

## Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres

M<sup>a</sup> Pilar Sánchez López, Marta Evelia Aparicio García y Virginia Dresch\*  
Universidad Complutense de Madrid y \* Centro Universitario Feevale (Brasil)

El objetivo central de este trabajo es analizar si existen diferencias en la salud física autopercebida entre mujeres y hombres cuando tenemos en cuenta la situación laboral. Se analizan tres variables psicológicas (autoestima, ansiedad y satisfacción) e índices de salud física para diferentes situaciones laborales. La muestra está compuesta por 500 sujetos de entre 25 a 65 años recogida al azar y representativa de la población española. Se han utilizado tres instrumentos para medir las variables psicológicas y cuatro índices para medir la salud física, tres de ellos objetivos (número de visitas al médico, etc.) y uno de ellos para medir la salud autopercebida. Los resultados indican que aunque, cuando se analiza el grupo en general, las mujeres tienen peor salud que los varones, estas diferencias se modifican cuando tenemos en cuenta la condición de trabajo de los participantes, e, incluso, llegan a desaparecer. Las variables psicológicas predicen más la salud física de las mujeres que la de los varones, lo que parece indicar que la salud física de las mujeres está íntimamente relacionada con la salud psicológica.

*Anxiety, self-esteem and self-perceived satisfaction as predictors of health: Differences between men and women.* The main objective of this research is to analyze whether there are differences in physical health between men and women when considering their working situation. Three psychological variables are analyzed (anxiety, self-esteem and satisfaction) as well as several indicators of physical health for different working situations. The results seem to indicate that although women have worse health than men (when the group is analyzed in general), these differences vary when we take into account the working condition of the participants, and the differences even disappear. The psychological variables used in this survey only explain the variance of the subjective indicators of physical health, most of all, the Physiological Anxiety, which is responsible for the highest rate of the explained variance. The psychological variables predict women's physical health more than men's, what seems to indicate that women's physical health is closely related to psychological health.

Con frecuencia aparecen publicadas investigaciones que señalan que las mujeres tienen peor salud que los hombres, dando pie a lo que se conoce como la «paradoja mortalidad/morbilidad», es decir, el hecho de que las mujeres viven más pero tienen peor salud. Sin embargo, a la hora de generalizar estas conclusiones es necesario tener en cuenta algunas matizaciones. La primera es que el resultado se aplica sobre todo a la salud autopercebida, es decir, la percepción que tiene la persona sobre su propio estado de salud; la segunda es que, como en otros muchos campos de las comparaciones entre hombres y mujeres, el considerar que únicamente la variable sexo/género es la importante puede llevar a conclusiones no demasiado coincidentes con la realidad. Ser mujer o ser hombre es importante, pero también lo es la edad que se tenga, la situación laboral, el nivel educativo, el hecho de vivir en pareja o no, el hecho de vivir en un entorno rural o urbano, y un largo etcétera

de variables, que pueden ser a veces tan importantes, o más, que el ser hombre o mujer.

Con este marco de referencia, el propósito de este trabajo es el de analizar las relaciones entre algunas variables psicológicas que han demostrado su importancia en la bibliografía internacional sobre salud (ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida) y la salud predominantemente física (evaluada a través de índices objetivos y de índices de salud autopercebida), y comprobar si las posibles diferencias existentes entre hombres y mujeres, tanto en los valores totales de la salud predominantemente física como en las relaciones entre variables psicológicas y salud física, se modifican, o incluso desaparecen, cuando igualamos a las personas, al menos en una variable que parece fundamental en el mundo actual, esto es, su situación laboral.

Las relaciones entre ansiedad y salud mental parecen estar bastante bien establecidas, sobre todo en la adolescencia (por ejemplo, Axelsson y Ejlertsson, 2002; Bagley y Mallick, 2001; Chamberlain y Haaga, 2001). Los autores coinciden en señalar que la ansiedad afecta de modo directo a la salud mental de las personas que la sufren.

En cuanto a las relaciones con lo que puede considerarse salud física, las conclusiones son menos claras y más parciales. Así,

se han encontrado relaciones entre la ansiedad y los estilos de vida que promocionan la salud (por ejemplo, Johnson, 2002). Además, la ansiedad se ha revelado asociada al riesgo de desarrollar ciertas patologías, como, por ejemplo, la hipertensión en las mujeres (Adler y Matthews, 1994) o como factor de riesgo de la sobremortalidad cardiovascular (Hansen, 2003).

