

El estrés en una sociedad instalada en el cambio

Lucía Artazcoz^{a,b,c} / Vicenta Escribà-Agüir^{b,d} / Imma Cortès^{a,b,c}

^aAgència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona. España.

^bRed temática de investigación de salud y género.

^cRed de centros de epidemiología y salud pública.

^dEscola Valenciana d'Estudis per a la Salut (EVES). Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Valencia. España.

(Stress in a changing society)

Resumen

El objetivo de este estudio es describir los modelos explicativos del estrés laboral y algunos estresores del ámbito extralaboral, su influencia en la salud y su magnitud en España. Las fuentes de información utilizadas son publicaciones científicas, informes y estadísticas oficiales, fundamentalmente de la última década. Además se aportan datos originales procedentes del análisis de la V Encuesta Nacional de Condiciones del Trabajo (ENCT).

En el ámbito laboral el análisis del estrés se basa en dos modelos complementarios, el basado en las exigencias psicológicas, el control y el apoyo social (modelo de Karasek) y el centrado en el equilibrio entre el esfuerzo y la recompensa (modelo de Siegrist). En España, el 15% de los varones y el 22% de las mujeres han tenido en los últimos 3 meses una cantidad de trabajo excesiva que les ha hecho sentirse agobiados. La cuarta parte de la población ocupada tiene poca autonomía y el 48% de los varones y el 32% de las mujeres trabajan en ocupaciones que no requieren ningún tipo de conocimiento especial, sólo práctica en el puesto. Además, España es el país de la Unión Europea de los 15 con más paro e inestabilidad laboral.

La incorporación de la mujer al mercado de trabajo se traduce en dificultades para la conciliación de la vida laboral y familiar. Además el trabajo remunerado proporciona poder y autonomía económica y hace viable para la mujer la separación y el divorcio, que han aumentado de forma significativa en los últimos años, y se incrementa así la proporción de hogares monoparentales (el 89% de los responsables son mujeres), situación a menudo difícil y generadora de estrés.

La respuesta a los problemas relacionados con el estrés derivados de la globalización, la terciarización de la economía y otros cambios sociales es insuficiente, bien porque los profesionales sanitarios ignoran las causas del estrés y medican las consecuencias o bien porque desde otros sectores no se tienen en cuenta las consecuencias en salud de las nuevas tendencias sociales y económicas.

Palabras clave: Estrés. Salud laboral. Género. Características familiares.

Abstract

The objective of this study is to describe the job stress models and non-work stressors, their influence on health and magnitude in Spain. Data come from scientific publications, reports and official statistics, primarily of the last decade. Moreover, original data are provided from the analysis of the 5th Spanish Working Conditions Survey.

Job stress analysis is based on two complementary models, that based on psychological demands, control and social support (Karasek's model) and another based on the effort-reward unbalance (Siegrist's model). In Spain 15% of men and 22% of women have had an excessive workload that have made them feel tired in the last three months. A quarter of workers have low autonomy and 48% of men and 32% of women work in occupations that do not require special abilities, just experience. Moreover, Spain has the highest unemployment and temporary contracts rates in the 15-European Union.

The entrance of women into the labour market implies difficulties in reconciling job and family life. Moreover, paid work provides women with power and economic autonomy, therefore making possible the divorce that has significantly increased in Spain as well as the lonely parents families, these being difficult and stressing situations. Additionally the higher economic autonomy and power among women is considered as one of the causes of the gender violence as well.

Response to stress-related problems derived from the globalisation, the increasing importance of the tertiary sector and other social changes is insufficient either because health professionals ignore the causes of the problem and treat pharmacologically the consequences or because health consequences of these new social and economic tendencies are not taken into account in other sectors.

Key words: Stress. Occupational health. Gender. Family characteristics.

Correspondencia: Lucía Artazcoz.

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Pl. Lesseps, 1. 08023 Barcelona. España.

