

Relaciones entre salud física y psicológica: diferencias según sexo y condición de trabajo¹

María del Pilar Sánchez López

Departamento. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos
Psicológicos II Universidad Complutense de Madrid

Virginia Dresch

Instituto de Ciências Humanas, Letras e Artes - Centro Universitario Feevale

Marta Evelia Aparicio García

Departamento. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos
Psicológicos II Universidad Complutense de Madrid

Resumen

El objetivo central de este trabajo es analizar las diferencias en salud física y psicológica entre hombres y mujeres. Además, específicamente, pretendemos: a) analizar cuales son y cual es el porcentaje de varianza explicada por las variables psicológicas (autoestima, ansiedad y satisfacción) respecto a los índices de salud física y si esta relación es distinta según se trate del índice utilizado (objetivo o autopercebido); y b) comprobar si las posibles diferencias en salud física y psicológica encontradas según sexo se modulan cuando emparejamos los sujetos según su condición de trabajo. La investigación se ha llevado a cabo con 500 participantes, de 27 a 65 años, representativos de la Comunidad de Madrid (España). Los resultados indican que las mujeres tienen peor salud que los varones, puntuando más en Visitas al Médico, Dolencias Físicas, Ansiedad Fisiológica, Ansiedad Cognitiva y menos en Salud Física Percibida y que estas diferencias se modulan cuando emparejamos los sujetos según condición de trabajo. Las variables psicológicas empleadas en este

estudio sólo explican la varianza de los índices de salud física subjetivos, sobretodo la Ansiedad Fisiológica, que es la responsable del mayor porcentaje de la varianza explicada.

Palabras-clave: salud física, salud psicológica, trabajo, diferencias de género.

Abstract

The main target of this survey is to analyze the relation between the indicators of physical and psychological health in women/female. Besides, we specifically intend to verify: a) which the psychological variables that predict physical health are, depending on objective or subjective indicators; b) whether among working conditions have an influence on health indicators. The survey has been carried out with 500 participants, aged 27-65, as a representative sample of the Community of Madrid (Spain). The results show that women are less healthy than men, obtaining a higher score in Visits to the Doctor's, Physical Illnesses, Physiological Anxiety, Cognitive Anxiety and lower scores in *Perceived Physical Health*. These differences to modulate when to pair the

¹ Investigación plurianual subvencionada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (España), REF: 51/99.

people according to the working conditions. The psychological variables that have been used in this survey can only explain the variation of the subjective physical health indicators most of all, the physiological anxiety, which is responsible for the highest percentage of explained variation.

Key-words: physics-health, psychological-health, work, gender differences

Las tres variables utilizadas para evaluar la salud psicológica de los sujetos - ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida - aparecen en la bibliografía relacionadas con índices de salud, tanto física como psicológica.

Las relaciones entre ansiedad y salud mental parecen estar bastante bien establecidas, sobre todo en la adolescencia (Bagley y Mallick, 2001; Da, 2000; Geller, Zaitsoff, y Sriameswaran, 2002; Kajita, Takahashi, Hayashi, Fukuharu, Sato y Sato, 2002). Ya las relaciones con lo que puede considerarse salud física ofrecen un cuadro menos claro y más parcializado.

Así, se han encontrado relaciones entre la ansiedad y los estilos de vida que promocionan la salud. Johnson (2002) realizó un estudio con 224 hombres y mujeres afroamericanos (media de edad de 37,2 años); encontró que la identidad étnica y la autoestima eran las variables, de entre todas las estudiadas, que mejor explicaban la varianza en los estilos de vida que promocionaban la salud.

También parece probada la relación de la autoestima con conductas promotoras de salud y conductas saludables. Mendez (2003) estudió un grupo de 202 hombres y mujeres de más de 50 años y encontró que la autoestima, junto con otras variables como la autoeficacia generalizada y la participación en programas previos sobre prevención del cáncer, predecía la participación de los sujetos en pruebas de detección precoz del cáncer. Spiegel (2002) encontró correlación entre la autoestima y 6 conductas promotoras de la salud en 100 sujetos con VIH, utilizando, entre otros instrumentos, la escala de Rosenberg. Abernathy, Webster y Vermeulen (2002), encontraron asociación positiva entre niveles de actividad física (que puede considerarse como una conducta promotora de la salud) y autoestima en 1759 adolescentes entre 12 y 19 años. Por último, McGee y Williams (2000), en un estudio longitudinal, encontraron que el nivel de autoestima en la preadolescencia predice algunas conductas (aunque no todas) relacionadas con la salud en la adolescencia, como los hábitos de la comida y el suicidio.

