, Ferrer y Gili, 1996b) observamos que, aunque en la dedicación a ciertas tareas concretas sí había diferencias, en la cantidad de tiempo dedicada globalmente a realizar tareas del hogar no había diferencias estadísticamente significativas entre amas de casa y mujeres que realizaban trabajo extradoméstico, de forma que, mientras las primeras realizaban el equivalente a dos jornadas laborales dentro del hogar, las segundas realizaban una jornada laboral fuera del hogar y otra dentro. Es decir, no había diferencias en cuanto a cantidad de tiempo trabajado pero sí en cuanto a cantidad de roles desarrollados.

Método

Sujetos. Para la realización del mencionado estudio (Bosch et al., 1996a), se seleccionó mediante un muestreo estratificado por municipios y cuotas (sexo y edad) una muestra representativa de las personas resi-

dentés en la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. Dicha muestra estaba compuesta por 1.800 personas, mayores de 18 años y menores de 80, residentes en Baleares e incluía tanto hombres como mujeres puesto que uno de los objetivos propuestos era no sólo conocer la situación de las mujeres sino poder compararla con la de los hombres de esta Comunidad.

Para la realización del análisis complementario que aquí se presenta se tuvo en cuenta únicamente la información proporcionada por las mujeres entrevistadas (996 mujeres, edad media 42.04 años, d.t. 16.88 años). Entre ellas, el porcentaje de amas de casa era del 32,1% y el de mujeres que trabajaban fuera del hogar era del 41,7%.

De ellas, en este estudio se tuvieron en cuenta los datos correspondientes a aquellas mujeres que, en el momento de ser entrevistadas, estaban casadas y/o vivían en pareja (Tabla 1). Se aportan, por tanto, los datos correspondientes a un total de 540 mujeres, de ellas, el 52,2% se declaran amas de casa y el 47,8% trabajadoras extradomésticas en el momento de ser entrevistadas. La comparación de estos dos colectivos en cuanto a edad y número de hijos indica que las amas de casa tienen una edad media significativamente más elevada ($F(1,538)=55.1944$, $p=0.0000$) y un mayor número de hijos ($F(1,538)=11.8798$, $p=0.0006$) que las trabajadoras extradomésticas. Además, cabe señalar que entre las mujeres que trabajan fuera de casa predominan las que realizan trabajos poco cualificados como dependienta (27,9%), administrativa (8,1%) o tareas de limpieza (7,0%).

Instrumento. A todas las personas integrantes de la muestra se les administró una encuesta elaborada por nosotras (Bosch et al., 1996a) que analiza diferentes aspectos de la realidad social (datos socio-demográficos, hábitos familiares, estudios, salud, etc.). De todos estos datos, este trabajo se centra en analizar los relativos a salud.

	Trabaj. domésticas N= 282	Trabaj. extradomést. N= 258	
Edad media	46.1206	38.6667	F(1,538)= 55.1944
Nº medio hijos	1.6170	1.2519	F(1,538)= 11.8798 p= 0.0006
Profesión			
Dependiente		72 (27,9%)	
Administrativa		21 (8,1%)	
Limpieza		18 (7,0%)	
Negocio propio		16 (6,2%)	
Prof. liberal		15 (5,8%)	
Maestra		14 (5,4%)	
Guía turística		11 (4,6%)	
Camarera		9 (3,5%)	
Artesana		5 (1,8%)	
Funcionaria		5 (1,8%)	
Peluquera		5 (1,8%)	
Aux. clínica		4 (1,6%)	
Enfermera		3 (1,2%)	
Representante		3 (1,2%)	
Otros		57 (22,1%)	

Procedimiento. La mencionada encuesta fue administrada mediante entrevistas domiciliarias llevadas a cabo por un equipo de 40 entrevistadores/as previamente entrenados/as para tal fin.