Correo electrónico: lartazco@aspb.es

Introducción

Desde que en 1926 Selye¹ introdujera el concepto de estrés en el ámbito de la salud este término ha sido muy utilizado tanto por los profesionales de las ciencias de la salud como en el lenguaje coloquial. Sin embargo, aún existe una gran controversia sobre su definición. Las distintas definiciones se han clasificado en función de la conceptualización del estrés como estímulo, como respuesta, como percepción o como transacción. Para resolver este estado de confusión, se reserva el término general de estrés para designar el área o campo de estudio. Los conceptos relacionados con este ámbito son: *a*) el estresor, aplicado a cualquier estímulo o situación que provoca una respuesta de estrés; *b*) la respuesta de estrés ante cualquier demanda (interna o externa) que se hace al individuo; y *c*) los efectos o las consecuencias del estrés sobre la salud a corto y largo plazo por la emisión de una respuesta de estrés^{2,3}. Aunque existen diferencias individuales en la percepción y reacción frente a los estresores, este capítulo se centra en el análisis del entorno laboral y el extralaboral en un contexto de grandes cambios económicos y sociales que en los últimos años se han producido de forma extraordinariamente rápida y han convertido el estrés en un problema de salud pública de interés creciente.

Desde mediados de los años setenta las sociedades occidentales se encuentran en un proceso de cambio del modelo económico que está comportando importantes transformaciones en el sistema productivo y en las relaciones laborales. Uno de los cambios de mayor trascendencia ha sido la globalización económica entendida como la facilidad y rapidez con que las empresas pueden invertir en uno u otro país —deslocalizarse—, intercambiar productos y servicios⁴. Un segundo cambio es la terciarización de la economía y de la población activa en los países desarrollados. Esta tendencia se acompaña de la mayor valoración del conocimiento y de la formación, de manera que en la actualidad cada vez menos empleos se caracterizan por las exigencias físicas; la mayoría lo hacen por las demandas mentales o emocionales. Una tercera tendencia viene marcada por el cambio tecnológico constante y acelerado representado sobre todo por las tecnologías de la información. También se producen nuevas formas de organización del trabajo y de la producción que tienen como elemento central la idea de la flexibilidad como forma de mejorar la productividad de los trabajadores y su adaptación a los cambios tecnológicos y a la globalización creciente⁵. Finalmente, la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo hace entrar en crisis el modelo tradicional de división sexual del trabajo, comporta importantes transformaciones sociales y está exigiendo una adaptación de las dos principa-

les esferas en las que hasta hace poco se dividía de manera rígida la vida social: el trabajo remunerado y la vida familiar.

Sin embargo, el mercado laboral todavía mantiene una profunda segregación de sexo, tanto horizontal como vertical, y en la familia los papeles de mujeres y varones cambian poco. Así, el problema de la conciliación de la vida laboral y la familiar surge al intentar compaginar la familia y el trabajo remunerado, sin que se haya completado la transición hacia un modelo nuevo sustentado en un reparto equilibrado de los papeles de los varones y de las mujeres en el ámbito familiar y un Estado proveedor de recursos suficientes para el cuidado de las personas dependientes. Por otro lado, la evolución hacia una sociedad con una menor influencia de la iglesia católica⁶ y la autonomía económica que proporciona el empleo a las mujeres se acompaña de un incremento de separaciones y divorcios, así como de familias monoparentales, lo que supone un aumento de situaciones estresantes ligadas al ámbito familiar. Los mayores poder y autonomía de las mujeres pueden estar también en la base del creciente problema de la violencia contra las mujeres.

A continuación se describen los principales modelos teóricos utilizados en el abordaje del estrés laboral y se presentan datos sobre la situación en España. Posteriormente se analiza el papel del ámbito extralaboral, fundamentalmente de la vida familiar, como generador de estrés. Las fuentes de información utilizadas son publicaciones científicas, informes y estadísticas oficiales, especialmente de la última década. Además se aportan datos originales procedentes del análisis de la V Encuesta Nacional de Condiciones del Trabajo (ENCT)⁷.

El estrés laboral

Según la V ENCT, en 2003 el 16% de las mujeres ocupadas y el 14% de los varones afirmaban que últimamente les costaba dormir o dormían mal, el 21% de las mujeres y el 10% de los varones que sufrían dolores de cabeza y el 17% de las mujeres y el 10% de los varones que tenían una sensación continua de cansancio (tabla 1). Todos ellos son síntomas psicosomáticos frecuentes en la población ocupada que en buena medida son atribuibles al estrés laboral. En la actualidad dos modelos de estrés laboral reciben particular atención: el modelo exigencias-control-apoyo (modelo de Karasek)⁸ y el modelo esfuerzo-recompensa (modelo de Siegrist)⁹. A continuación se describe la situación actual en relación con estos modelos y se presentan datos correspondientes a la población ocupada española a partir del análisis de la V ENCT.