Las puntuaciones altas en ansiedad predicen igualmente los problemas emocionales que siguen y/o acompañan a ciertas patologías (traumatismo medular, lumbalgia, infección por VIH...). Se asocia a menudo con otros rasgos patógenos (alexitimia, conductas adictivas, tendencia a la depresión, locus de control externo). Estas comorbilidades sugieren un patrón conocido como «afectividad negativa».

La ansiedad rasgo y la depresión son clásicamente consideradas como indicadores pertinentes de la falta de ajuste emocional a una enfermedad crónica. Se ha constatado que la intensidad del dolor está ligada a la ansiedad como rasgo en los sujetos aquejados de lumbalgia crónica (por ejemplo, Murphy, Thompson y Morris, 1997) y que las personas diabéticas tienen niveles mayores de ansiedad (Friedman, Vila, Timsit, Boitard y Mouren-Simeoni, 1998).

En cuanto a la segunda variable tenida en cuenta en este trabajo, la autoestima, también parece probada su relación con conductas promotoras de salud y conductas saludables. Por ejemplo, Méndez (2003) encontró que la autoestima predecía la participación de los sujetos en pruebas de detección precoz del cáncer. Spiegel (2002) la relación entre autoestima y conductas promotoras de salud en sujetos con VIH.

En cuanto a las relaciones entre autoestima y salud física en general, Bailis y Chipperfield (2002) encontraron que lo que denominan «autoestima colectiva» (que promocionaba la identidad social) facilitaba la acomodación a circunstancias relacionadas con la salud en la última etapa de la vida, sobre todo cuando el sujeto percibía que tenía poco control sobre su entorno. Nyamathi, Stein y Bayley (2000) encontraron relación entre una pobre salud física y niveles bajos de autoestima. Hudd, Dumlao, Erdmann-Sager, Murray, Phan, Soukas y Yokozuka (2000) encontraron que los estudiantes con niveles más altos de estrés mostraban peores hábitos de salud, autoestima más baja y peor percepción de su estado de salud.

Por tanto, la autoestima parece relacionarse claramente con la salud mental y en gran medida con la salud física, o al menos puede decirse que hay pruebas empíricas de su relación con conductas relacionadas con aspectos concretos de salud, a través de distintas culturas, en distintas edades y en distintas condiciones sociales. La adolescencia y la tercera edad son las etapas del ciclo vital más estudiadas en general.

La tercera variable que se toma en consideración en esta investigación es la satisfacción. Hay pocas dudas de la relación entre satisfacción y salud; se acepta, además, la clara utilidad del bienestar subjetivo y su medida en términos de su asociación con las conductas relacionadas con la salud (Keyes y Magyar-Moe, 2003).

Los estudios sobre satisfacción que tienen que ver con personas de mediana edad (que son el objeto de este estudio), Schmitt y Juechtern (2001) confirman la relación entre satisfacción y salud, a partir de datos del Interdisciplinary Longitudinal Study of Adult Development, realizado en el Reino Unido. Compton (2001) propone una estructura tripartita de la salud mental, incluyendo satisfacción autopercibida, crecimiento personal y religiosidad, lo que implica claramente la propuesta de una estrecha relación entre satisfacción y salud.

Pero no todos los índices de salud utilizados muestran las mismas relaciones con la satisfacción autopercibida, la ansiedad y la autoestima. De hecho, aparecen indicios de una diferencia clara entre la salud percibida (lo sana que la persona se siente) y la salud objetiva, que puede ser medida de diversas formas, incluyendo visitas al médico, presencia de dolencias crónicas, presencia de tratamientos médicos, etc.

Los datos de diversos estudios parecen sugerir que la salud percibida y el hecho de tener tratamiento médico están por lo menos parcialmente bajo control de otras variables distintas de la cantidad de dolencias que el sujeto señala en un checklist de síntomas. Watson y Pennbaker (1989), por ejemplo, encontraron que aunque el afecto negativo correlacionaba con la salud percibida, no estaba asociado con el número de visitas al médico, días pasados en el hospital u otros indicadores objetivos de salud. Feldman, Cohen, Doyle, Skoner y Gwaltney (1999) encontraron de forma similar que variables de personalidad como las de neuroticismo y responsabilidad aparecían directamente asociadas con una mayor frecuencia de informes de síntomas infundados en los individuos (después de la utilización de un placebo), pero no con otros indicios más objetivos de salud. Para Saboonchi y Lundh (2003) estos resultados, junto con los de su propio trabajo, sugieren que el hecho de experimentar síntomas somáticos, la percepción de enfermedad y la búsqueda de tratamiento médico representan aspectos diferentes de la enfermedad física que están asociados con diferentes variables psicológicas.