Se han encontrado también relaciones con

conductas más específicas, como toma de precauciones en las relaciones sexuales o hábitos de cuidado dental. MacDonald y Martineau (2002) prueban la relación de la autoestima con la toma de precauciones en las relaciones sexuales y Kaellestal, Dahlgren y Stenlund (2000) encontraron que los adolescentes suecos (el grupo estaba formado por 4355 personas) bajos en autoestima sufrían significativamente más riesgo de tener conductas poco apropiadas en relación con la salud dental que los altos en autoestima. Estos autores defienden la idea de considerar la autoestima como una variable moduladora de la relación entre los antecedentes sociales y las variables conductuales, en este caso, las conductas relacionadas con la salud bucal.

Aparecen también relaciones entre autoestima y salud física en general. Bailis y Chipperfield (2002), en un estudio realizado con 1267 sujetos, de los cuales el 60% eran mujeres, entre los 69 y los 101 años, 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. Las medidas utilizadas para evaluar el estado de salud se centraban en las condiciones crónicas de enfermedad y la salud autopercebida. Nyamathi, Stein y Bayley (2000) encontraron una relación entre una pobre salud física y niveles bajos de autoestima (además de otras variables como familia disfuncional, naturaleza y calidad del apoyo social y autoeficacia en relación con la ingesta de droga) en 871 mujeres sin techo. Hudd, Dumlao, Erdmann-Sager, Murray, Phan, Soukas y Yokozuka (2000) encontraron relación entre el nivel de estrés y las conductas saludables en 145 estudiantes; a su vez, 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 tenemos 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.

Con respecto a ansiedad, se ha revelado asociada al riesgo de desarrollar ciertas patologías, como por ejemplo, la hipertensión en las mujeres (Adler y Matthews, 1994). La ansiedad como rasgo aparece claramente como factor de riesgo de la sobremortalidad

cardiovascular (Consoli, 2001). Hansen (2003) realiza una revisión sobre el estado de la cuestión de las enfermedades cardiovasculares en las mujeres, en la que señala la importancia de tener en cuenta la mayor frecuencia de los trastornos del estado de ánimo y de los desórdenes de la ansiedad en las mujeres a la hora de explicar la peor prognosis de éstas en relación a los hombres, estadísticamente comprobada, una vez que se ha realizado el diagnóstico de enfermedad cardiovascular.

Las puntuaciones altas en ansiedad predicen igualmente los problemas emocionales que siguen y/ o acompañan a ciertas patologías (traumatismo medular, lumbalgia, infección por VHI...). 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".

Se ha constatado que la intensidad del dolor está ligada a la ansiedad como rasgo en los sujetos aquejados de lumbalgia crónica (Fisher y Jonhnston, 1996; Murphy, Thompson y Morris, (1997). La ansiedad rasgo y la depresión son clásicamente consideradas como indicadores pertinentes de la falta de ajuste emocional a una enfermedad crónica. Es por eso por lo que un gran número de investigaciones llevadas a cabo con diabéticos han utilizado esos criterios. Por ejemplo, la investigación de Friedman, Vila, Timsit, Boitard, y Mouren-Simeoni (1998). Estos autores observan en un grupo de 66 adultos diabéticos dependientes de la insulina una prevalencia mayor de la ansiedad (44%), junto con otras variables, tales como depresión, fobias simples o sociales (aunque en menor medida), que en un grupo de control de no enfermos.