Tabla 1. Prevalencia de síntomas psicossomáticos en la población ocupada según el sexo (%). V Encuesta Nacional de Condiciones del Trabajo 2003

	Varones (n = 3.312)	Mujeres (n = 1.924)
Le cuesta dormir o duerme mal	13,3	16,4
Tiene sensación continua de cansancio	9,8	16,6
Sufre dolores de cabeza	10,0	21,3
Le cuesta concentrarse, mantener la atención	3,0	5,1
Le cuesta acordarse de las cosas o las olvida con facilidad	5,9	8,2
Se nota tenso, irritable	7,3	10,4
Tiene bajo estado de ánimo	5,8	7,8

El modelo exigencias-control-apoyo

El modelo propuesto por Karasek considera como estresores el exceso de exigencias psicológicas (volumen de trabajo, presión de tiempo e interrupciones), el bajo control sobre el trabajo (oportunidad de desarrollar las habilidades y autonomía sobre el trabajo) y el bajo apoyo de los compañeros y de los superiores. Como se aprecia en la tabla 2, en España el alto ritmo de trabajo es muy frecuente y significativamente superior en las mujeres. El 44% de los varones y el 50% de las mujeres afirman trabajar siempre o casi siempre con plazos ajustados y el 38% de los varones y el 45% de las mujeres consideran que su ritmo de trabajo es elevado durante más de media jornada. Además, el 15% de los varones y el 22% de las mujeres dicen haber tenido en los últimos 3 meses una cantidad de trabajo excesiva que les ha hecho sentirse agobiados.

En los últimos años asistimos a un nuevo tipo de exigencias, la creciente flexibilidad horaria que las em-

Tabla 2. Exigencias del trabajo según el sexo (%). V Encuesta Nacional de Condiciones del Trabajo 2003

	Varones (n = 3.312)	Mujeres (n = 1.924)
45 h de trabajo semanal o más	14,3	5,1
Trabajo en sábados siempre o frecuentemente	12,5	8,1
Trabajo en domingos o festivos siempre o frecuentemente	15,7	7,7
Cantidad de trabajo excesiva en los últimos 3 meses	15,4	21,9
Trabajo con plazos ajustados siempre o frecuentemente	43,5	49,8
Ritmo de trabajo elevado más de media jornada	37,7	45,0
Prolongación de la jornada habitualmente		
Con compensación económica	29,8	13,4
Sin compensación económica	19,4	27,9

presas intentan implantar con el fin de ampliar tanto los horarios de trabajo como su adaptación a los nuevos modelos sociales. Se amplían los horarios a fin de semana, se incrementan los horarios irregulares con unas horas de trabajo impredecibles (lo que dificulta la organización de la vida privada) y se extienden los horarios demasiado prolongados (horas extraordinarias involuntarias). En la tabla 2 se muestran datos que ilustran la magnitud de algunos indicadores relacionados con la flexibilidad horaria determinada por las empresas en la población ocupada española. Según datos de la V ENCT, el 14% de los varones y el 5% de las mujeres trabajan 45 h semanales o más y en torno al 10% de los trabajadores, sin diferencias de sexo, trabaja en sábados o en domingos y festivos. Destaca la alta proporción de personas que prolongan habitualmente su jornada de trabajo (el 49% de los varones y el 41% de las mujeres). Aunque el 30% de los varones y el 13% de las mujeres alargan su jornada con compensaciones económicas, una proporción significativa de personas, superior entre las mujeres, la prolonga sin compensaciones económicas (el 28 frente al 19%). Además, para el 75% de las personas que lo hacen, la razón de prolongar la jornada es la sobrecarga de trabajo.

Pese a que la evolución del mercado de trabajo se orienta hacia unas mayores exigencias mentales, emocionales y de conocimiento, el 48% de los trabajadores españoles y el 32% de las trabajadoras consideran que su trabajo no requiere ningún conocimiento especial, sólo práctica en el puesto. Así, alrededor del 10%, sin diferencias de sexo, señala que no tiene ninguna oportunidad para aplicar sus capacidades o conocimientos o que su trabajo nunca requiere aprender cosas nuevas. Aunque las organizaciones tienden a adoptar formas de gestión menos jerárquicas que implican la transferencia de responsabilidad y autonomía a los trabajadores, aproximadamente la cuarta parte de los trabajadores españoles tiene poca autonomía: no puede elegir o modificar el orden de las tareas, el método de trabajo, el ritmo de trabajo o la distribución y duración de las pausas del trabajo (tabla 3).