En relación con las variables a tener en cuenta a la hora de igualar a mujeres y hombres parece que la situación laboral puede ser considerada como una de las más importantes. Algunos trabajos realizados con población española apoyan la importancia de tenerla en cuenta. En esa línea de trabajo se encuentra el estudio de Gili, Ferrer, Roca y Bernardo (2000). Encontraron que las personas sin patología suelen estar activas; las personas con patología médica tienden a tener una edad media más elevada, ser no activas y con un nivel de estudios más bajo. Del mismo modo, las diferencias con respecto a la actividad laboral realizada se relacionan con distintos comportamientos relacionados con la salud, como en el trabajo de Ferrer, Bosch y Gili (1998), en el que encontraron 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. Las amas de casa, por el contrario, visitan más al médico en general y a los diferentes especialistas y consumen más fármacos que las trabajadoras extradomésticas; además, manifiestan padecer más sintomatología aguda y más cantidad de enfermedades crónicas y valoran peor su estado de salud que las mujeres que trabajan fuera de casa.

Teniendo en cuenta lo anterior, el interés de este trabajo se centra en analizar si existen diferencias en salud física entre mujeres y hombres, comprobando si se mantiene o modifican cuando tenemos en cuenta una de las variables que, en nuestra sociedad actual, tiene mayor influencia sobre la vida de la persona, como es su situación laboral. Concretamente, los objetivos de este trabajo son: 1) analizar las posibles diferencias en salud física y psicológica entre hombres y mujeres; 2) comprobar si las posibles diferencias encontradas en el objetivo 1 se mantienen, desaparecen o se modifican cuando tenemos en cuenta la situación laboral de mujeres y de hombres; y 3) analizar cuál es el porcentaje de varianza explicado por las variables psicológicas respecto a los índices de salud física y si esta relación es distinta según se trate del índice de salud utilizado (según se trate de índices de salud física percibida o índices objetivos).

## Método

## Participantes

El grupo está compuesto por 500 sujetos de 25 a 65 años (media de edad= 41,91, desviación estándar= 10,75), de diferentes niveles de estudios, seleccionados según una muestra al azar a partir de la población general de la Comunidad de Madrid, según su pertenencia a cada una de las categorías demográficas: 250 tienen un nivel socioeconómico medio-bajo y 250 un nivel socioeconómico medio-alto, distribuidos en 5 grupos: 100 mujeres amas de casa; 100 mujeres que trabajan fuera del hogar; 100 mujeres en paro; 100 hombres trabajadores y 100 hombres en paro. Por el tipo de selección de la muestra, ésta es representativa de la población.

## Instrumentos

- 1) *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)* (Miguel Tobal y Cano Vindel, 2002).
- 2) «*Rosenberg's Self-Esteem Scale*» o *Escala de Autoestima de Rosenberg (RES)*.
- 3) *Cuestionario de Satisfacción Autopercebida*. Hay un acuerdo generalizado sobre la validez de las medidas de autopercepción de la felicidad, bienestar o satisfacción (Argyle, 1987), además del uso de medidas de satisfacción de ítem único. Por tanto, se utilizó una escala tipo *likert* de 10 puntos en la que los sujetos valoran tanto su «Satisfacción familiar», su «Satisfacción laboral» como su «Satisfacción global».
- 4) *Cuestionarios de Medida de la Salud Física*. Se ha medido utilizando cuatro índices, tres de ellos objetivos y uno de ellos subjetivo:
  1. Escala tipo *likert* de cuatro puntos sobre la presencia de diez dolencias físicas más comunes en población general (por ejemplo, dolores de cabeza, dolores de espalda, mareos, etc.). La suma de cada puntuación dada por los sujetos permite obtener una puntuación total que oscila entre 10 y 40. La escala presenta un alfa de Cronbach de 0,77.
  2. Número de veces que los sujetos acudieron a cada uno de los especialistas médicos en el último año, detallados a continuación: gastroenterólogo, urólogo, ginecólogo, traumatólogo, dermatólogo, otorrinolaringólogo, oftalmólogo, neurólogo, nefrólogo, dentista, oncólogo, podólogo, cardiólogo, neumólogo u otros. Se anotó la suma total de visitas a médicos en el último año.
  3. Existencia de enfermedades crónicas. Se anotó la suma total de enfermedades crónicas informadas por los participantes.
  4. Finalmente, se pidió a cada uno de los participantes que evaluaran su salud física a través de una escala *likert* de diez puntos y otra de un único ítem cuya respuesta oscilaba de 1 (muy satisfactoria) a 5 (muy insatisfactoria).

