

# Desigualdades de género en la salud relacionadas con la combinación de la vida laboral y familiar en Cataluña

Trabajo final de Máster en Salud Laboral

Máster en Salud Laboral

Clàudia Armengol Massana

Directoras: Lucía Artazcoz, Imma Cortès

Tutora: Lucía Artazcoz

Junio de 2013

## RESUMEN

**Objetivos:** Los objetivos de este estudio fueron: 1) analizar las desigualdades de género en la salud en la población asalariada, de 25 a 64 años, casada o que vive en pareja en Cataluña y 2) examinar las desigualdades de género en la relación entre las exigencias de la esfera doméstica y familiar, las horas de trabajo remunerado y la salud.

**Métodos:** Los datos proceden de la Encuesta de Salud de Cataluña de 2006 (ESCA 2006). La población analizada fueron hombres y mujeres entre 25 y 64 años, asalariados y que convivían en pareja (N =4.537). Las variables dependientes fueron el estado de salud percibido, la salud mental, el consumo de psicofármacos y las horas de sueño. Las variables explicativas fueron el número de horas de trabajo remunerado, número de personas en el hogar, la convivencia con menores de 12 años, la convivencia con personas entre 65 y 74 años, la convivencia con personas mayores de 74 años y, tener una persona contratada para realizar trabajo doméstico.

**Resultados:** Convivir con menores de 12 años se asoció negativamente con mala salud y con consumo de psicofármacos en las mujeres; que el consumo de psicofármacos en mujeres estaba relacionado positivamente con la convivencia con personas entre 65 y 74 años y con la convivencia con mayores de 74 años (aOR: 2,60; 95% IC: 1,41-4,80 y aOR: 2,93; 95% IC: 1,58-5,44 respectivamente) y en los dos sexos los largos horarios de trabajo se asociaron con problemas de salud mental aunque en mayor proporción en hombres.

Conclusión: La combinación de las exigencias familiares y las horas de trabajo remunerado se asocia con diversos indicadores de salud con diferentes patrones en hombres y en mujeres.

Palabras clave: Gender, family characteristics, long working hours, mental health.

## ABSTRACT

Background: The objectives of this study were: 1) to analyze the gender inequality in health in the employed population, from 25 to 64 years old, married or unmarried couples in Catalonia, and 2) to examine the gender inequality in relation with domestic and family demands, the working hours and health.

Methods: The data come from the Catalan Health Survey in 2006 (ESCA 2006). The population analyzed were men and women between 25 and 64 years old, employed and who were married or unmarried (N=4.537). The dependent variables were self reported health, mental health, psychotropics drugs consumption and sleeping hours. The independent variables were the number of working hours, the number of household members, the cohabitation with children under 12 years old, the cohabitation with people between 65 and 74 years old, the cohabitation with people older than 74 years old and, having a hired person for housework.

Results: Cohabitation with children under 12 is negatively associated with poor health and the consumption of psychotropics drugs in women; and that psychotropics drugs consumption was positively related with the cohabitation

with people between 65 and 74 years old and older than 74 years old (aOR: 2.60; 95% CI: 1.41-4.80 and aOR: 2.93; 95% CI: 1.58-5.44 respectively); and that in both sexes working long hours were associated with poor mental health, though, in greater proportion in men.

Conclusion: the combination of family demands and hours of paid work was associated with several health indicators with different patterns in men and women.

Keywords: Gender, family characteristics, long working hours, mental health.

## INTRODUCCIÓN

En las últimas dos décadas, en España se han impulsado reformas para avanzar en la igualdad entre mujeres y hombres, como muestra la aprobación de la Ley Orgánica para la igualdad efectiva de mujeres y hombres,<sup>1</sup> cuyo objetivo es el logro de la igualdad real entre ambos sexos en nuestra sociedad, y la aprobación de la Ley para la conciliación de la vida laboral y familiar de las personas trabajadoras.<sup>2</sup>

A pesar de la voluntad de las reformas, el hecho de que España sea un país con actitudes de género conservadoras y con políticas sociales y de conciliación poco desarrolladas, dificulta a las familias españolas compatibilizar trabajo y familia.<sup>3</sup> España se caracteriza por tener un modelo familiar basado en la solidaridad de la familia con una división de género del trabajo muy marcada, una baja participación femenina en el mercado laboral, un papel esencial de la mujer como cuidadora familiar y por unos servicios de atención públicos y prestaciones familiares escasos.<sup>4</sup> De hecho, un informe de la OCDE atribuye a la falta de políticas de conciliación en España las bajas tasas de empleo femenino y de fecundidad –en España la tasa es de 1,4 hijos por mujer frente al 1,7 de media de los 34 países de la OCDE-.<sup>5</sup>