Resultados

En primer lugar, los resultados obtenidos en cuanto a la puesta en práctica de conduc-

tas de riesgo para la salud, como fumar e ingerir alcohol, muestran (Tabla 2) que es significativamente superior el porcentaje de mujeres que trabajan fuera del hogar que fuman ($\chi^2=12.369$, $p=0.0004$) e ingieren alcohol ($\chi^2=6.215$; $p=0.0127$). Y, aunque las diferencias no son significativas, se observa también que, entre quienes afirman poner en práctica estas conductas, son las mujeres que trabajan fuera del hogar quienes dicen fumar más cantidad de cigarrillos e ingerir alcohol con más frecuencia.

A continuación se revisaron los datos relativos al uso del sistema sanitario. En este sentido (Tabla 3), el número medio de visitas al médico durante el último año de las amas de casa es significativamente superior

	Trabaj. domésticas N= 282	Trabaj. extradomést. N= 258	χ^2
Fuman	52 (18,8%)	81 (32,1%)	12.369; p= 0.0004
Cantidad:			
1-5 cig.	16 (30,8%)	25 (30,9%)	5.789; p= 0.0553
6-10 cig.	20 (38,4%)	17 (21,0%)	
Más de 11 cig.	16 (30,8%)	39 (48,1%)	
Ingesta alcohol	31 (11,2%)	47 (18,9%)	6.215; p= 0.0127
Frecuenc.:			
Esporádicamente	11 (40,7%)	16 (34,7%)	2.926; p= 0.0714
1 vez semana	2 (7,4%)	9 (19,6%)	
Fines semana	3 (11,2%)	7 (15,2%)	
3 veces semana	1 (3,7%)	1 (2,2%)	
1 vez al día	5 (18,5%)	8 (17,4%)	
En las comidas	5 (18,5%)	5 (10,9%)	
NS/NC	4	1	

al de las mujeres que trabajan fuera de casa, tanto si se trata de visitas para una misma ($F(1,538) = 6.7615$; $p = 0.0096$), como para otras personas ($F(1,538) = 17.3200$; $p = 0.0000$).

Por lo que se refiere a visitas a especialistas por un problema propio durante el último año, se observa que las amas de casa visitan en mayor medida al otorrino (14,5%), al oftalmólogo (34,6%), al traumatólogo/reumatólogo (25,7%) y al cardiólogo (11,1%) y las mujeres que trabajan fuera del hogar al ginecólogo (65,7%) y al dentista (52,3%), aunque las diferencias no son estadísticamente significativas en ninguno de los casos.

Tabla 3
Visitas al médico (por un problema propio o de otros) y a especialistas (por un problema propio) durante el último año

	Trabaj. domésticas N= 282	Trabaj. extradomést. N= 258	Signif.
Media visitas en el último año (para una misma)	5.5319	3.6977	$F(1,538) = 6.7615$ $p = 0.0096$
Media de visitas en el último año (para otros/as)	7.9894	3.8876	$F(1,538) = 17.3200$ $p = 0.0000$
Otorrino	32 (14,5%)	24 (10,5%)	$\chi^2 = 1.651$ $p = 0.1988$
Oftalmólogo	79 (34,6%)	61 (26,4%)	$\chi^2 = 3.677$ $p = 0.0552$
Reum./Traumat.	59 (25,7%)	46 (19,7%)	$\chi^2 = 2.380$ $p = 0.1229$
Ginecólogo	142 (58,2%)	155 (65,7%)	$\chi^2 = 2.846$ $p = 0.1229$
Dentista	99 (43,4%)	123 (52,3%)	$\chi^2 = 3.689$ $p = 0.0548$
Cardiólogo	25 (11,1%)	17 (7,5%)	$\chi^2 = 1.758$ $p = 0.1849$
Psiquiatra	8 (3,6%)	8 (3,6%)	$\chi^2 = 0.001$ $p = 0.9780$