## Procedimiento

Las pruebas se administraron individualmente en sesiones de una hora de duración en las que todas las personas participaron de forma voluntaria. Para el análisis de datos se ha empleado el paquete estadístico SPSS versión 12.0. Las técnicas de análisis de datos utilizadas han sido: *diferencias de medias (técnica t de Student)*, *análisis de regresión múltiple* y *análisis multivariante de la*

*varianza*, utilizando el estadístico de Scheffé en las pruebas post hoc para verificar entre qué grupos se producían las diferencias.

## Resultados

Los resultados se presentarán de acuerdo a cada objetivo establecido anteriormente.

*Objetivo 1: diferencias en salud física y psicológica entre hombres y mujeres*

Para cumplir este primer objetivo presentamos a continuación los descriptivos de las variables utilizadas en este estudio según sexo (tabla 1) y se señalan las diferencias a través del estadístico *t de Student*.

Según los resultados presentados en la tabla 1 no encontramos diferencias según sexo en las variables enfermedades crónicas, ansiedad motora, autoestima y satisfacción vital. Las diferencias aparecen en visitas al médico, dolencias físicas, ansiedad cognitiva, ansiedad fisiológica y ansiedad total, en las que las mujeres puntúan más; y salud física percibida, en la que son los varones los que tienen puntuaciones más elevadas.

*Objetivo 2: diferencias en salud física y psicológica según sexo/género y situación laboral*

Con el objetivo de analizar si las diferencias en salud física y psicológica encontradas en el objetivo 1 se mantienen o modulan cuando tenemos en cuenta la condición de trabajo, hemos analizado en primer lugar las diferencias de medias a través del estadístico *t de Student* para trabajadores y en paro por separado. En las tablas 2 y 3 presentamos las diferencias de medias de las variables estudiadas para la submuestra de trabajadores y en paro, respectivamente.

Como podemos verificar en la tabla 2, cuando analizamos las diferencias entre hombres y mujeres sólo de los trabajadores, algunas diferencias encontradas en el Objetivo 1 desaparecen, otras se mantienen y algunas aparecen. Desaparecen las diferencias en salud física percibida y dolencias físicas y se mantienen las diferencias en visitas al médico, ansiedad cognitiva, ansiedad motora y ansiedad total. Además, aparecen diferencias significativas en

Tabla 1  
Estadísticos descriptivos y diferencias de medias entre sexos

Variables	Ambos sexos		Varones		Mujeres		t
	M	DE	M	DE	M	DE	
Visitas al médico	2,06	1,83	1,63	1,40	2,35	2,01	-4,72**
Enfermedades crónicas	0,28	0,55	0,25	0,49	0,29	0,59	-0,88ns
Dolencias físicas	16,06	4,57	15,07	4,39	16,72	4,58	-4,04**
Salud física percibida	7,27	1,70	7,50	1,78	7,11	1,63	2,47**
Ansiedad cognitiva	9,07	4,75	8,00	4,73	9,78	4,64	-4,14**
Ansiedad fisiológica	6,80	5,02	6,01	4,73	7,33	5,15	-2,94**
Ansiedad motora	6,99	3,89	6,55	3,98	7,29	3,82	-2,07ns
Ansiedad total	22,86	11,32	20,56	11,07	24,39	11,24	-3,77**
Autoestima	21,14	4,48	21,42	4,48	20,95	4,48	1,12ns
Satisfacción vital	7,29	1,59	7,28	1,70	7,29	1,52	-0,12ns

\*\* p<0,01

ansiedad motora y satisfacción vital, que no aparecían en la comparación general entre mujeres y hombres.

En la tabla 3 aparecen los datos de hombres y mujeres en paro: desaparecen todas las diferencias significativas entre sexos encontradas con la población general, es decir, en visitas al médico, dolencias físicas, ansiedad cognitiva, ansiedad fisiológica y ansiedad total.

Para concluir los análisis del Objetivo 2 se ha realizado un análisis multivariado de la varianza (MANOVA), considerando los 5 grupos de sujetos (mujeres amas de casa, mujeres trabajadoras, mujeres en paro, varones trabajadores y varones en paro), utilizando el estadístico de Scheffé en las pruebas post hoc para identificar entre cuáles grupos se producen estas diferencias (tabla 4).

Los resultados presentados en la tabla 4 señalan que las amas de casa se diferencian de los demás grupos, puntuando más en prácticamente todas las variables, con excepción de ansiedad mo-

tora. En visitas al médico las mujeres se diferencian de los hombres (tanto trabajadores como en paro); en dolencias físicas se diferencian de los hombres en paro y en ansiedad fisiológica se diferencian de los hombres trabajadores. En el caso de ansiedad cognitiva son los varones trabajadores los que se diferencian de los tres grupos de mujeres, puntuando menos. Para ansiedad total ocurre lo mismo, excepto que no se diferencian de las mujeres trabajadoras. En el caso de ansiedad motora, sólo las mujeres en paro se diferencian de los hombres trabajadores. Y, por fin, lo que marca la diferencia en satisfacción vital es estar en paro y no el hecho de ser hombre o mujer. Siguen sin aparecer diferencias en autoestima, en este caso entre ninguno de los cinco grupos de sujetos estudiados.