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 realizados para evaluar las relaciones entre la satisfacción y la salud cubren diversos momentos del ciclo vital, aunque con una clara descompensación a favor de los sujetos ancianos. Varios artículos provienen del análisis de los datos del Berlin Aging Study, uno de los esfuerzos interdisciplinarios más importantes para explorar los efectos de la edad y el envejecimiento. Se reconoce que este estudio es único en cuanto a la variedad de disciplinas científicas implicadas, la cantidad de temas investigados, la atención puesta en el estudio de los más ancianos (entre 70 y más de 100 años) y la utilización de población urbana heterogénea y representativa (Smith, Fleeson, Geiselmann,

Settersten, y Kunzmann, 1999). El estudio incluye (además de las aptitudes, las condiciones socioeconómicas, las actividades, la personalidad, las relaciones sociales y las diferencias de género), la salud física, la capacidad funcional, los tratamientos médicos, los desórdenes mentales y la satisfacción autopercebida. Dentro de este proyecto se han realizado estudios, como los que encuentran, a través de la utilización del path análisis, que las evaluaciones subjetivas que los sujetos hacen, especialmente la salud percibida, predicen de forma más potente la satisfacción autopercebida que las distintas medidas objetivas. Analizando la estabilidad del bienestar subjetivo, los autores encuentran que sólo algunas dimensiones de esta variable permanecen estables con la edad, mientras que otras disminuyen; pero la edad en sí misma no es la causa de esa disminución, sino los problemas de salud. Nuevos análisis confirman estos resultados con el mismo grupo de población (Smith, Borchelt, Maier y Jopp, 2002).

Algún trabajo (p.ej., Lanier, Nicholson y Duncan, 2001) estudia la relación entre satisfacción y conductas no saludables (consumo de drogas y alcohol) en jóvenes, encontrando que dichas conductas están efectivamente relacionadas con la satisfacción general: a mayor consumo de alcohol semanal, menor satisfacción; por el contrario, actividades como la práctica deportiva se asociaba positivamente con las puntuaciones en satisfacción. Compton (2001) propone una estructura tripartita de la salud mental, incluyendo satisfacción autopercebida, crecimiento personal y religiosidad, lo que implica claramente la propuesta de una estrecha relación entre satisfacción y salud; los datos confirman esta estructura tripartita en sujetos de 18 a 58 años, todos estudiantes.

Pero no todos los índices de salud utilizados muestran las mismas relaciones con la satisfacción autopercebida, 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 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.

Dentro de este marco y una vez justificada su relevancia teórica y empírica, los objetivos de este trabajo son: 1) analizar las diferencias en salud física y psicológica según sexo y 2) analizar cuales son y cual 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 (sobre todo si se trata de índices de salud física percibida o índices más objetivos) y 3) comprobar si las posibles diferencias encontradas en el objetivo 1 se mantienen, desaparecen o se modulan cuando emparejamos hombres y mujeres según su situación laboral.

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 por la técnica de muestreo y representativos de la Comunidad de Madrid, de los cuales 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.

Instrumentos

1) *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)*. Este cuestionario de Miguel Tobal y Cano Vindel (2002) evalúa la disposición general que tienen las personas a experimentar y padecer Ansiedad y la cantidad de ansiedad que pueden experimentar en una situación concreta. Se mide, por tanto, el rasgo de Ansiedad como una tendencia que manifiesta el sujeto, con una cierta estabilidad temporal y consistencia transituacional. Además, esta prueba

permite obtener tres puntuaciones independientes de ansiedad: *Ansiedad Cognitiva*, *Ansiedad Fisiológica* y *Ansiedad Motora*. Se considera que estos tres tipos de respuesta son los principales indicadores de los fenómenos de personalidad que se expresan de manera conductual en el comportamiento humano. El ISRA está compuesto por 24 ítems; el sujeto deberá indicar la frecuencia con la que tiene las reacciones o pensamientos descritos, entre “casi nunca” y “casi siempre” en formato tipo *lykert*. El coeficiente alfa total de la escala es de 0,99.

2) *“Rosenberg’s Self-Esteem Scale” o Escala de Autoestima de Rosenberg (RES)*. Esta prueba de Rosenberg (1965) evalúa la valoración positiva o negativa que una persona tiene de sí misma: su autoestima. Ha sido confeccionada a partir de frases que exploran el autoconcepto. Se trata de un autoinforme de diez ítems para evaluar los niveles individuales de autoestima global. Se presentan cuatro respuestas en formato tipo *likert* (1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = de acuerdo y 4 = totalmente en desacuerdo) para cada uno de los diez ítems. Las altas puntuaciones representan una alta autoestima. El coeficiente alfa está entre 0,77 y 0,94 (Kolligian y Sternberg, 1991).