En general, las relaciones con los superiores, los compañeros y los subordinados son buenas, mejores entre las mujeres. Destaca el 9% de los varones y el 6% de las mujeres con relaciones regulares, malas o muy malas con sus superiores (tabla 4). Una forma extrema de falta de apoyo en el trabajo es la violencia física o psicológica por parte de compañeros o superiores. Según la V ENCT, el porcentaje de trabajadores españoles que dicen haber padecido agresiones físicas por parte de otros trabajadores de su empresa en el último año no llega al 1%. Aunque la violencia psicológica también afecta a una pequeña proporción de empleados, es más frecuente que la física. El 3% de las mujeres y el 1,5% de los varones afirman que en el último año les han puesto dificultades para comunicar-

Tabla 3. Falta de control sobre el trabajo según el sexo (%). V Encuesta Nacional de Condiciones del Trabajo 2003

	Varones (n = 3.312)	Mujeres (n = 1.924)
Trabajo que no requiere ningún conocimiento especial, sólo práctica en el puesto	47,8	32,2
Ninguna oportunidad para aplicar las capacidades o conocimientos	11,5	11,5
Trabajo que no requiere nunca aprender cosas nuevas	8,5	9,4
Nunca puede elegir o modificar el orden de las tareas	22,2	14,4
Nunca puede elegir o modificar el método de trabajo	30,4	28,2
Nunca puede elegir o modificar el ritmo de trabajo	25,3	25,1
Nunca puede elegir o modificar la distribución o duración de las pausas en el trabajo	27,8	22,3

Tabla 4. Relaciones regulares, malas o muy malas en el entorno de trabajo (%). V Encuesta Nacional de Condiciones del Trabajo 2003

	Varones (n = 3.312)	Mujeres (n = 1.924)
Superiores	8,6	5,6
Compañeros	3,9	2,7
Subordinados	3,5	1,8

se al menos una vez por semana o diariamente; el 2% de las mujeres y el 1% de los varones que los han descreditado profesional o personalmente, y menos del 1% que han recibido amenazas.

El modelo esfuerzo-recompensa

El modelo de Siegrist asume que el esfuerzo en el trabajo es parte de un contrato basado en la reciprocidad social donde las recompensas se proporcionan en términos de reconocimiento, salario y oportunidades en la carrera profesional. Las amenazas a la carrera profesional incluyen la inestabilidad laboral, la falta de perspectivas de promoción, los cambios no deseados y la inconsistencia de estatus (trabajar por debajo de la propia cualificación)¹⁰. El modelo asume que los contratos de trabajo a menudo no proporcionan un intercambio simétrico con una completa equivalencia entre el esfuerzo y las compensaciones. Esto puede suceder con más frecuencia cuando existen pocas alternativas en el mercado laboral como sucede con los trabajadores poco cualificados, cuando el paro y la temporalidad son elevados

Tabla 5. Porcentaje de paro entre la población activa y de contratación temporal en la asalariada en la Unión Europea-15. Año 2003

	Paro		Contratación temporal	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Unión Europea	7,4	8,9	8,3	10,6
Bélgica	7,4	8,0	4,2	9,1
Dinamarca	5,1	5,7	5,0	8,6
Alemania	10,2	9,3	6,3	6,8
Grecia	6,0	14,3	8,5	11,9
España	7,9	15,8	24,1	29,2
Francia	7,5	9,5	7,2	10,8
Irlanda	4,8	4,0	2,1	3,6
Italia	6,9	11,9	6,4	10,4
Luxemburgo	3,0	4,6	1,5	3,5
Holanda	3,5	3,8	8,0	11,8
Austria	3,9	4,3	2,1	3,3
Portugal	5,2	7,2	15,5	18,7
Finlandia	11,0	9,9	9,0	16,4
Suecia	6,1	5,0	9,2	12,6
Reino Unido	5,4	4,0	4,1	5,8

Fuente: Eurostat. Disponible en: <http://europa.eu.int/comn/eurostat>

o cuando los trabajadores tienen limitaciones para la movilidad geográfica. De acuerdo con este abordaje, la experiencia de una falta de reciprocidad, de altos «costes» y bajas «ganancias», provoca emociones negativas en las personas expuestas. El sentimiento de no ser valorado de forma adecuada o de ser tratado de forma injusta se acompaña de reacciones sostenidas de tensión. A largo plazo el desequilibrio entre el alto esfuerzo y las bajas recompensas en el trabajo incrementa la susceptibilidad a las enfermedades como resultado de la continuada reacción de tensión¹¹.