*Objetivo 3: varianza explicada por las variables psicológicas respecto a los índices de salud física*

El siguiente análisis se ha llevado a cabo por separado según sexo y de acuerdo al tipo de índice de salud, es decir, más objetivo (*visitas al médico y enfermedades crónicas*) o autopercibido (*dolencias físicas y salud física percibida*). Para ello se ha realizado análisis de regresión múltiple mediante el procedimiento de pasos sucesivos, tomando como variable criterio los índices de salud y como variables independientes (predictivas) las variables *ansiedad fisiológica, ansiedad cognitiva, ansiedad motora, autoestima y satisfacción vital*. El resumen de los resultados de estos análisis se presentan en el cuadro 1.

En la tabla 5 se presentan los porcentajes de la varianza explicada por cada una de las variables predictivas, resultantes de los análisis de regresión realizados. No se han tenido en cuenta los resultados para visitas al médico y enfermedades crónicas, ya que los valores de la regresión múltiple son inferiores a 0,10, es decir, esos índices de salud física son independientes de ansiedad, autoestima y satisfacción.

Tomando como base los resultados presentados en la tabla 5, se verifica que son siempre las mujeres las que muestran un mayor porcentaje de varianza explicada frente a los hombres. Sin embargo, en el caso de las mujeres, está concentrada sobre todo en ansiedad fisiológica, mientras que en el caso de los varones se divide en ansiedad fisiológica, ansiedad motora, ansiedad cognitiva, autoestima y satisfacción vital.

Otro dato importante es que la variable ansiedad fisiológica aparece explicando gran parte de la varianza en todos los análisis realizados. Los otros tipos de ansiedad, motora y cognitiva, sólo explican la varianza en el caso de los varones.

La variable satisfacción vital explica un porcentaje pequeño de la varianza en salud percibida, pero sólo aparece en los varones.

La autoestima también explica un porcentaje pequeño de la varianza en la submuestra de varones.

## Discusión

Cuando se compara la salud de hombres y mujeres en general, la conclusión de este trabajo, como ocurre en otros, es que las mujeres tienen peor salud que los varones. Esta afirmación se sustenta en que puntúan más alto en el número de visitas al médico que realizan, en el número de dolencias físicas que presentan, tienen puntuaciones más altas en ansiedad fisiológica, ansiedad cognitiva y ansiedad total y presentan una menor salud física percibida.

Variables	Varones trabajadores		Mujeres trabajadoras		t
	M	DE	M	DE	
Visitas al médico	1,63	1,36	2,37	1,96	-3,09**
Enfermedades crónicas	0,28	0,53	0,32	0,63	-0,48ns
Dolencias físicas	15,31	4,54	16,76	4,30	-2,30ns
Salud física percibida	7,53	1,80	7,37	1,39	0,70ns
Ansiedad cognitiva	7,51	4,39	9,77	4,40	-3,62**
Ansiedad fisiológica	5,46	4,53	6,63	5,02	-1,72ns
Ansiedad motora	5,90	3,46	7,17	3,48	-2,58**
Ansiedad total	18,87	9,59	23,57	9,85	-3,41**
Autoestima	22,27	3,70	21,02	3,99	2,29ns
Satisfacción vital	8,10	1,15	7,49	1,33	3,47**

\*\* p<0,01

Variables	Varones en paro		Mujeres en paro		t
	M	DS	M	DS	
Visitas al médico	1,63	1,45	2,11	1,80	-2,07ns
Enfermedades crónicas	0,22	0,46	0,25	0,52	-0,43ns
Dolencias físicas	14,83	4,24	16,31	4,86	-2,29ns
Salud física percibida	7,47	1,78	7,13	1,54	1,44ns
Ansiedad cognitiva	8,49	5,03	9,84	4,47	-2,00ns
Ansiedad fisiológica	6,56	4,88	7,43	5,29	-1,20ns
Ansiedad motora	7,19	4,35	7,84	3,98	-1,10ns
Ansiedad total	22,24	12,19	25,11	11,82	-1,69ns
Autoestima	20,56	5,01	20,72	4,49	-0,23ns
Satisfacción vital	6,45	1,77	6,69	1,47	-1,04ns