En tercer lugar se analizó la morbilidad percibida tanto en cuanto a sintomatología aguda como a la presencia de enfermedades crónicas. Por lo que se refiere a sintomatología aguda (Tabla 4), el porcentaje de amas de casa que presentan dolores de cabeza ($\chi^2 = 8.596$; $p = 0.0034$), otros dolores ($\chi^2 = 6.581$; $p = 0.0103$) y náuseas ($\chi^2 = 7.301$; $p = 0.0069$) es significativamente superior al de mujeres que trabajan fuera del hogar. Además, y aunque las diferencias no son estadísticamente significativas, las amas de casa presentan en mayor medida mareos (39,0%), dolor de espalda (58,9%), cansancio (31,9%) y problemas respiratorios (11,3%) y las mujeres que trabajan fuera de casa presentan en mayor medida problemas gastrointestinales (16,7%).

En cuanto a enfermedades crónicas (Tabla 5), el porcentaje de amas de casa que in-

Tabla 4
Presencia de sintomatología

	Trabaj. domésticas N= 282	Trabaj. extradomést. N= 258	χ^2
Mareos	110 (39,0%)	81 (31,4%)	3.415; $p = 0.0788$
Dolor de cabeza	195 (69,1%)	147 (57,0%)	8.596; $p = 0.0034$
Dolor de espalda	166 (58,9%)	145 (56,2%)	0.391; $p = 0.5316$
Otros dolores	70 (24,8%)	41 (15,9%)	6.581; $p = 0.0103$
Náuseas	40 (14,2%)	18 (7,0%)	7.301; $p = 0.0069$
Cansancio	90 (31,9%)	73 (28,3%)	0.838; $p = 0.3600$
Pb. respirator.	32 (11,3%)	19 (7,4%)	2.499; $p = 0.1139$
Pb. digestivos	38 (13,5%)	43 (16,7%)	1.076; $p = 0.2995$

forma padecer alguna de ellas es significativamente superior al de trabajadoras extradomésticas con este tipo de enfermedades ($\chi^2=13.670$; $p=0.0002$). Por otra parte, de entre quienes afirman padecer alguna enfermedad crónica, en el grupo de amas de casa destaca la presencia de artrosis (32,0%), hipertensión arterial esencial (13,3%) y asma (9,3%) y en el de trabajadoras extradomésticas la presencia de artrosis (27,8%), asma (16,7%) y diabetes (11,1%).

	Trabaj. domésticas N= 282	Trabaj. extradomést. N= 258	χ^2
Enf. crónica	75 (27,9%)	36 (14,5%)	13.670; $p= 0.0002$
¿Cuál?			
Artrosis	24 (32,0%)	10 (27,8%)	
Asma	7 (9,3%)	6 (16,7%)	
Bronquitis	1 (1,3%)	-	
Cefaleas	1 (1,3%)	2 (5,6%)	
Diabetes	2 (2,7%)	4 (11,1%)	
Pb. columna	2 (2,7%)	1 (2,8%)	
Faringitis	2 (2,7%)	2 (5,6%)	
HTA	10 (13,3%)	1 (2,8%)	
Otros t. cardio	5 (6,7%)	1 (2,8%)	
T. dermat.	1 (1,3%)	-	
T. gastroin.	3 (4,0%)	2 (5,6%)	
T. renales	2 (2,7%)	-	
Otras	15 (20,0%)	7 (19,2%)	

Relacionado con lo anterior, el porcentaje de amas de casa que afirma ingerir regularmente fármacos (Tabla 6) es significativamente superior al de mujeres que trabajan fuera del hogar ($\chi^2=9.083$; $p=0.0026$). En cambio, en el caso de los psicofármacos los porcentajes son similares para ambos colectivos.