El modelo esfuerzo-recompensa no sólo se limita a considerar variables estructurales del ambiente de trabajo (como en el caso del modelo de Karasek), sino que también integra variables personales. Propone que las personas caracterizadas por un patrón motivacional de excesivo compromiso con el trabajo y una alta necesidad de aprobación tienen mayor riesgo de tensión derivada del intercambio asimétrico y su susceptibilidad a la frustración de la recompensa es superior.

Los contratos asimétricos, donde el esfuerzo de los trabajadores es superior a las compensaciones que reciben, pueden hacerse cada vez más frecuentes en un contexto de economía globalizada que se caracteriza por la inestabilidad laboral, la movilidad laboral forzada, los contratos temporales de corta duración y el incremento de la competitividad¹². Desde esta perspectiva la situación española es preocupante. España era en 2003 el país de su entorno con mayor proporción de población parada y con contratos temporales, sobre todo entre las mujeres (tabla 5). El paro alcanzaba al

16% de las mujeres y al 8% de los varones españoles, mientras los porcentajes correspondientes en la Unión Europea de los 15 (UE-15) eran 9% y 7%, respectivamente. El mismo año, entre los asalariados españoles, el 29% de las mujeres y el 24% de los varones trabajaban con contratos temporales; en la UE-15 las proporciones eran del 11 y el 8%, respectivamente. Además, según la V ENCT, el 24% de los varones y el 32% de las mujeres no han promocionado nunca en la empresa ni esperan hacerlo.

El impacto del estrés laboral en la salud

Numerosos estudios basados en estos dos modelos han puesto de manifiesto que la exposición a largo plazo a factores de riesgo psicosocial en el trabajo tiene efectos negativos, sobre todo en la salud cardiovascular y la salud mental, entre un amplio abanico de trastornos de salud menos estudiados^{3,9}. Además se ha demostrado que ambos modelos no son excluyentes sino complementarios¹³.

Estudios prospectivos y retrospectivos ponen de manifiesto que los trabajadores con altas demandas psicológicas y bajo control sobre el trabajo tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos cardiovasculares^{2,14}. Aunque hay menos estudios que hayan utilizado el modelo esfuerzo-recompensa que el demanda-control-apoyo, recientes hallazgos muestran que la falta de equilibrio entre el esfuerzo y la recompensa del trabajo aumentan la probabilidad de sufrir trastornos cardiovasculares^{10,11,13}.

Los factores de riesgo psicosocial son importantes precursores de alteraciones del bienestar psicológico. La exposición aguda a estos factores contribuye a la aparición de síntomas de distrés psicológico relacionados con la ansiedad. Su exposición prolongada contribuye a la aparición de síntomas depresivos y trastornos depresivos mayores¹⁵.

Un trabajo considerado tradicionalmente como muy estresante es el del personal sanitario que está muy expuesto a diferentes factores de riesgo psicosocial como la falta de apoyo social, los horarios irregulares, la violencia en el trabajo o el contacto con el sufrimiento y la muerte. Estos factores de riesgo tienen consecuencias importantes en su salud mental. Se ha documentado que la prevalencia de síntomas de distrés psicológico (medidos con el GHQ-12) en médicos especialistas británicos es del 27%¹⁶. En España la prevalencia de estos síntomas era del 24% en una muestra aleatoria de médicos especialistas hospitalarios¹⁷. En un estudio realizado en médicos y enfermeras españoles que trabajaban en urgencias y emergencias se observa que la exposición a altas exigencias psicológicas, y el bajo apoyo de los supervisores y de los compañeros aumentan la probabilidad de presentar baja vi-

talidad, mala salud mental, limitación en las relaciones sociales y dolor¹⁸.

Estudios realizados en nuestro entorno muestran el efecto en la salud mental de la amenaza que para la continuidad de la vida laboral significa perder el empleo o trabajar con contratos temporales. Un estudio basado en la Encuesta de Salud de Catalunya de 1994¹⁹ documentaba el efecto negativo para la salud mental de perder el empleo, con patrones diferentes en varones y mujeres. Es importante señalar que globalmente este impacto desaparece cuando la persona en situación de paro recibe prestaciones de desempleo²⁰. Otro estudio sobre la relación entre la contratación temporal y el estado de salud mental, basado en la Encuesta de Salud de Catalunya de 2002²¹, demuestra el efecto negativo de la temporalidad, más marcado en los contratos temporales de obra y servicio—donde con más frecuencia se dan situaciones de abuso— y en los trabajadores más desfavorecidos—mujeres y varones trabajadores manuales—²².