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”. El coeficiente alfa total de la escala es de 0,70 (Castro Solano y Sánchez López, 2000).

4) *Cuestionarios de Medida de la Salud Física*. La salud física se ha medido utilizando cuatro índices:

1. Escala de *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 puede oscilar 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 1 hora de duración en 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)*, para analizar las diferencias de medias según sexo y grupos de sujetos (en paro, trabajadores); *análisis de regresión múltiple*, para determinar el porcentaje de varianza explicado por las variables psicológicas (ansiedad, autoestima y satisfacción vital) respecto a cada uno de los índices de salud física, tanto objetivos (visitas al médico y presencia de enfermedades crónicas) como autopercebidos (dolencias físicas y salud física percibida); y *análisis multivariante de la varianza*, para analizar si había diferencias significativas entre las variables de salud física y psicológica según los 5 grupos de sujetos de acuerdo a su condición de trabajo (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 verificar entre cuáles grupos se producían las diferencias.

Resultados

Se ha establecido el nivel de significación en 0,01 para todos los análisis, excepto en el caso de la Tabla 5 en la que se ha tomado en consideración las diferencias a partir del nivel de significación del 0,05 para analizar entre qué grupos se producían las diferencias señaladas según el estadístico de Scheffé; las F son significativas al 1%.

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

Objetivo 1: Diferencias en salud física y psicológica según sexo

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*. Considerando que la desviación típica para la variable Visitas al Médico era superior a la media en todos los grupos (puesto que, efectivamente, el análisis de los protocolos indica que la casuística en el número de visitas al médico que realizan los sujetos es muy variado), la hemos recodificado clasificando la cantidad total de visitas informadas por los sujetos en los siguientes intervalos: de 0 a 3 (visitas) = 1; de 4 a 6 = 2; de 7 a 9 = 3; de 10 a 12 = 4; de 13 a 15 = 5; de 16 a 18 = 6; de 19 a 21 = 7; de 22 a 24 = 8; más de 25 visitas = 9.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos y diferencias de medias entre sexos

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

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: Varianza explicada por las variables psicológicas respecto a los índices de salud física

El siguiente análisis, que atiende al segundo objetivo, se ha llevado a cabo por separado según sexo y de acuerdo al tipo de índice de salud, es decir objetivo (*Visitas al Médico* y *Enfermedades Crónicas*) o autopercebido (*Dolencias Físicas* y *Salud Física Percibida*). Para ello hemos 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*.

Índices de Salud Física	Los resultados de estos análisis son presentados en el Cuadro 1.	Corregida	Explicada	ANÁLISIS SON	VV Predictivas	Ecuación
<i>Visitas al médico</i>						
Varones	0,05	$F_{3,196} = 4,70; p < 0,01$	5%	Ansiedad Cognitiva: $t = 2,04; p < 0,05$ Ansiedad Motora: $t = -2,72; p < 0,01$ Ansiedad Fisiológica: $t = 2,00; p < 0,05$		Visitas al médico = $2,82 + 0,22\text{ans.cog.} - 0,35\text{ans.mot.} + 0,22\text{ans.fis.}$
Mujeres	0,01	$F_{1,297} = 4,17; p < 0,05$	1%	Ansiedad Fisiológica: $t = 2,04; p < 0,05$		Visitas al médico = $5,06 + 0,29\text{ans.fis.}$
<i>Enfermedades crónicas</i>						
Varones	0,07	$F_{1,198} = 16,28; p < 0,001$	7%	Ansiedad Fisiológica: $t = 4,03; p < 0,001$		Enfermedades crónicas = $0,07 + 0,02\text{ans.fis.}$
Mujeres	0,03	$F_{1,298} = 11,75; p < 0,001$	3%	Ansiedad Fisiológica: $t = 3,42; p < 0,001$		Enfermedades crónicas = $0,13 + 0,02\text{ans.fis.}$
<i>Dolencias físicas</i>						
Varones	0,28	$F_{4,195} = 21,06; p < 0,001$	28%	Ansiedad Fisiológica: $t = 6,78; p < 0,001$ Ansiedad Motora: $t = -2,47; p < 0,01$ Ansiedad Cognitiva: $t = 3,03; p < 0,01$ Autoestima: $t = 2,41; p < 0,01$		Dolencias físicas = $8,03 + 0,48\text{ans.fis.} - 0,20\text{ans.mot.} + 0,22\text{ans.cog.} + 0,17\text{autoestima}$
Mujeres	0,44	$F_{1,296} = 239,38; p < 0,001$	44%	Ansiedad Fisiológica: $t = 15,47; p < 0,001$		Dolencias físicas = $12,36 + 0,59\text{ans.fis.}$
<i>Salud física percibida</i>						
Varones	0,21	$F_{3,196} = 19,27; p < 0,001$	21%	Ansiedad Fisiológica: $t = -6,35; p < 0,001$ Ansiedad Motora: $t = 3,38; p < 0,001$ Satisfacción Vital: $t = 2,68; p < 0,01$		Salud física percibida = $6,51 - 0,18\text{ans.fis.} + 0,11\text{ans.mot} + 0,18\text{sat.vital}$
Mujeres	0,28	$F_{2,297} = 61,72; p < 0,001$	28%	Ansiedad Fisiológica: $t = -8,67; p < 0,001$ Autoestima: $t = 3,56; p < 0,001$		Salud física percibida = $6,74 - 0,14\text{ans.fis.} + 0,06\text{autoestima}$