	Trabaj. domésticas N= 282	Trabaj. extradomést. N= 258	χ^2
Ingesta regular fármacos	94 (33,3%)	55 (21,7%)	9.083; $p= 0.0026$
Ingesta regular psicofárm.	16 (6,1%)	15 (6,0%)	0.001; $p= 0.9692$

Finalmente, la valoración del nivel de salud (Tabla 7) es significativamente diferente para ambos colectivos de mujeres ($\chi^2= 15.263$; $p= 0.0042$) de manera que mientras casi un 21% de las amas de casa valora su salud como insatisfactoria o muy insatisfactoria, menos de un 10% de las mujeres que trabajan fuera del hogar hacen valoraciones de este tipo. Y casi un 84% de las trabajadoras extradomésticas valoran su salud como satisfactoria o muy satisfactoria, frente a un 71% de las amas de casa.

	Trabaj. domésticas N= 282	Trabaj. extradomést. N= 258	χ^2
Muy satisfact.	63 (22,6%)	77 (30,1%)	15.263 $p= 0.0042$
Bastante insatisfact.	134 (48,2%)	137 (53,5%)	
Indiferente	23 (8,3%)	18 (7,0%)	
Insatisfactorio	48 (17,3%)	20 (7,8%)	
Muy insatisfact.	10 (3,6%)	4 (1,6%)	
NS/NC	4	2	

Discusión

Los resultados obtenidos sugieren, en primer lugar, que las mujeres que trabajan fuera de casa desarrollan más conductas de riesgo para la salud (fumar e ingerir alcohol) y en más cantidad o frecuencia que las amas de casa. Estas diferencias de comportamiento pueden relacionarse, entre otros factores, con la incorporación de las mujeres al mundo laboral que ha contribuido a que éstas amplíen su repertorio conductual, añadiendo nuevos comportamientos que anteriormente eran considerados como propios del estereotipo masculino (López, 1991). Además, esta incorporación facilita nuevas oportunidades de poner en práctica dichos comportamientos (relaciones sociales, compromisos, etc.).

El hecho de que las amas de casa visiten más al médico en general y a los diferentes especialistas y de que consuman más fármacos que las trabajadoras extradomésticas podría ser consecuencia de la mayor morbilidad percibida por las amas de casa a la que ahora nos referiremos. En cambio, el mayor número de visitas al médico para otros aparece como una confirmación empírica más de un dato citado repetidamente en la literatura y es que, en la mayoría de las unidades familiares, es el ama de casa quien asume la responsabilidad de relacionarse con el sistema institucional de cuidado de salud, incluyendo la toma de decisión sobre la consulta, acompañar los enfermos al médico, garantizar los cuidados y tratamientos prescritos, etc. (Durán, 1988a, 1988b).

Finalmente, los datos sobre morbilidad percibida que hemos recogido indican claramente que ésta es significativamente más elevada entre las amas de casa, quienes manifiestan padecer más sintomatología aguda y más cantidad de enfermedades crónicas y valoran peor su estado de salud que las trabajadoras extradomésticas.

Como conclusión, puede decirse, en primer lugar, que, en general, la descripción de

los hábitos e índices de salud de las amas de casa obtenida en nuestra Comunidad Autónoma coincide plenamente con la obtenida en otros casos, como por ejemplo en el trabajo de Fernández (1990) realizado con un amplio grupo de amas de casa granadinas.

En segundo lugar, los resultados obtenidos pueden relacionarse con una cuestión que está siendo analizada actualmente con gran interés, los efectos que la multiplicidad de roles desempeñados por las mujeres tienen sobre su salud (Hyde, 1985). En este sentido, suelen manejarse básicamente dos hipótesis (Baruch, Biener y Barnett, 1987):