El estrés extralaboral

Mientras en el ámbito laboral los dos modelos de riesgo psicosocial descritos han mostrado de forma consistente su capacidad para explicar los trastornos asociados al estrés en el trabajo, se ha avanzado menos en el desarrollo de modelos teóricos explicativos de los factores extralaborales relacionados con el estrés.

Uno de los abordajes más utilizados se basa en el efecto de los acontecimientos vitales estresantes²³. Tradicionalmente la ruptura de una relación de pareja, la muerte de un familiar o un amigo, las dificultades económicas, los problemas en las relaciones y las agresiones se han considerado como algunos de los estresores psicosociales más importantes de la vida extralaboral en las personas adultas²⁴. En nuestro entorno deben añadirse además las dificultades para la conciliación de la vida laboral y familiar para las mujeres. En un estudio realizado en una muestra de personal de dos hospitales de la provincia de Valencia, los que habían sufrido al menos un acontecimiento desfavorable durante el último año presentaban peor salud mental, menos vitalidad, más limitación de la función social y limitación del papel por problemas emocionales²⁵. En este apartado se describen algunas de estas situaciones y se aportan datos de nuestro país.

La ruptura de la pareja

En la escala de acontecimientos vitales estresantes de Holmes y Rahe²³, el divorcio y la separación de la pareja ocupan el segundo y el tercer lugar, respec-

tivamente, en cuanto a impacto en la salud mental. La creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo ha favorecido la consolidación del equilibrio de poderes y convierte en una opción real para la mujer la finalización de una relación de pareja por la vía de la separación o del divorcio. Como se aprecia en la figura 1, entre 1982 y 2003 el incremento de los divorcios y las separaciones ha discurrido en paralelo con la incorporación de las mujeres españolas al mercado laboral hasta el punto de que el coeficiente de correlación es de 0,99. En este período el número de divorcios se ha duplicado y el de separaciones se ha cuadruplicado. Al estrés que supone una separación se añade a menudo la tensión que implica para muchas personas, sobre todo las mujeres, convertirse en responsables de hogares monoparentales.

Las mujeres responsables de hogares monoparentales

En el último trimestre de 2004 había en España 273.200 personas responsables de hogares monoparentales, de los cuales el 89% estaban a cargo de mujeres. Entre ellas, el 64% eran separadas o divorciadas y el 17% viudas. Sólo el 1% tenía 60 años o más, mientras el 72% tenía menos de 45 años. La mayoría de estas mujeres formaban parte del mercado laboral (83%), bien como población ocupada (69%) o como parada (14%)²⁶.

En un estudio basado en la población ocupada de Catalunya²⁷ se documentaba la alta proporción de mujeres responsables de familias monoparentales de 25 a 64 años que trabaja en el servicio doméstico (el 22 frente al 9% en el colectivo de mujeres). Estas muje-

res presentaban más riesgo de mal estado de salud mental (el 26 frente al 16%) y una prevalencia superior de tabaquismo que las madres casadas o que vivían en pareja, lo que parece apuntar a una situación de estrés crónico en este colectivo.

La conciliación de la vida laboral y familiar

También la combinación de la vida laboral y familiar supone una situación crónica de estrés para muchas mujeres que deben compaginar ambas esferas sin recursos comunitarios suficientes para el cuidado de las personas dependientes²⁸ y sin la corresponsabilidad de sus parejas en el ámbito doméstico. En nuestro medio se ha documentado el efecto negativo de la sobrecarga que supone la «doble jornada» en la salud de las mujeres^{29,30} y se ha señalado que ni los empresarios ni los sindicatos han integrado la dimensión familiar de las personas que trabajan en el mercado laboral³¹. Por eso, algunas mujeres presionadas entre una esfera laboral muy precaria y una familia que les exige una presencia importante, acaban abandonando su proyecto laboral o desestiman la posibilidad de promocionarse y aumentar su cualificación. Pero la mayoría de las mujeres que hoy tienen un trabajo remunerado continúa en él, sea por necesidades económicas o para mejorar su autoestima y crecimiento personal y social; algunas renuncian a su proyecto de familia³².