Diversos estudios han puesto de manifiesto la asociación entre la combinación de empleo y exigencias familiares y el estado de salud.<sup>6,7,8</sup> La escasa participación de los hombres en el trabajo doméstico y familiar unida al lento avance de las políticas de protección social<sup>5</sup>, tienen consecuencias negativas para la salud de las mujeres con trabajo remunerado que afrontan una

sobrecarga de trabajo o bien han tenido que renunciar a su desarrollo en uno de los dos ámbitos (laboral o familiar) de manera total o parcial.<sup>9</sup>

En los últimos años, se han llevado a cabo algunos estudios sobre el efecto de la combinación de empleo y familia en la salud de las mujeres y han mostrado que, a pesar del espectacular aumento de las mujeres en el mercado laboral, no se han producido cambios significativos en la distribución del trabajo doméstico, incluso cuando ambos miembros de la pareja trabajan.<sup>10</sup> Según el enfoque de disponibilidad de tiempo, en la compaginación de las exigencias del trabajo remunerado y la esfera doméstica y familiar, los largos horarios laborales se pueden asociar a problemas de salud.<sup>11,12</sup> Por el contrario, el enfoque basado en las exigencias familiares postula que cuando aumentan las exigencias familiares y del hogar, mayor es la dificultad para compaginar trabajo y familia.<sup>13</sup> Aunque muchos estudios han medido las exigencias familiares a través de las horas de trabajo doméstico, se ha documentado que este indicador tiende a sobreestimarse en ambos sexos y que los factores que influyen en el grado de sobreestimación son diferentes entre hombres y mujeres.<sup>14,15</sup> Por otro lado, la mayoría de los estudios sobre la asociación de la combinación del empleo y las exigencias familiares en el estado de salud no han distinguido entre trabajadores autónomos y asalariados cuya situación podría ser muy distinta debido a las diferencias en el margen de flexibilidad de horarios.

Los objetivos de este estudio fueron: 1) Analizar las desigualdades de género en la salud en la población asalariada, de 25 a 64 años, casada o que vivía en pareja en Cataluña y 2) examinar las desigualdades de género en la relación

entre las exigencias de la esfera doméstica y familiar, las horas de trabajo remunerado y la salud.

## MÉTODOS

### *Población de estudio*

Se trata de un estudio transversal con datos procedentes de la Encuesta de Salud de Cataluña de 2006 (ESCA 2006), basada en una muestra representativa de personas no institucionalizadas de más de 15 años, con domicilio en Cataluña en 2006 (N = 18.126) y que incluye preguntas sobre el trabajo doméstico y familiar, el trabajo remunerado, el estado de salud, los comportamientos relacionados con la salud, el consumo de medicamentos y el acceso y la utilización de los servicios de salud. El universo de la encuesta fueron personas residentes en Cataluña representativas de cada una de las unidades territoriales definidas, seleccionadas a partir del Registro de Población de Cataluña del Instituto de Estadística de Catalunya (Idescat).<sup>16</sup>

Para el presente estudio se seleccionaron hombres y mujeres de edades comprendidas entre 25 y 64 años, asalariados y que convivían en pareja (N =4.537), de los cuales 2.540 eran hombres y 1.997 eran mujeres.

### *VARIABLES DEPENDIENTES*

Se examinaron cuatro indicadores de salud, el estado de salud percibido, la salud mental, el consumo de psicofármacos y las horas de sueño. El estado de salud es un buen predictor de la mortalidad y es una medida relacionada con la percepción subjetiva del estado de salud, tanto físico como mental, de las personas.<sup>17</sup> Las categorías de respuesta fueron: excelente, muy buena, buena,

regular y mala. La variable se dicotomizó en mala salud autopercebida (incluyendo los niveles regular y malo) y buena salud autopercebida (incluyendo los niveles bueno, muy bueno y excelente).

La salud mental se midió a través del *General Health Questionnaire* de 12 ítems (GHQ-12), instrumento utilizado para identificar la presencia o riesgo de desordenes psiquiátricos menores (depresión, ansiedad, somatizaciones y aislamiento social), ampliamente usado en contextos comunitarios y laborales. La versión de 12 ítems es la más reducida de las disponibles. La escala de respuesta fue de tipo Likert (de 0 a 3), y cada ítem se clasificó en ausente, si se puntuó entre 0 y 1; o presente, si se puntuó entre 2 y 3. Tener tres o más síntomas se consideró mala salud mental y menos de 3 como buena salud mental.<sup>18</sup>

El consumo de psicofármacos se recogió a partir de tres variables que medían el consumo de tranquilizantes o sedantes, de antidepresivos o de somníferos en los últimos dos días. Las cuatro posibles respuestas fueron: No; Si, recetado por el médico para un caso específico; Si, aconsejado por el farmacéutico; Si, por iniciativa propia. Se creó una única variable con dos categorías: consumo de por lo menos uno de los fármacos (ya sea recetado por el médico, aconsejado por el farmacéutico o por iniciativa propia) y no consumo de fármacos.