En la Tabla 2 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.

Tabla 2. Resumen del porcentaje de varianza

Índice de Salud Física	explicado por las variables psicológicas respecto a los índices de salud física	explicado por las variables psicológicas respecto a los índices de salud física
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%

Basándonos en los resultados presentados en la Tabla 2, verificamos que son siempre las mujeres las que muestran un mayor porcentaje de varianza explicada: 44% por Dolencias Físicas frente al 28,7% en varones; 28,9% en Salud Física Percibida frente al 21,6% en varones. Sin embargo, en el caso de las mujeres, la varianza explicada está concentrada sobretudo en Ansiedad Fisiológica, mientras que en el caso de los varones la varianza explicada se divide en

Ansiedad Fisiológica, Ansiedad Motora, Ansiedad Cognitiva, Autoestima y Satisfacción Vital.

Otro dato importante es que la variable Ansiedad Fisiológica aparece explicando grande parte de la varianza en todos los análisis realizados (Dolencias físicas: en mujeres = 44%; en varones = 24%; Salud física percibida: en mujeres = 26,1%, en varones: 15,4%). 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 (2,5%) de la varianza en Salud Percibida pero sólo aparece en los varones.

La Autoestima también explica un porcentaje pequeño de la varianza: 2,8% de Salud Física Percibida en la submuestra las mujeres y 1,7% de Dolencias Físicas en la submuestra de varones.

Objetivo 3: Diferencias en salud física y psicológica según sexo y situación laboral

Con el objetivo de analizar si las diferencias en salud física y psicológica encontradas en el objetivo si mantienen o modulan cuando emparejamos los sujetos según condición de trabajo, hemos analizado primeramente las diferencias de medias a través del estadístico *t* de Student para trabajadores y en paro por separado. En la Tabla 3 y 4 presentamos las diferencias de medias de las variables estudiadas para la submuestra de trabajadores y en paro, respectivamente.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos y diferencias de medias para la submuestra de trabajadores

Variables	Trabajadores		Sujetos		
	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**

Como podemos verificar en la Tabla 3, cuando analizamos las diferencias entre sexos sólo de los trabajadores, algunas diferencias encontradas en el Objetivo 1 desaparecen, otras se mantiene y algunas aparecen. Desaparecen las diferencias en Salud Física Percibida y Dolencias Físicas y se mantienen las diferencias en Visitas al Medico, Ansiedad Cognitiva, Ansiedad Motora y Ansiedad Total. Aparecen diferencias significativas en Ansiedad Motora y Satisfacción Vital, lo que es curioso ya que en el análisis según sexo estas no eran significativas.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos y diferencias de medias para la submuestra en paro

Variables	En Paro		En Paro		DS
	M	DE	M	DE	
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

Sin embargo, lo realmente sorprendente son los resultados presentados en la Tabla 4 referentes a la submuestra de parados: desaparecen todas las diferencias significativas entre sexos encontradas en el Objetivo 1, es decir en Visitas al Medico, Dolencias Físicas, Ansiedad Cognitiva, Ansiedad Fisiológica y Ansiedad Total.