- a) La hipótesis de la escasez, según la cual cada persona tiene una determinada cantidad de energía y cualquier rol que desempeña consume energía de esa reserva limitada. Ello supone que, cuanto mayor sea el número de roles desempeñados por una persona, mayor será el estrés y más negativas las consecuencias para su salud. Por tanto, según esta hipótesis, la suma de responsabilidades laborales y familiares se traduciría en consecuencias negativas para la salud.
- b) La hipótesis del refuerzo, según la cual los recursos de energía de las personas son ilimitados, y cuantos más roles desempeñen, más oportunidades tendrán de reforzar su autoestima, afianzar su identidad, etc. puesto que dispondrán de fuentes alternativas de satisfacción. Por tanto, según esta hipótesis, la combinación de roles familiares y laborales reforzará la salud en vez de amenazarla. Relacionado con esto, en opinión de autores como Bersoff y Crosby (1984) el desempeño de diferentes roles es beneficioso para la mujer y la protege del deterioro psicológico porque permite: Dar un peso psicológico a diferentes segmentos de la vi-

da personal, sirviendo así de protección frente a problemas emocionales cuando en alguno de estos segmentos se produzca una ruptura; al participar en contextos sociales distintos, es posible obtener un apoyo social continuado; y la interacción de roles puede actuar como mecanismo regulador de aquellos sucesos vitales que suponen un riesgo de deterioro psicológico.

En relación con estas hipótesis, y a partir de una revisión de estudios sobre el tema, Repetti, Matthews y Waldron (1989) concluyen que el trabajo extradoméstico en sí mismo no tiene efectos negativos sobre la salud ni física ni mental de las mujeres, sino que parece mejorarla siempre que la actitud de las mujeres hacia él y las condiciones para desarrollarlo sean favorables. En cambio, cuando la mujer esté expuesta a problemas de acoso sexual, de discriminación laboral o salarial, de sobrecarga, etc. es probable que no sólo no disfrute de los efectos beneficiosos del empleo sino que aparezcan problemas de salud.

Los resultados obtenidos en nuestro trabajo parecen corroborar la hipótesis del refuerzo, es decir, el desempeño de varios roles y, más concretamente, el desempeño de roles asociados al trabajo extradoméstico, parece reforzar la salud, mientras, el trabajo de ama de casa aparece como un factor de mal pronóstico para la salud de quienes lo realizan.

Es importante resaltar que en nuestro estudio, de entre las mujeres que trabajan fuera de casa, una proporción importante realiza trabajos poco cualificados y, por tanto, es susceptible de vivir algunas de las características consideradas como potencialmente estresantes en el mundo laboral (y por tanto negativas para la salud) como poca remuneración, escasa consideración social, pocas posibilidades de control y decisión sobre el trabajo, trabajos rígidos, poco creativos,

monótonos, rutinarios, inferiores a la cualificación que posee la persona, ausencia de posibilidades de desarrollo personal y laboral (Valls, 1994). A todo ello hay que sumar la necesidad de estas mujeres de compatibilizar trabajo doméstico y extradoméstico como los datos de nuestro trabajo anterior confirmaron (Bosch et al., 1996b).

Como señalan Repetti y cols (1989), estas no parecen, en principio, condiciones óptimas para presentar buenos resultados de salud. Sin embargo, la realización exclusiva de trabajo doméstico en forma de doble jornada laboral, como así ocurre a las amas de casa entrevistadas (Bosch et al., 1996b) cumple éstas y aún otras características que lo convierten en potencialmente estresante.

En opinión de Izquierdo y Martí (1992), dadas las condiciones en las que se realiza, el trabajo doméstico incide tanto positiva como negativamente sobre la salud. En cuanto a sus aspectos positivos, al no estar sometido a la división del trabajo, puede ser organizado y realizado de acuerdo con los criterios de la persona que lo realiza, quien, además, está en contacto con las personas que se benefician de su esfuerzo, razón por la cual está dotado de sentido.