Las horas de sueño diarias recogía el número total de horas diarias que la persona entrevistada dormía habitualmente (incluyendo las horas de siesta). Esta variable se dicotomizó categorizando los valores de la variable original en menos o igual a 6 horas y más de 6 horas.



### *Variables explicativas*

Las exigencias de la unidad familiar se midieron a través de 1) número de personas en el hogar con tres categorías (2, 3 y más de 3); 2) convivencia con hijos menores de 12 años (sí/no); 3) convivencia con personas entre 65 y 74 años (sí/no); 4) convivencia con personas mayores de 74 años (sí/no) y; 5) disponer de una persona contratada para realizar trabajo doméstico (sí/no). El número de horas de trabajo remunerado se categorizó en cuatro categorías: menos de 30 horas semanales (tiempo parcial), de 30 a 40 horas semanales, de 41 a 50 horas semanales y más de 50 horas semanales.

### *Variables de ajuste*

Las variables de ajuste fueron la edad en años y la clase social ocupacional. Esta última se obtuvo a través de la ocupación actual de la persona entrevistada. A partir de la clasificación propuesta por el Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (adaptada de la escala británica, British Registrar General's Scale) y que agrupa las ocupaciones según la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO) de 1994, se clasifican las categorías ocupacionales en Clase I (profesionales), II (ocupaciones intermedias), IIIN (trabajadores cualificados no manuales), IIIM (trabajadores cualificados manuales), IV (trabajadores parcialmente cualificados) y V (trabajadores no cualificados).<sup>19</sup> Se creó una variable con tres categorías: personas incluidas en las clases ocupacionales I y II, personas incluidas en la clase ocupacional III y personas incluidas en las clases ocupacionales IV y V.

### *Análisis estadístico*

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de todas las variables objeto de estudio para examinar las diferencias de género mediante la prueba de chi cuadrado para las variables categóricas y la prueba de t de Student para la edad.

Posteriormente, se realizó un análisis multivariado ajustando los modelos de regresión logística por edad, como variable continua, y por clase social. Todos los modelos se separaron por el sexo. Se tuvo en cuenta el peso de la muestra.

Todo el análisis estadístico se efectuó con el paquete estadístico 'SPSS 15.0'.

## RESULTADOS

En relación con los indicadores de salud estudiados, las mujeres presentaron peores resultados que los hombres, excepto en las horas de sueño diarias en que se observó un patrón inverso. En cuanto a las características de la unidad familiar, no se observaron diferencias entre hombres y mujeres en el tamaño de la unidad familiar, la convivencia con menores de 12 años o con mayores de 74. Sin embargo, la proporción de mujeres que convivían con personas de 65 a 74 años o que tenían una persona contratada para el servicio doméstico fue superior que la de los hombres. Finalmente, en cuanto a las horas de trabajo remunerado las mujeres trabajaban a tiempo parcial en mayor medida que los hombres (19,9% de las mujeres frente al 2,3% de los hombres) mientras los hombres trabajaban con mayor frecuencia más de 50 horas a la semana (10,4% de los hombres frente al 2,4% de las mujeres) [Tabla 1].

En la tabla 2 se presentan los resultados de los modelos de regresión logística multivariados. Entre las mujeres convivir con menores de 12 años se asoció negativamente con mala salud y con consumo de psicofármacos (aOR: 0,63; 95% IC: 0,43-0,93 y aOR: 0,51; 95% IC: 0,32-0,79 respectivamente). El consumo de psicofármacos en mujeres estaba relacionado positivamente con la convivencia con personas entre 65 y 74 años y con la convivencia con mayores de 74 años (aOR: 2,60; 95% IC: 1,41-4,80 y aOR: 2,93; 95% IC: 1,58-5,44 respectivamente). En los hombres los largos horarios de trabajo se asociaron con mala salud mental y con pocas horas de sueño (aOR: 3,43; 95% IC: 2,14-5,49 y aOR: 1,88; 95% IC: 1,43-2,48 respectivamente). En el caso de las mujeres que trabajaban más de 50 horas a la semana, su salud mental también era peor (aOR: 2,06; 95% IC: 1,03-4,15). Por otro lado, el trabajo a

tiempo parcial en los hombres se asoció al consumo de psicofármacos (aOR: 4,48; 95% IC: 1,95-10,33). Por último, cabe destacar la asociación positiva en hombres entre tener una persona contratada para realizar trabajo doméstico y mala salud mental (aOR: 1,69; 95% IC: 1,01-2,84) mientras se observaba un patrón inverso para la salud percibida (aOR: 0,59; 95% IC: 0,35-0,99).

Tabla 1. Características generales de la muestra<sup>1</sup> estudiada (en porcentajes). Encuesta de Salud de Catalunya 2006.