\*\* p<0,01

Tabla 4												
MANOVA de los índices de salud física y psicológica en los cinco grupos de sujetos												
Variables	Mujeres						Varones				F	Scheffé
	Amas de Casa (1)		En Paro (2)		Trabajadoras (3)		En Paro (4)		Trabajadores (5)			
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE		
Visitas al médico	2,58	2,24	2,11	1,80	2,37	1,96	1,63	1,45	1,63	1,36	5,83**	1,4* 1,5*
Enfermedades crónicas	0,31	0,61	0,25	0,52	0,32	0,63	0,22	0,46	0,28	0,53	0,61ns	-
Dolencias físicas	17,10	4,57	16,31	4,86	16,76	4,30	14,83	4,24	15,31	4,54	4,54**	1,4*
Salud física percibida	6,83	1,90	7,13	1,54	7,37	1,39	7,47	1,78	7,53	1,80	3,10**	-
Ansiedad cognitiva	9,72	5,05	9,84	4,47	9,77	4,40	8,49	5,03	7,51	4,39	4,98**	1,5* 2,5* 3,5*
Ansiedad fisiológica	7,92	5,10	7,43	5,29	6,63	5,02	6,56	4,88	5,46	4,53	3,68**	1,5*
Ansiedad motora	6,85	3,94	7,84	3,98	7,17	3,48	7,19	4,35	5,90	3,46	3,33**	2,5*
Ansiedad total	24,49	11,98	25,11	11,82	23,57	9,85	22,24	12,19	18,87	9,59	4,98**	1,5* 2,5*
Autoestima	21,12	4,94	20,72	4,49	21,02	3,99	20,56	5,01	22,27	3,70	2,25ns	-
Satisfacción vital	7,70	1,58	6,69	1,47	7,49	1,33	6,45	1,77	8,10	1,15	21,80**	1,2* 1,4* 2,3* 2,5* 3,4*

Nota: \*\* p<0,01, \*p<0,05

Tabla 5		
Resumen del porcentaje de varianza explicado por las variables psicológicas respecto a los índices de salud física		
Índices de salud física	Mujeres	Varones
Visitas al médico	-	-
Enfermedades crónicas	-	-
Dolencias físicas	Ansiedad fisiológica= 44%	Ansiedad Fisiológica= 24% Ansiedad motora= 1,5% Ansiedad cognitiva= 1,5% Autoestima= 1,7% Total= 28,7%
Salud percibida	Ansiedad fisiológica= 26,1% Autoestima= 2,8% Total= 28,9%	Ansiedad Fisiológica= 15,4% Ansiedad Motora= 3,7% Satisfacción Vital= 2,5% Total= 21,6%

Cuadro 1					
Análisis de regresión múltiple de los índices de salud física objetivos y autopercebidos*					
Índices de salud física	R <sup>2</sup> corregida	F	Varianza explicada	VV predictivas	Ecuación
Visitas al médico varones	0,05	F3,196= 4,70; p<0,01	5%	AC: t= 2,04; p<0,05 AM: t= - 2,72; p<0,01 AF: t= 2,00; p<0,05)	Visitas al médico= 2,82 + 0,22AC. - 0,35AM. + 0,22AF
Visitas al médico mujeres	0,01	F1,297= 4,17; p<0,05	1%	AF: t= 2,04; p<0,05	Visitas al médico= 5,06 + 0,29AF
Enfermedades crónicas varones	0,07	F1,198= 16,28; p<0,001	7%	AF: t= 4,03; p<0,001	Enfermedades crónicas= 0,07 + 0,02AF
Enfermedades crónicas mujeres	0,03	F1,298= 11,75; p<0,001	3%	AF: t= 3,42; p<0,001	Enfermedades crónicas= 0,13 + 0,02AF
Dolencias físicas varones	0,28	F4,195= 21,06; p<0,001	28%	AF: t= 6,78; p<0,001 AM: t= -2,47; p<0,01 AC: t= 3,03; p<0,01 AA: t= 2,41; p<0,01	Dolencias físicas= 8,03 + 0,48AF - 0,20AM+ 0,22AC + 0,17AA
Dolencias físicas mujeres	0,44	F1,296= 239,38; p<0,001	44%	AF: t= 15,47; p<0,001	Dolencias físicas= 12,36 + 0,59AF
Salud física percibida varones	0,21	F3,196= 19,27; p<0,001	21%	AF: t= -6,35; p<0,001 AM: t= 3,38; p<0,001 S: t= 2,68; p<0,01	Salud física percibida= 6,51 - 0,18AF + 0,11AM + 0,18SV
Salud física percibida mujeres	0,28	F2,297= 61,72; p<0,001	28%	AF: t= -8,67; p<0,001 AA: t= 3,56; p<0,001	Salud física percibida= 6,74 - 0,14AF. + 0,06AA