Sin embargo, son muchos los aspectos negativos que parecen derivarse de este tipo de trabajo. En primer lugar, no está considerado socialmente como trabajo ni está valorado como tal ni por la sociedad ni por sus beneficiarios porque no produce valores de intercambio sino de uso y consumo inmediato y privado (Casas, 1987). De hecho, tanto en el lenguaje coloquial como en las estadísticas oficiales se habla de mujeres activas o que trabajan para referirse a quienes realizan una actividad remunerada extradoméstica y a las amas de casa se las cataloga como población inactiva (Durán, 1988c). Las propias mujeres consideran al trabajo doméstico como una de las profesiones con menor prestigio social (Casas y Sallé, 1986). Todo ello puede tener como conse-

cuencia un sentimiento de depreciación o descalificación personal que puede ir en detrimento tanto de la salud física como mental de la mujer (Izquierdo y Martí, 1992).

Por otra parte, algunas de las características del trabajo doméstico pueden, en sí mismas, tener consecuencias negativas para quien lo realiza. Entre estas características cabe citar (Durán, 1986, 1988d; Fernández, 1990): a) El esfuerzo físico que requiere; b) El manejo de útiles, herramientas y productos que pueden ser nocivos para la salud; c) Su poca especificidad (incluye tareas de reproducción, ejecución, gestión, socialización, etc.) y su variabilidad según las circunstancias (presencia o no de hijos y su edad, ocupaciones de los miembros de la familia, etc.); d) Su desarrollo en tiempo continuo (sin tiempo libre ni vacaciones) y en un tiempo y espacio homogéneos (se mezclan lugar de trabajo, de relaciones familiares y de descanso); e) El aislamiento en el que se realiza, con la consiguiente descon-

xión de la vida social y la dificultad para establecer redes sociales; y f) El hecho de que se trate de un trabajo cíclico, pobre, repetitivo y poco recompensante y recompensado.

En definitiva, la realización exclusiva de trabajo doméstico conlleva o puede conllevar, como se acaba de revisar, un déficit importante en las áreas afectivo-familiar, sociocultural, de autonomía personal, económico-laboral y de ocio y tiempo libre, a las que se hizo referencia anteriormente, y que podría estar en el origen de la mayor cantidad de problemas de salud presentados por el colectivo que realiza estas tareas. De todos modos, al igual que en el caso de las trabajadoras extradomésticas, las condiciones de trabajo del ama de casa (nivel de ingresos de la unidad familiar, posibilidad de contratar ayuda, número de miembros de la unidad, etc.) pueden introducir variaciones en los resultados de salud que requerirían pormenorizados análisis, objeto, en todo caso, de trabajos posteriores.

ANEXO

Esquema de los contenidos de la encuesta administrada

- I.- Datos sociodemográficos: edad, sexo, lugar de nacimiento, años de residencia en las islas, lugar de residencia, estado civil, problemas específicos en caso de separación, nivel socioeconómico, situación laboral, tipo de entradas económicas, número de personas que conviven en el hogar, etc.
- II.- Hábitos familiares: número de horas semanales dedicadas a realizar distintas tareas del hogar, número de días semanales dedicados al cuidado de los hijos, satisfacción con el reparto, etc.
- III.- Estudios: nivel de estudios, satisfacción con los estudios, estudios cursados actualmente, etc.
- IV.- Actividad laboral: edad de inicio, abandono del mundo laboral y motivos, cambios

- de empleo, horarios, características y satisfacción con la vida laboral, etc.
- V.- Salud: visitas al médico general y especialista, tratamientos recibidos, presencia de sintomatología aguda, presencia de enfermedades crónicas, salud laboral, ciclo menstrual, menopausia, satisfacción con la salud, etc.
- VI.- Ocio: tiempo dedicado al ocio, actividad durante el ocio, deportes, aficiones, satisfacción con el ocio, etc.
- VII.- Asociacionismo: pertenencia a asociaciones y tipo de las mismas, tareas desempeñadas en ellas, etc.
- VIII.- Imagen: actividades de cuidado de la propia imagen, presupuesto destinado a ello, importancia de la imagen, etc.
- IX.- Información: conocimientos sobre distintas figuras públicas, organismos oficiales, etc.
- X.- Victimología: delitos de los que ha sido víctima, tipo y características de los mismos, actuaciones realizadas, etc.