	Hombres (N=2.540)	Mujeres (N=1.997)	p <sup>2</sup>
Edad en años (media y DE)	42,57 (9,5)	40,30 (9,2)	<0,001
<b>ESTADO DE SALUD</b>			
Mala salud mental <sup>3</sup>	5,0	12,0	<0,001
Mala salud autopercebida <sup>4</sup>	10,5	16,1	<0,001
Consumo de psicofármacos	4,4	9,6	<0,001
Menos o igual a 6 horas de sueño diarias	30,8	27,7	0,025
<b>EXIGENCIAS DOMÉSTICAS Y FAMILIARES</b>			
Número de personas en el hogar			
2 miembros	24,9	26,0	0,646
3 miembros	31,3	31,3	
Más de 3 miembros	43,8	42,7	
Convivencia con hijos menores de 12 años	43,7	42,2	0,294
Convivencia con personas entre 65 y 74 años	1,7	3,2	0,001
Convivencia con mayores de 74 años	3,3	3,5	0,784
Persona contratada para realizar trabajo doméstico	13,5	20,6	<0,001
<b>HORAS DE TRABAJO REMUNERADO</b>			
Tiempo parcial (Menos de 30 horas)	2,3	19,9	<0,001
Entre 30 y 40 horas	56,3	65,6	
Entre 41 y 50 horas	31,0	12,0	
Largas jornadas (Más de 50 horas)	10,4	2,4	

DE: desviación estándar.

<sup>1</sup> Hombres y mujeres entre 25 y 64 años, asalariados y que convivían en pareja en Cataluña.<sup>2</sup> Valor de p (p-value) obtenido a través de la prueba de Chi-cuadrado para las variables categóricas y de la de t de Student para la edad.<sup>3</sup> Salud mental medida a través del GHQ-12. La escala fue de tipo Likert (de 0 a 3), cada ítem se clasificó en ausente, si se puntuó entre 0 y 1; o presente, si se puntuó entre 2 y 3. Tener tres o más síntomas se consideró mala salud mental y menos de 3 como buena salud mental.<sup>4</sup> Variable relacionada con la percepción subjetiva del estado de salud, tanto físico como mental, de las personas.<sup>17</sup> Las categorías de respuesta fueron excelente, muy buena, buena, regular y mala. La variable se dicotomizó en mala salud autopercebida (incluyendo los niveles regular y bueno) y buena salud autopercebida (incluyendo los niveles bueno, muy bueno y excelente).

Desigualdades de género en la salud relacionadas con la combinación de la vida laboral y familiar en Cataluña

TABLA 2. Asociación entre salud mental, salud autopercibida, consumo de psicofármacos y horas de sueño diarias con las exigencias domésticas y familiares y las exigencias del trabajo remunerado en hombres y mujeres. Encuesta de Salud de Catalunya 2006.