\* AC: Ansiedad Cognitiva; AM: Ansiedad Motora; AF: Ansiedad Fisiológica; AA: Autoestima; SV: Satisfacción Vital

Sin embargo, la mera comparación sin más entre hombres y mujeres puede inducir a error a la hora de elaborar conclusiones. Con los datos del presente estudio puede asegurarse que cuando se empareja a los sujetos dentro de cada una de las categorías (hombres y mujeres) según su condición de trabajo, algunas (pocas) de las diferencias entre sexos que habían aparecido comparando simplemente mujeres y hombres se mantienen, pero otras desaparecen y aún hay algunas que aparecen por primera vez. En el caso de las personas en paro, todas las diferencias citadas anteriormente desaparecen, es decir, no aparecen diferencias significativas entre hombres y mujeres en sus índices de salud. En el caso de las personas trabajadoras, las mujeres trabajadoras presentan mayor número de visitas al médico y más ansiedad cognitiva que los varones, pero no aparecen diferencias en el resto de variables, excepto en satisfacción vital, en la que los hombres puntúan más alto que las mujeres. A partir de esto puede concluirse que las mujeres que trabajan siguen teniendo peor salud que los hombres, pero disminuyen sus «quejas» sobre su salud cuando se toma en cuenta la variable «trabajar». Esto concuerda además con los datos que se obtienen cuando se incluyen a las amas de casa y se comparan las diferencias intergrupales. Entonces, se encuentra que este grupo, el de las amas de casa, es el que más se diferencia de los demás grupos (mujeres en paro, mujeres trabajadoras, varones en paro y varones trabajadores). Es decir, los resultados apuntan a que dentro del grupo de mujeres son las amas de casa las que tienen peor salud. Aquí se diseña una tendencia en las relaciones entre el tipo de trabajo y la salud, ya que los datos que se presentan en esta investigación, en línea con datos previos, indican que el hecho de trabajar en las tareas del hogar se asocia a puntuaciones más elevadas en visitas al médico, dolencias físicas y ansiedad fisiológica. Resultados de este tipo deberían sustentar la práctica de no limitarse a analizar las diferencias entre hombres y mujeres en general, sino que es necesario analizar de qué hombres y qué mujeres estamos hablando. Las amas de casa son las que peor salud presentan, en segundo lugar las personas en paro, sean hombres o mujeres. Por tanto, al menos para las variables analizadas en la presente investigación, la condición de tener o no un trabajo fuera del hogar pesa más que el sexo/género de quienes lo ejercen.

Otro resultado a destacar de este estudio son las diferencias que se encuentran en las relaciones entre salud física y variables psicológicas según se trate de un índice más objetivo o subjetivo de

la medida de la salud física. Se confirma la tendencia aparecida en un pequeño grupo de estudios de que la relación entre variables psicológicas y salud predominantemente física dependen del tipo de índice de salud utilizado. De hecho, aparece una diferencia clara entre salud percibida (lo sana que la persona se siente) y la de los índices más objetivos, como visitas al médico y presencia de enfermedades crónicas. Nuestros resultados indican que las variables psicológicas (ansiedad, autoestima y satisfacción) no predicen los índices de salud física objetivos (visitas al médico, enfermedades crónicas), pero sí explican la varianza en el caso de los índices de salud física subjetivos. En este caso, la ansiedad fisiológica es la variable que más porcentaje explica, tanto en el caso de hombres como mujeres. Es decir, la ansiedad fisiológica, entendida como una serie de respuestas que son índices de activación del SNA y del SNS, tales como palpitaciones, taquicardia, sequedad de boca, dificultades para tragar, etc. (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2002), explica un porcentaje de la varianza elevado tanto para dolencias físicas como para salud física percibida.

Además, los resultados indican que las variables psicológicas explican un mayor porcentaje de la varianza en el grupo de mujeres que en el de los hombres. Esto indica que la salud física de las mujeres, más que la de los varones, está íntimamente relacionada con salud psicológica; especialmente con altos niveles de ansiedad, que explican entre el 15 y 44% de la varianza en dolencias físicas y salud percibida. Otros tipos de ansiedad, motora o cognitiva, son importantes sólo para los varones (y en menor medida).

Futuras investigaciones deberían evaluar otras variables en la predicción de la salud física, tales como la depresión y otras variables de personalidad, con el objetivo de afinar cada vez más cuáles son las variables psicológicas relacionadas con el estado de salud del sujeto, sobre todo el percibido.