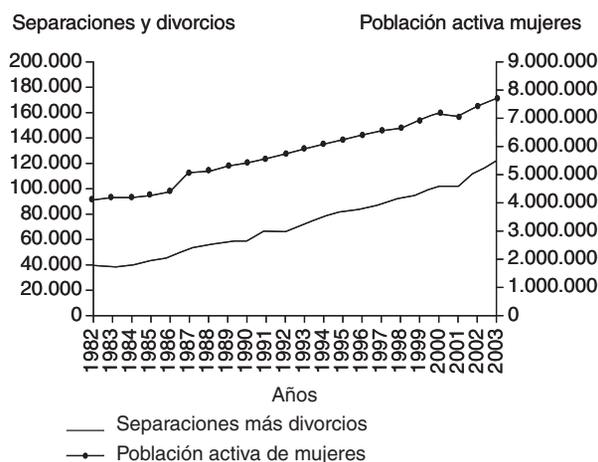
Los problemas en las relaciones

El apoyo social es un importante determinante de la salud física y sobre todo de la mental. Diversos autores señalan que el apoyo social puede tener un efecto moderador de los efectos nocivos de los estresores sobre la salud mental^{33,34}. En un estudio realizado en una muestra de mujeres embarazadas de la provincia de Valencia se evidencia que la falta de apoyo afectivo durante el tercer trimestre del embarazo aumenta la probabilidad de presentar depresión (resultados disponibles no publicados).

Los problemas en las relaciones interpersonales constituyen unas de las principales fuentes de tensión crónica en el ámbito extralaboral²⁴. Aquí se incluyen las relaciones íntimas insatisfactorias, los conflictos con los padres, los parientes, los vecinos y los hijos. Se ha documentado que las personas con problemas en sus relaciones tienen el doble de riesgo de desarrollar un trastorno de salud mental, aunque el riesgo no es tan inmediato como en el caso de una ruptura de pareja³⁵.

Una situación extrema de problemas en las relaciones es la violencia contra la violencia o la violencia por parte del compañero íntimo. En España el número de denuncias realizadas por mujeres por malos tra-

Figura 1. Evolución de las sentencias civiles de separaciones y divorcios y de la población activa femenina en España.



Fuente: Instituto Nacional de la Mujer. Mujeres en cifras²⁶.

tos producidos por su pareja pasó de 43.313 en 2002 a 57.527 el 2004²⁶. Las consecuencias de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres incluyen la depresión, la ansiedad, el síndrome de estrés post-traumático, los desórdenes de la alimentación, el abuso de sustancias adictivas y el suicidio³⁶.

Conclusión

Los cambios sociales producidos en los últimos años en el ámbito laboral y extralaboral han hecho del estrés un problema de salud pública de importancia creciente. En el trabajo remunerado la flexibilización del mercado laboral implica la exigencia de una mayor disponibilidad horaria de la población trabajadora y una alta temporalidad laboral. Por otro lado, la incorporación de la mujer al mercado laboral se acompaña de dificultades para la conciliación de la vida laboral y familiar, y una mayor autonomía económica. Todo ello junto con una menor influencia de la moral católica se refleja en un incremento de separaciones y divorcios y un aumento de los hogares monoparentales, situación que supone la vivencia de situaciones estresantes con efecto en la salud de la población.

La respuesta a los problemas relacionados con el estrés generados por estas nuevas situaciones es insuficiente, bien porque los profesionales sanitarios ignoran las causas del problema y medican basándose en las consecuencias o bien porque desde otros ámbitos no se tienen en cuenta las consecuencias de las nuevas dinámicas sociales y económicas para la salud. Es necesario introducir en las políticas económicas y de trabajo la sensibilidad por el efecto que sus actuales tendencias tienen en el estrés de la población trabajadora. Asimismo, las empresas tienen que incrementar de forma significativa el esfuerzo para abordar los factores de riesgo psicosocial. Por otro lado, las políticas sociales deben adaptarse a la nueva situación determinada por la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y, entre otras iniciativas, aumentar los recursos para el cuidado de las personas dependientes.

Agradecimientos

Trabajo parcialmente financiado por la Red Temática de Investigación de Salud y Género y la Red de Centros de Epidemiología y Salud Pública financiadas por el Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo y dos ayudas del FIS (99/0704 y 00/0686).

Agradecemos al Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo la cesión de los datos de la V Encuesta Española de Condiciones del Trabajo.