	Mala salud mental <sup>1</sup>		Mala salud autopercibida <sup>2</sup>		Consumo de psicofármacos <sup>3</sup>		Horas de sueño <sup>4</sup>									
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres					
	%	aOR (95% IC)	%	aOR (95% IC)	%	aOR (95% IC)	%	aOR (95% IC)	%	aOR (95% IC)	%	aOR (95% IC)				
<b>EXIGENCIAS DOMÉSTICAS Y FAMILIARES</b>																
Número de personas en el hogar																
2 miembros	4,9	1	12,9	1	10,6	1	13,3	1	3,8	1	10,6	1	30,5	1	22,9	1
3 miembros	4,6	1,11 (0,62-2,01)	11,0	1,09 (0,71-1,66)	8,7	0,73 (0,49-1,09)	18,5	1,45 (1,01-2,10)*	4,0	0,82 (0,45-1,50)	10,2	1,12 (0,73-1,72)	30,2	0,96 (0,73-1,26)	27,4	1,14 (0,83-1,57)
Más de 3 miembros	5,3	1,39 (0,765-2,53)	12,0	1,17 (0,77-1,78)	11,8	0,95 (0,65-1,39)	16,0	1,16 (0,80-1,68)	4,9	1,09 (0,60-1,96)	8,5	0,79 (0,50-1,23)	31,4	0,99 (0,76-1,31)	30,9	1,34 (0,98-1,84)
Convivencia con menores de 12 años																
No	4,8	1	13,9	1	12,3	1	20,0	1	4,5	1	12,9	1	30,8	1	29,4	1
Si	5,1	0,79 (0,48-1,31)	9,4	0,63 (0,43-0,93)*	8,3	1,10 (0,77-1,58)	10,7	0,75 (0,53-1,06)	4,2	1,27 (0,75-2,16)	5,1	0,51 (0,32-0,79)**	30,8	1,02 (0,80-1,23)	25,5	1,05(0,80-1,38)
Convivencia con personas entre 65 y 74 años																
No	5,0	1	11,7	1	10,5	1	15,5	1	4,4	1	8,9	1	30,8	1	27,2	1
Si	4,4	0,59 (0,11-3,09)	18,8	1,47 (0,74-2,94)	15,9	1,51 (0,64-3,59)	32,8	1,36 (0,75-2,48)	2,3	0,59 (0,10-3,34)	29,2	2,60 (1,41-4,80)**	27,3	0,75 (0,38-1,48)	45,3	1,60 (0,94-2,71)
Convivencia con mayores de 74 años																
No	5,0	1	11,7	1	10,3	1	15,5	1	4,4	1	9,0	1	30,5	1	27,5	1
Si	3,5	0,52 (0,18-1,86)	20	1,62 (0,85-3,09)	16,7	1,10 (0,58-2,05)	31,9	1,65 (0,93-2,92)	3,6	0,64 (0,20-2,02)	26,1	2,93 (1,58-5,44)***	38,1	1,30 (0,82-2,08)	34,8	0,96 (0,57-1,64)
Persona contratada para realizar trabajo doméstico																
No	6,7	1	12,6	1	5,3	1	10,5	1	4,1	1	9,7	1	30,6	1	23,1	1
Si	4,7	1,69(1,01-2,84)*	9,5	0,91 (0,62-1,35)	11,2	0,59 (0,35-0,99)*	17,5	0,71 (0,48-1,04)	4,4	0,85 (0,45-1,57)	9,5	1,34 (0,88-2,04)	31,0	1,03 (0,79-1,34)	28,9	0,83 (0,63-1,10)
<b>HORAS DE TRABAJO REMUNERADO</b>																
Entre 30 y 40	8,8	1	10,1	1	11,7	1	19,6	1	3,9	1	9,1	1	27,4	1	27,9	1
Tiempo parcial (Menos de 30)	3,7	2,59 (0,95-7,08)	12,3	0,83 (0,57-1,20)	10,3	0,92 (0,33-2,61)	15,2	1,22 (0,89-1,66)	13,6	4,48 (1,95-10,33)***	11,0	1,16 (0,78-1,72)	31,7	1,12 (0,62-2,01)	25,9	0,79 (0,60-1,03)
Entre 41 y 50	4,8	1,28 (0,83-1,97)	10,8	0,85 (0,54-1,34)	10,5	1,15 (0,85-1,54)	14,1	0,98 (0,65-1,49)	4,6	1,19 (0,77-1,84)	8,3	0,93 (0,55-1,54)	33,0	1,29 (1,07-1,56)**	28,3	1,09 (0,80-1,50)
Largas jornadas (Más de 50)	11,5	3,43 (2,14-5,49)***	22,9	2,05 (1,02-4,12)*	11,4	1,11 (0,72-1,71)	20,8	1,48 (0,71-3,12)	4,2	1,14 (0,58-2,23)	18,4	2,16 (0,99-4,72)	42,0	1,88 (1,43-2,48)***	34,7	1,36 (0,73-2,53)

Odds ratio ajustadas por todas las variables explicativas, por la edad y por la clase social. aOR (95%): Odds ratio con intervalo de confianza del 95%. \*p≤0,05; \*\*p≤0,01; \*\*\*p≤0,001

<sup>1</sup> Variable dicotómica: buena salud mental (menos de 3 ítems) y mala salud mental (tres o más ítems). Según GHQ-12.

<sup>2</sup> Variable dicotómica: buena salud autopercibida (incluye los niveles bueno, muy bueno y excelente) y mala salud autopercibida (incluye los niveles regular y malo).

<sup>3</sup> Variable dicotómica: consumo de al menos un psicofármaco y no consumo de ningún psicofármaco.

<sup>4</sup> Variable dicotómica: dormir menos o igual a 6 horas y dormir más de 6 horas diarias.

## DISCUSIÓN

Este es el primer estudio sobre combinación de vida laboral y familiar en Cataluña que examina conjuntamente las exigencias del trabajo remunerado (número de horas) y las características de la unidad familiar que se ha basado en una muestra de gran tamaño representativa de la población de Cataluña. Además, a diferencia de estudios previos, analiza sólo población asalariada que, en general, tiene menos flexibilidad en el horario laboral que las personas que trabajan por cuenta propia, para compaginarlo con las exigencias familiares.

Los principales hallazgos de este estudio son: 1) No se observó asociación entre el número de personas en el hogar y el estado de salud; 2) convivir con menores de 12 años se asoció con una menor prevalencia de problemas de salud mental y de consumo de psicofármacos entre las mujeres; 3) convivir con personas entre 65 y 74 años o con mayores de 74, se asoció con una mayor prevalencia de consumo de psicofármacos entre las mujeres; 4) en los dos sexos los largos horarios de trabajo se asociaron con problemas de salud mental y además en los hombres con pocas horas de sueño; 5) en hombres el trabajo a tiempo parcial se asoció con consumo de psicofármacos y 6) en hombres tener una persona contratada para realizar trabajo doméstico se asoció positivamente con mala salud mental y negativamente con mal estado de salud percibido.