Referencias

- Baruch, G.K., Biener, L. y Barnett, R.C. (1987). Women and gender in research on stress. *American Psychologist*, 42, 130-136.
- Bebbington, P.E., Hurry, J., Tennat, C., Sturt, E. y Wing, J.K. (1981). The epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychological Medicine*, 11, 561-580.
- Bersoff, D. y Crosby, F. (1984). Job satisfaction and family status. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 10, 79-83.
- Bosch Fiol, E., Ferrer Pérez, V.A., Gili Planas, M. y Manassero Mas, M.A. (1996a). *Estudio sobre la situación de las mujeres en Baleares/ Estudi de la situació de les dones a les Balears*. Palma de Mallorca: Govern Balear.
- Bosch, E., Ferrer, V.A. y Gili, M. (1996b). Aspectos diferenciales en el uso del tiempo entre las mujeres que trabajan fuera del hogar y las amas de casa. *Psicothema*, 8(3), 527-531.
- Brown, G.W. y Harris, T. (1978). *Origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock.
- Casas, J.I. (1987). Bases teóricas para el análisis de la situación laboral de la mujer. En Instituto de la Mujer. *El trabajo de las mujeres* (pp. 35-38). Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Cultura.
- Casas, J.I. y Sallé, M.A. (1986). El papel del ama de casa. *Mujeres*, 10, 20-25.
- Cochrane, R. (1992). Incidencia de la depresión en hombres y mujeres. En J.L. Alvaro, J.R. Torregrosa y A. Garrido (Comps.). *Influencias sociales y psicológicas en salud mental* (pp. 49-71). Madrid: Siglo XXI.
- Durán (1986). *La jornada interminable*. Barcelona: Icaria.
- Durán, M.A. (1988a). El cuidado de la salud. En M.A. Durán (Dir.). *De puertas adentro* (pp. 83-104). Madrid: Instituto de la Mujer.
- Durán, M.A. (1988b). La división del trabajo. En M.A. Durán (Dir.). *De puertas adentro* (pp.253-304). Madrid: Instituto de la Mujer.
- Durán, M.A. (1988c). La integración de las economías domésticas en el sistema económico y legal. En M.A. Durán (Dir.). *De puertas adentro* (pp. 139-193). Madrid: Instituto de la Mujer.
- Durán, M.A. (1988d). Las condiciones de trabajo del ama de casa. En M.A. Durán (Dir.). *De puertas adentro* (pp. 305-324). Madrid: Instituto de la Mujer.
- Fernández, I. (1990). *Entre el dolor de espalda y la tristeza. La salud de las amas de casa de un barrio de Granada*. Granada: Seminario de Estudios de la Mujer. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada.
- Glass, J. y Fujimoto, T. (1994). Housework, paid work and depression among husbands and wives. *Journal of Health and Social Behavior*, 35(2), 179-191.
- Hacer visibles las diferencias. I Congreso Internacional sobre mujer, trabajo y salud en Barcelona (1996, 2º trimestre). *Mujeres*, 22, 8-9.
- Henderson, A.S., Byrne, D.G., Duncan-Jones, P. (1981). *Neurosis and the social environment*. London: Academic Press.
- Herrera, R., Autonell, J., Spagnolo, E., Domech, J. y Martín, S. (1987). Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona). *Informaciones psiquiátricas*, 107.
- Hyde, J.Sh. (1995). *Psicología de la mujer: La otra mitad de la experiencia humana*. Madrid: Morata (Orig. 1991).
- Instituto de la Mujer (1994). *La mujer en cifras (Una década 1982-1992)*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Asuntos Sociales.
- Izquierdo, M.J. y Martí, O. (1992). Factores socioculturales condicionantes de la salud. En M. De Onís y J. Villar. *La Mujer y la salud en España. Informe básico* (Vol. 3, pp. 153-1228). Madrid: Instituto de la Mujer.