Bibliografía

1. Selye H. The evolution of the stress concept. *Am Sci.* 1973; 61:692-9.
2. Labrador JF, Crespo M. Estrés. Trastornos psicofisiológicos. Madrid: EUDEMA; 1993.
3. Baker D. Occupational Stress. En: Levy B, Wegman D, editors. *Occupational Health. Recognizing and Preventing Work-Related Disease*. 2nd ed. Boston: Little, Brown and Company; 1988.
4. Míiguelez F, Prieto C. Las relaciones de empleo en España. Madrid: Siglo XXI de España; 1999.
5. Organization of Economic Cooperation and Development. *Economic Outlook*. Paris: OECD; 1998.
6. Navarro V, Shi L. The political context of social inequalities and health. *Soc Sci Med.* 2001;52:481-91.
7. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. V Encuesta de Condiciones de Trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2002.
8. Karasek R, Theorell T. *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books; 1990.
9. Siegrist J. Adverse health effects of high effort-low reward conditions at work. *J Occup Health Psychology.* 1996;1:27-43.
10. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med.* 2004;58: 1483-99.
11. Schnall PL, Belkic K, Landsbergis P, Baker D. The workplace and cardiovascular disease. *Occup Med: State of the art reviews.* 2000;15:1-334.
12. Benach J, Amable M, Muntaner C, Benavides FG. The consequences of flexible work for health: are we looking at the right place? *J Epidemiol Community Health.* 2002;56: 405-6.
13. Bosma H, Peter R, Siegrist J, Marmot M. Two alternative Job Stress Models and the Risk of Coronary Heart Disease. *Am J Public Health.* 1998;88:68-74.
14. Johnson JV, Hall EM. Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: A cross sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health.* 1988;78:1336-42.
15. Herbert J. Psychological and physiological aspects of stress. En: Firth-Cozens J, Payne R, editors. *Stress in Health Professionals*. New York: John Wiley & Sons, LTD; 1999.
16. Ramírez A, Graham J, Richards M, Gregory W. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet.* 1996;347:724-8.
17. Escribà-Agüir V, Pérez-Hoyos S. [Psychosocial work environment and psychological well-being among hospital medical doctors]. *La Medicina del Lavoro.* 2002;93:408.
18. Escribà-Agüir V, Pérez-Hoyos S. Psychosocial Work Environment and psychological well-being among emergency staff. *Gac Sanit.* 2003;17 Suppl. 2:186.
19. Servei Català de la Salut. Document Tècnic Encuesta de Salut de Catalunya. Enquesta de Salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya; 1995.
20. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health.* 2004;94:82-8.
21. Servei Català de la Salut. Document Tècnic Enquesta de Salut de Catalunya. Enquesta de Salut de Catalunya 2002. Barcelona: Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya; 2003.

22. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59:761-7.
23. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scales. *J Psychosomatic Res*. 1967;11:213-18.
24. US Department of Health and Human Services. *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Substances Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services National Institutes of Health, National Institute of Mental Health; 1999.
25. Escribà-Agüir V, Tenías-Burillo JM. Psychological well-being among hospital personnel: the role of family demands and psychosocial work environment. *Int Arch Occup Environ Health*. 2004;77:401-8.
26. Instituto de la Mujer. *Mujeres en cifras*. [Accedido 28 Abril 2005]. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/MCIFRAS>.
27. Artazcoz L, Cortès I, Benach J. Les desigualtats en salut laboral a Catalunya. En: Borrell C, Benach J, editores. *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània; 2005.
28. Flaquer L. *Les polítiques familiars en una perspectiva comparada*. Barcelona: Fundació la Caixa; 2000.
29. Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:639-47.
30. Artazcoz L, Artieda L, Borrell C, Cortès I, Benach J, García V. Combining job and family demands and being healthy: What are the differences between men and women? *Eur J Public Health*. 2004; 14:43-8.
31. Instituto de Estudios Laborales de ESADE. *Tercer Informe Randstad: Calidad del Trabajo en la Unión Europea: Las Políticas de Conciliación*. Madrid: ESADE; 2004.
32. Brullet C. El debat sobre la conciliació ocupació-família dins el marc de la Unió Europea. *Revista Catalana de Sociologia*. 2000;12:155-85.
33. Olstad R, Sexton H, Sogaard AJ. The Finnmark Study. A prospective population study of the social support buffer hypothesis, specific stressors and mental distress. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2002;36:582-589.
34. Stansfeld SA, Rael GS, Head J, Shipley M, Marmot M. Social support and psychiatric sickness absence: a prospective study of British civil servants. *Psychol Med*. 1997;27:35
35. Brown GW, Harris TO. *Life events and illness*. New York: Guilford Press; 1989.
36. Eisenstat SA, Bancroft L. Domestic violence. *N Engl J Med*. 1999;341:886-92.