### *Número de personas en el hogar y estado de salud*

Varios estudios realizados en España han observado que la prevalencia de mal estado de salud en las mujeres con un trabajo remunerado aumenta con el

número de personas en el hogar.<sup>6, 7, 8, 20</sup> Sin embargo, en nuestro estudio no se encontró prácticamente relación entre el número de personas en el hogar y los cuatro indicadores de salud analizados. Es importante señalar que algunos estudios realizados en nuestro medio que contemplan la posible interacción entre género y clase han observado que la asociación entre número de personas en el hogar y mal estado de salud se limita a población trabajadora manual, bien sólo mujeres<sup>8</sup> o en hombres y en mujeres,<sup>6</sup> lo que podría explicar los resultados divergentes con el presente estudio en que el análisis no se ha desagregado por clase social.

#### *Convivencia con menores de 12 años*

En las mujeres la convivencia con hijos/as se asoció negativamente con mala salud mental y con consumo de psicofármacos. Estos resultados son consistentes con estudios anteriores<sup>21</sup> en los que se observó que la maternidad reducía la incidencia de depresión en mujeres. Además, algunos estudios realizados en otros países, como Inglaterra y Japón, han observado que entre las mujeres que viven en pareja, las que tienen hijos tienen mejores indicadores de salud que las que no los tienen, lo que podría explicarse por la influencia positiva de ser madre o en parte por un posible efecto de causalidad inversa, es decir, que las mujeres que deciden tener hijos tienen mejor salud mental y consumen menos psicofármacos.<sup>22, 23</sup>

#### *Convivencia con personas entre 65 y 74 años y con mayores de 74 años*

En las mujeres se observó una asociación positiva entre el consumo de psicofármacos y convivir con personas entre 65 y 74 años y con mayores de 74 años. En un estudio realizado en Canadá a partir de una muestra de



enfermeras<sup>24</sup> se puso de manifiesto que las mujeres al cuidado de una persona adulta dependiente tenían peor salud que las que no tenían una persona a cargo. Otro estudio también llevado a cabo en Canadá<sup>25</sup>, encontró que las mujeres que tenían un familiar enfermo a cargo o una persona mayor dependiente bajo su responsabilidad, tenían mayores niveles de ansiedad y estrés. En nuestro entorno, diversos estudios han documentado la relación entre el cuidado informal y el mal estado de salud en ambos sexos aunque de mayor magnitud en las mujeres. Las diferencias de género se han atribuido a las distintas características del cuidado según el sexo y a la mayor intensidad del cuidado en las mujeres.<sup>26, 27</sup>

#### *Horas de trabajo remunerado*

Trabajar más de 50 horas a la semana se asoció a una mala salud mental, en ambos sexos, aunque en mayor medida en los hombres. Además entre los hombres tanto las largas jornadas como las moderadamente largas se asociaron con dormir pocas horas y para las dos variables dependientes se encontró un gradiente.

La peor situación de los hombres es consistente con otros estudios y podría explicarse por el rol de sustentador económico principal del hogar en países con modelos de familia tradicional en que se atribuye a los hombres mayoritariamente este rol.<sup>28</sup> En este contexto, en situaciones de dificultades económicas en el hogar los hombres pueden verse presionados a trabajar más horas fuera de casa con el fin de aumentar los ingresos. Además, en muchos casos, debido a su vulnerabilidad económica, deben aceptar malas condiciones

de trabajo, siendo una de ellas trabajar largas jornadas diarias, debido al temor de perder el empleo.<sup>29,30</sup>

No se observó relación entre el estado de salud autopercebido y las largas jornadas de trabajo remunerado, ni en hombres ni en mujeres. Este resultado sugiere que las largas jornadas de trabajo estarían principalmente relacionadas con problemas de salud de naturaleza psicosocial, en lugar de dolores o limitaciones físicas. Por otro lado, es probable que haya un sesgo de selección de manera que mayoritariamente son las personas con buen estado de salud las que pueden alargar significativamente su horario de trabajo.<sup>29</sup>

#### *Trabajo a tiempo parcial y consumo de psicofármacos*

Se observó una sólida asociación entre el consumo de psicofármacos en hombres y el trabajo remunerado inferior a 30 horas a la semana. También el trabajo a tiempo parcial se asoció en hombres con problemas de salud mental, si bien las diferencias estuvieron al borde de la significación estadística. Así, parece que el trabajo a tiempo parcial presenta una asociación más consistente con problemas de salud mental graves, aquellos que requieren consumo de psicofármacos. Esto podría ser explicado por un posible efecto de causalidad inversa<sup>31</sup>, es decir, los hombres que trabajan menos de 30 horas a la semana lo hacen porque su estado de salud mental es peor.