Tabla 5. MANOVA de los índices de salud física y psicológica en los 5 grupos de sujetos

Variables	Mujeres										F	Scheffé
	Amas de casa (1)		En Paro (2)		Trabajadoras (3)		En Paro (4)		Trabajadoras (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*

Para concluir los análisis del Objetivo 3 hemos 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 cuales grupos se producen estas diferencias (Tabla 5).

Los resultados presentados en la Tabla 5 señalan que las amas de casa se diferencian de los demás grupos, puntuando más en prácticamente todas las variables, con excepción de Ansiedad Motora. En Visitas al Medico esas se diferencian de los hombres (tanto trabadores 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, 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. Es curioso aquí que no haya diferencias significativas en Autoestima en los cinco grupos de sujetos estudiados.

Discusión y perspectivas futuras

La conclusión central de este trabajo es la de que las **mujeres** tienen peor salud que los varones. Estas puntúan más en Visitas al Médico, Dolencias Físicas, Ansiedad Fisiológica, Ansiedad Cognitiva y Ansiedad Total y menos en Salud Física Percibida. Sin embargo cuando emparejamos los sujetos según sexo y condición de trabajo algunas de estas diferencias se mantienen, algunas aparecen y otras desaparecen. En el caso de los parados todas las diferencias citadas

anteriormente desaparecen. En relación a los trabajadores, desaparecen las diferencias en Salud Física Percibida y Dolencias Físicas y Ansiedad Fisiológica, aparecen diferencias en Ansiedad Motora y Satisfacción Vital y se mantienen las diferencias en Visitas al Médico, Ansiedad Cognitiva y Ansiedad Total.

Cuando incluimos las amas de casa y comparamos las diferencias intergrupales encontramos que este grupo es el que más se diferencian de los demás grupos (mujeres en paro, mujeres trabajadoras, varones en paro y varones trabajadores). Es decir, los resultados apuntan 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 trabajo y la salud, ya que nuestros datos indican que el hecho de trabajar en las tareas del hogar se asocia puntuaciones más elevadas en Visitas al Médico, Dolencias Físicas y Ansiedad Fisiológica.

Otro resultado importante de este estudio son las diferencias que encontramos en las relaciones entre salud física y variables psicológicas según se trate de un índice objetivo o subjetivo de la medida de la salud física. Como ya habíamos comentado en la introducción de este trabajo, no todos los índices de salud utilizados muestran las mismas relaciones con las variables psicológicas. De hecho, aparecen indicios de una diferencia clara entre salud percibida (lo sana que la persona se siente) y la salud objetiva, que hemos medido a través de 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 (Dolencias Físicas, Salud Física Percibida). 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. Es decir, cuanto mayor sea la Ansiedad Fisiológica, hay más Dolencias Físicas y Peor Salud Física Percibida.

Además, los resultados indican que las variables psicológicas explican un mayor porcentaje de la varianza en la submuestra de mujeres que en la de los hombres. Esto nos 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 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).

Esta asociación entre Ansiedad y Salud Física en las mujeres corrobora los resultados encontrados por autores como Dienger (1999), en que las mujeres con alto grado de ansiedad ante el examen de seno se autoexaminan con menos frecuencia que las mujeres con bajo estado de ansiedad ante él; los de Woodend (2002) en que las mujeres experimentaban significativamente más ansiedad o depresión después del infarto que los hombres, así como los de Creamer, Lethbridge, Costa, Tobin, Herbst y Hochberg (1999) en que las mujeres decían que sufrían dolor de rodilla sin que se certificara la presencia de osteoartritis tenían puntuaciones en ansiedad más altas que las que no informaban tener este dolor.