#### Agradecimientos

Investigación plurianual subvencionada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, REF: 51/99.

Con el apoyo del Programa AlBan, Programa de Becas de Alto Nivel de la Unión Europea para América latina, número de identificación E03D01361BR (*Supported by the Programme AlBan, European Union Programme of High Level Scholarship for America Latina. Identification number E03D01361BR*).

#### Referencias

- Adler, N. y Matthews, K. (1994). Health Psychology: why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*, 45, 229-259.
- Argyle, M. (1987). *The psychology of Happiness*. London: Methuen.
- Axelsson, L. y Ejlertsson, G. (2002). Self-reported health, self-esteem and social support among young unemployed people: a population based study. *International Journal of Social Welfare*, 11(2), 11-119.
- Bagley, C. y Mallick, K. (2001). Normative data and mental health construct validity for the Rosenberg Self-Esteem Scale in British Adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 9(2-3), 117-126.
- Bailis, D.S. y Chipperfield, J.G. (2002). Compensating for losses in perceived personal control over health: a role for collective self-esteem in healthy aging. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 16(3), 193-207.
- Chamberlain, J.M. y Haaga, D.A.F. (2001). Unconditional self-acceptance and psychological health. *Journal of rational emotive and cognitive behaviour therapy*, 19(3), 163-176.
- Compton, W.C. (2001). Toward a tripartite factor structure of mental health: subjective well-being, personal growth and religiosity. *Journal of psychology*, 135(5), 486-500.
- Feldman, P.J., Cohen, S., Doyle, W.J., Skoner, D.P. y Gwaltney, J.M. Jr. (1999). The impact of personality on the reporting of unfounded symptoms and illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 370-378.
- Ferrer, V.A., Bosch, E. y Gili, M. (1998). Aspectos diferenciales en salud entre las mujeres que trabajan fuera del hogar y las amas de casa. *Psicothema*, 10(1), 53-63.
- Friedman, S., Vila, G., Timsit, J., Boitard, C. y Mouren-Simeoni, M. (1998). Anxiety and depressive disorders in an adult insulin-dependent diabetic mellitus (IDDM) population: relationships with glycemic control and somatic complications. *European Psychiatry*, 13, 295-302.
- Gili, M., Ferrer, V., Roca, M. y Bernardo, M. (2000). Trastornos psiquiátricos y comorbilidad médica en un estudio epidemiológico comunitario. *Psicothema*, 12(1), 131-135.

- Hansen, S. (2003). Mental health issues associated with cardiovascular disease in women. *Psychiatric clinics of North America*, 26, 693-712.
- Hudd, S., Dumlao, J., Erdmann-Sager, D., Murray, D., Phan, E., Soukas, N. y Yokozuka, N. (2000). Stress at college: effects on health habits, health status and self-esteem. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67(4), 230-238.
- Johnson, R.L. (2002). The relationships among racial identity, self-esteem, sociodemographics and health-promoting lifestyles. *Dissertation Abstracts International: Section-B: The Sciences and Engineering*, 63(5-B), 2569.
- Keyes, C.L.M. y Magyar-Moe, J.L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being. En Shane J. López y C.R. Snyder (ed.): *Positive psychological assessment: a handbook of models and measures* (pp. 411-425). Washington: American Psychological Association.
- Méndez, K.K. (2003). TI: investigation of the relationships among generalized perceived self-efficacy, self-esteem and cancer screening intention and behavior. *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1-44.
- Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A.R. (2002). Inventario de situaciones de respuestas de ansiedad (ISRA): manual. Madrid: TEA.
- Murphy, L.M.B., Thompson, R.J.J. y Morris, M.A. (1997). Adherence behaviour among adolescents with Type I insulin-dependent Diabetes Mellitus: the role of cognitive appraisal processes. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 811-825.
- Nyamathi, A.M., Stein, J.A. y Bayley, L.J. (2000). TI: predictors of mental distress and poor physical health among homeless women. *Journal of Adolescence*, 23(5), 569-582.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Saboonchi, F. y Lundh, L.G. (2003). Perfectionism, anger, somatic health and positive affect. *Personality and Individual Differences*, 35, 1.585-1.599.
- Smith, M. y Juechtern, J.C. (2001). The structure of subjective well-being in middle adulthood. *Aging and Mental Health*, 5(1), 47-55.
- Spiegel, J.B. (2002). Self-esteem as a correlate of health-promoting behaviors in individuals with HIV infection. *Journals of Gerontology: Series-B, Psychological Sciences and Social Sciences*. 57B(6), 531-539.
- Watson, D. y Pennbaker, J.W. (1989). Health complaints, stress and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.