Lo contrario ocurre entre las mujeres, lo que se explicaría porque un trabajo a tiempo parcial les permite compaginar mejor sus obligaciones domésticas y familiares, porque a pesar de su entrada en el mercado laboral, siguen teniendo la principal responsabilidad en el trabajo doméstico y el cuidado de las personas del hogar. Se ha señalado que las mujeres todavía no tienen el poder

de obligar a los hombres a que asuman una parte igual del trabajo doméstico y el cuidado de las personas del hogar.<sup>32</sup>

### *Persona contratada para realizar trabajo doméstico*

En los hombres, el hecho de tener una persona contratada para realizar trabajo doméstico se asoció positivamente con mala salud mental pero en el mismo sentido con buen estado de salud percibido. Este hallazgo puede explicarse por el hecho de que, en España, la contribución de los hombres al trabajo doméstico es muy baja<sup>33</sup>, por tanto, las mujeres son las que deben realizar, principalmente, el trabajo en el hogar. Tener una persona contratada para realizar trabajo doméstico podría incrementar la necesidad de aumentar los ingresos. Esta responsabilidad, en países con modelos tradicionales de familia, recae en los hombres que, con frecuencia, se ven forzados a alargar su horario laboral.<sup>34</sup> Por tanto, la asociación entre mala salud mental en hombres y tener una persona contratada para realizar trabajo doméstico se explicaría por la asociación entre los largos horarios de trabajo a problemas de salud mental.

Por otro lado, la asociación positiva entre buen estado de salud percibido en los hombres y tener una persona contratada para realizar trabajo doméstico es consistente con los resultados en estudios anteriores<sup>6</sup>, en los cuales se analizó si existían diferencias entre hombres de clase manual y no manual y, en ambos casos, resultó ser protector para la salud de los hombres tener una persona contratada para realizar trabajo doméstico. Los hombres tienden a considerar que la ayuda de una persona contratada para realizar trabajo doméstico es una forma de evitar sus responsabilidades en el hogar mientras que para las

mujeres sólo representa aligerar la carga de trabajo doméstico porque siguen siendo las principales responsables del hogar.<sup>6</sup>

## LIMITACIONES

Este estudio tiene las limitaciones propias de un estudio transversal, por lo cual no permite establecer la secuencia causal. En este estudio no hemos segregado por clase social, lo que nos hubiera permitido precisar más en los resultados. Estudios anteriores que han examinado las desigualdades de género en la asociación entre trabajo doméstico y familiar y la salud en la población trabajadora en España <sup>6</sup> han mostrado diferencias significativas entre clase manual y no manual.

## CONCLUSIONES

Los resultados del estudio muestran que la combinación de vida laboral y familiar se asocia con algunos indicadores de mal estado de salud en mujeres y en hombres. Además, de manera consistente con la división sexual del trabajo, mientras las horas de trabajo remunerado se asocian de manera más consistente con mal estado de salud en hombres, las características de la unidad familiar lo hacen en mujeres.

## BIBLIOGRAFÍA

---

- <sup>1</sup> Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Ley Pub. No. 71. Madrid, España: Boletín Oficial del Estado; 2007. (Mar. 23, 2007).
- <sup>2</sup> Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. Ley Pub. No. 266. Madrid, España: Boletín Oficial del Estado; 1999. (Nov. 6, 1999).
- <sup>3</sup> Flaquer L. La articulación entre la familia y el Estado del bienestar en los países de la Europa del Sur. *Papers* 2004; 73: 27-58.
- <sup>4</sup> Naldini M, Jurado T. Family and Welfare State Reorientation in Spain and Inertia in Italy from a European Perspective. *Sociological demography press* 2013; 52:43-61.
- <sup>5</sup> Oecd.org/spain. Nova York: OCDE. [actualitzada 3 d'abril de 2013; citada 1 de maig de 2013]. Disponible a: <http://www.oecd.org/spain/47704081.pdf>
- <sup>6</sup> Arcas M, Novoa A, Artazcoz L. Gender inequalities in the association between demands of family and domestic life and health in Spanish workers. *The European Journal of Public Health* 2012; 1-5.
- <sup>7</sup> Artazcoz L, Artieda L, Borrell C, Cortès I, Benach J, Garcia V. Combining job and family demands and being healthy: What are the differences between men and women? *Eur. J Public Health* 2004; 14: 43-48.
- <sup>8</sup> Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 639-647.
- <sup>9</sup> Artazcoz L. Desigualtats en salut en un marc integrat de gènere, classe social i treball. Universitat Pompeu Fabra 2004.
- <sup>10</sup> Sorensen G, Verbrugge LM. Women, work, and health. *Annu Rev Public Health* 1987; 8: 235-251.
- <sup>11</sup> Dex S, Bond S. Measuring work-life balance and its covariates. *Work Employ Soc* 2005; 91: 627–637.
- <sup>12</sup> Grzywacz JG, Marks NF. Reconceptualizing the work–family interface: An ecological perspective on the correlates of positive and negative spillover between work and family. *J Occup Health Psychol* 2000; 5:111–126.
- <sup>13</sup> Lewis J, Campbell M, Huerta C. Patterns of paid and unpaid work in Western Europe: gender, commodification, preferences and the implications for policy. *J Eur Soc Policy* 2008; 18: 21-37.