Estas conclusiones tienen una clara implicación para las tareas de intervención psicológica. Si la Ansiedad Fisiológica, y no la Autoestima, es la variable que más predice la Salud Física (cuánto más ansiedad peor percepción de salud física), sobre todo en el caso de las mujeres, entonces parece ser que las intervenciones deberían estar encaminadas a considerarla como foco, orientando el tratamiento hacia la cancelación de la sintomatología, con el fin de mejorar su salud física y psicológica. Se resalta también la importancia del hecho de trabajar fuera del hogar frente a sólo desempeñar las labores de ama de casa, con el fin de promover la salud y prevenir la enfermedad, que sirve de base tanto para intervenciones psicológicas como políticas y sociales. Efectivamente, el trabajo fuera del hogar puede ser fuente de distrés, sobre todo si se asume sin una disminución del trabajo dentro del hogar, pero todavía hoy, para la mujer, el trabajo fuera del hogar es fuente, en general, de más efectos positivos que negativos. Añadimos a esto que nuestro estudio los datos revelan que la Satisfacción Vital está relacionada con estar o no en paro, independiente de la variable sexo, ya que tanto las mujeres como los varones en paro puntúan significativamente menos en esta variable. En resumen, el hecho de trabajar fuera del hogar parece ser una fuente de satisfacción tanto para hombres como para mujeres.

Futuras investigaciones podrían evaluar otras variables en la predicción de la salud física, tales como la Depresión y variables de Personalidad, con el objetivo

de afinar cada vez más cuáles son las variables psicológicas responsables por el estado de salud del sujeto, sobre todo el percibido. Asimismo, sería importante analizar si el sujeto informa algún acontecimiento vital estresante asociado a su estado de salud / enfermedad, que podría estar produciendo el aumento en los niveles de ansiedad. Futuros trabajos de nuestro equipo de investigación se centrarán en estos temas.

Referencias bibliográficas

- Abernathy, T.J., Webster, G. y Vermeulen, M. (2002). Relationship between poverty and health among adolescents. **Journal of Experimental Social Psychology**, 38 (3), 299-306.
- 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.
- 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., 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
- Castro Solano, A. y Sánchez López, M.P. (2000). Objetivos de vida y satisfacción autopercebida en estudiantes universitarios. **Psicothema**, 12 (1), 87-92.
- Consoli, S.M. (2001). L'insuffisance coronarienne : Facteurs de vulnérabilité et facteurs protecteurs. En M. Bruchon-Schweitzer y B. Quintard, **Personnalité et maladies**. Stress, coping et ajustement. Paris: Dunod.
- Da, H. (2000). Relationship between mental health and self-confidence, self-respect and self-efficiency in college students. **Canadian Journal on Aging**. 19(4), 456-478.
- 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.
- Fisher, K. y Johnston, M. (1996). Emotional distress as a mediator of the relationship between pain and disability: An experimental study. **British Journal of Health Psychology**, 1, 207-218.
- 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.
- Geller, J., Zaitsoff, S.L., Srikameswaran, S. (2002). Beyond shape and weight: Exploring the relationship between nonbody determinants of self-esteem and eating disorder symptoms in adolescent females. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, 56(2), 123-129.
- 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.
- Kaellestal, C., Dahlgren, L. y Stenlund, H. (2000). TI: Oral health behaviour and self-esteem in Swedish children. **Chinese-Journal-of-Clinical-Psychology**, 8(4), 227-228.
- Kajita, M., Takahashi, T., Hayashi, K., Fukuharu, M., Sato, J. y Sato, Y. (2002). Self-esteem and mental health characteristics especially among lean students surveyed by University Personality Inventory. **Journal of Social and Clinical Psychology**, 21(4), 345-361.
- Keyes, C. L.M. y Magyar-Moe, J.L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being. En Shane J. Lopez y C. R. Snyder (ed.), **Positive psychological assessment: a handbook of models and measures** (pp. 411-425). Washington: American Psychological Association.
- Kolligian Jr, J. y Sternberg, R. J. (1991). Perceived fraudulence in young adults: is there an "impostor syndrome"? **Journal of Personality Assessment**, 56, 308-320.
- MacDonald, T.K., Martineau, A.M. (2002). Self-esteem, mood, and intentions to use condoms: When does low self-esteem lead to risky health behaviors? **International Journal of Eating-Disorders**, 32(3), 344-351.

McGee, R. y Williams, S. (2000). Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? **Social Science and Medicine**, 51(12), 1841-1849.

Mendez, 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., 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, 1585-1599.

Smith, J., Fleeson, W., Geiselman, B., Settersten, R. y Kunzmann, U. (1999). Sources of well-being in very old age. En Paul B. Baltes (ed.) y Karl Ulrich (ed.), **The Berlin Age Study: aging from 70 to 100** (pp. 450-471). New York: Cambridge University Press.

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.