- Jenkins, R. (1985). Sex differences in minor psychiatry morbidity. *Psychology Medical Monographs, Suppl 7*. Cambridge: Cambridge University Press.
- López, M. (1991). Estereotipos sexuales y elecciones de carrera. *Libro de comunicaciones del III Congreso Nacional de Psicología Social* (Vol. I, pp. 362-367). Santiago de Compostela.
- Mateos, R. y Rodríguez, A. (1989). *Estudio de epidemiología psiquiátrica en la comunidad gallega*. Santiago: Colección Saude Mentale. Servicio Galego de Saude. Xunta de Galicia.
- Mavreas, V.G. y Bebbington, P.E. (1988). Greeks, British Greeks, Cypriots and Londoners: a comparison of morbidity. *Psychology Medical*, 18, 433-442.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1989). *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Onís, M. y Villar, J. (1992a). Hábitos de salud. En M. Onís y J. Villar. *La mujer y la salud en España. Informe básico* (Vol. 1, pp. 247-327). Madrid: Insituto de la Mujer.
- Onís, M. y Villar, J. (1992b). Niveles, tendencias y causas de morbilidad. En M. Onís y J. Villar. *La mujer y la salud en España. Informe básico* (Vol. 1, pp. 103-149). Madrid: Insituto de la Mujer.
- Repetti, R.L., Matthews, K.A. y Waldron, I. (1989). Employment and women's health. *American Psychologist*, 44, 1394-1401.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Roldán, G.M. y Fernández, M.C. (1993). Intervención cognitivo-conductual en un grupo de amas de casa con problemas ansioso-depresivos. En D. Maciá, F.X. Méndez y J. Olivares. *Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento* (pp. 45-80). Madrid: Pirámide.
- Ross, C.E. y Bird, C.E. (1994). Sex stratification and health lifestyle: Consequences for men's and women's perceived health. *Journal of Health and Social Behavior*, 35(2), 161-178.
- Seva, A. y Civeira, J.M. (1982). *Análisis higiénico-sanitario de Salud Mental en Soria*. Soria: Publicaciones de la Excm. Provincial de Soria.
- Surtees, P.G., Dean, C., Ingham, J.G., Kreitman, N.B., Miller, P.M. y Sashidaran, S.P. (1983). Psychiatric disorder in women from an Edinburgh community: Association with demographic factors. *British Journal of Psychiatry*, 142, 238-246.
- Valls, C. (1994). *Mujeres y hombres: Salud y diferencias*. Barcelona: Folio.
- Varela, C. (1990). Tratamiento del síndrome de ama de casa: Un estudio piloto. En *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Área 5': Psicología y Salud: Psicología de la Salud* (pp. 22-30). Valencia: COP.
- Varela, C. (1992). El síndrome de ama de casa. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 24, 35-43.
- Vázquez-Barquero, J.L., Díez, J.F., Muñoz, J., Menendez, J., Gaité, L., Herrera, S. y Der, G.J. (1992a). Sex differences in mental illness: a community study of the influence of physical health and sociodemographic factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 62-68.
- Vázquez-Barquero, J.L., Santiago, A. de y Díez, J.F. (1992b). La salud mental de la mujer en España. En M. De Onís y J. Villar. *La Mujer y la salud en España. Informe básico* (Vol. 3, pp. 5-75). Madrid: Instituto de la Mujer.
- Verbrugge, L. (1983). Multiple roles and physical health of women and men. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 16-30.
- Verbrugge, L. (1985). Gender and health: An update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(3), 156-182.
- Weissman, M.M. y Klerman, G. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34(1), 98-117.

Aceptado el 23 de junio de 1997