- 
- <sup>14</sup> Press JE, Townsley E. Wives' and husbands' housework reporting. Gender, class, and social desirability. *Gend Soc* 1998; 12:188-218.
- <sup>15</sup> Lee YS, Waite LJ. Husbands' and Wives' Time Spent on Housework: A Comparison of Measures. *J Marriage Fam* 2005; 67: 328–336.
- <sup>16</sup> Gencat.cat/salud. Barcelona: Generalitat de Catalunya. [actualizada 31 de mayo de 2013; citada 1 de junio de 2013]. Disponible a : [http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/EI%20Departament/Indicadors%20de%20salut/Enquestes/03\\_enquesta\\_salut\\_2006/documents/catalans\\_salutiserveis.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/EI%20Departament/Indicadors%20de%20salut/Enquestes/03_enquesta_salut_2006/documents/catalans_salutiserveis.pdf)
- <sup>17</sup> Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *J. Health Soc Behav* 1997; 38 (1): 21-37.
- <sup>18</sup> Jackson C. The General Health Questionnaire. *Occupational Medicine* 2007; 57:79.
- <sup>19</sup> Domingo-Salvany A, Regidor E, Alonso J, Alvarez-Dardet C. Una propuesta de medida de la clase social: grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria [A proposed measurement of social class: working group of the Spanish Society of Epidemiology and the Spanish Society of Family and Community Medicine]. *Aten Primaria* 2000; 25: 350-63.
- <sup>20</sup> Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position. *Social Science & Medicine* 2004; 59: 263-74.
- <sup>21</sup> McLanahan S, Adams J. Parenthood and psychological Wellbeing. *Annual Review of Sociology* 1987; 13: 237- 257.
- <sup>22</sup> Sekine M, Chandola T, Martikainen P. Socioeconomic inequalities in physical and mental functioning of Japanese civil servants: explanations from work and family characteristics. *Social Science & Medicine* 2006; 63: 430–45.
- <sup>23</sup> Bartley M, Sacker A, Firth D, Fitzpatrick R. Social position, roles and women's health in England: changing relationships 1984–1993. *Social Science & Medicine* 1999; 48: 99–115.
- <sup>24</sup> Walters V, Denton R, French S, et al. Paid work, unpaid work and social support: a study of the health of male and female nurses. *Soc Sci Med* 1996; 43: 1627 – 36.
- <sup>25</sup> Walters V. Stress, anxiety and depression: women's accounts of their health problems. *Soc Sci Med* 1993; 36: 393 – 402.
- <sup>26</sup> Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, et al. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras; análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*. 2008; 22: 443-50.

---

<sup>27</sup> García- Calvente MM, Del Río M, Marcos J. Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*. 2011; 25 (S): 100-7.

<sup>28</sup> Lück D, Hofäcker D. Rejection and Acceptance of the Male Breadwinner Model: Which Preferences do Women Have under Which Circumstances. Paper for the Annual Conference of the Network for European Social Policy Analysis 2003.

<sup>29</sup> Artazcoz L, Cortès I, Escribà-Agüir V, Cascant L, Villegas, R. Understanding the relationship of long working hours with health status and health-related behaviours. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2009; 63: 521-527.

<sup>30</sup> Artazcoz L, Cortès I, Escribà-Agüir V, Bartoll X, Basart H, Borrell C. Long working hours and health status among employees in Europe: between-country differences. *Scand J Work Environ Health*. 2013; 39: 369-378.

<sup>31</sup> Cortès I, Artazcoz L, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. Desigualdades en la salud mental de la población ocupada. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18 (5): 351-9.

<sup>32</sup> Bartley M. Measuring women's social position: the importance of theory. *J. Epidemiol Community Health* 1999; 53: 601-2.

<sup>33</sup> Artazcoz L, Escribà-Agüir V, Cortès I. Género, trabajos y salud en España. *Gaceta sanitaria* 2004; 18 (2): 24-35.

<sup>34</sup> Groves JM, Lui L. The 'gifts' of help: domestic helpers and the maintenance of hierarchy in the household division of labour. *European Journal of Public Health* 2012; 46: 57-73.