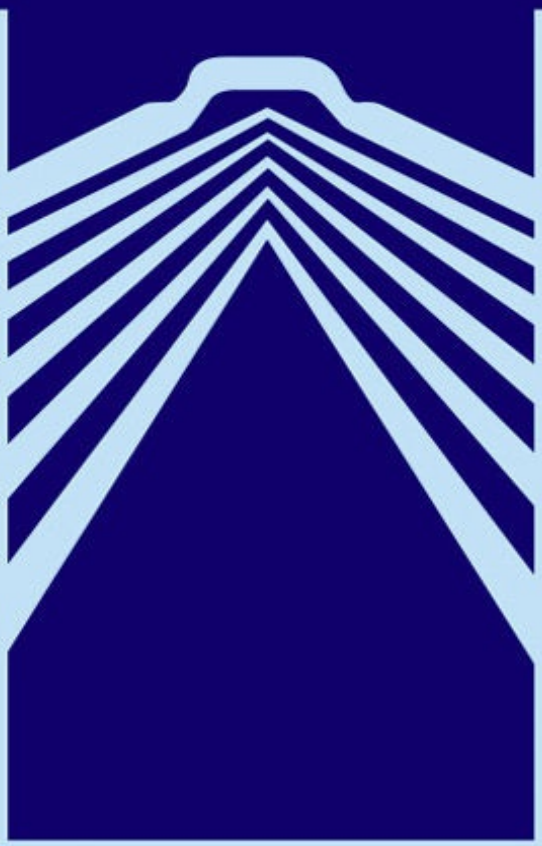

# Género, salud y trabajo

## Aproximaciones desde una perspectiva multidisciplinar

Eva Cifre Gallego
María Vera Perea
Fulvia Signani
(Coords.)

PSICOLOGÍA

PIRÁMIDE

Coordinadoras

**EVA CIFRE GALLEGO**

PROFESORA TITULAR DE PSICOLOGÍA SOCIAL, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD,
UNIVERSITAT JAUME I (CASTELLÓN, ESPAÑA)

**MARÍA VERA PEREA**

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN DEL INSTITUTO SUPERIOR
TECNOLÓGICO CORDILLERA (QUITO, ECUADOR)

**FULVIA SIGNANI**

PROFESORA RESPONSABLE DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD
DE LA UNIVERSIDAD DE FERRARA (FERRARA, ITALIA)

# Género, salud y trabajo

## Aproximaciones desde una perspectiva multidisciplinar

EDICIONES PIRÁMIDE

# Relación de autores


Rafael Ballester Arnal
Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universitat Jaume I de Castellón.

F. Javier Cerrato Allende
Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad del País Vasco.

Eva Cifre Gallego
Psicología Social. Universitat Jaume I de Castellón.

Concepción de la Fuente Cabrero
Economía de la Empresa. Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.

Cristina Figueroa Domecq
Economía de la Empresa. Área de Comercialización. Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.

Carmen Gallardo Pino
Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.

Santiago García Campá
Derecho del Trabajo y Seguridad Social. Universitat Jaume I de Castellón.

Amparo Garrigues Giménez
Derecho del Trabajo y Seguridad Social. Universitat Jaume I de Castellón.

M.ª Dolores Gil Llario
Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Valencia.

Cristina Giménez García
Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universitat Jaume I de Castellón.

Corina Mirela Ilin
Psicología Social Aplicada. Universidad del Oeste de Timisoara (Rumanía).

Elisa Iniesta Pérez de Gracia
Consultora de Igualdad Equality Momentum.

Ana María Julián Edo
Consultora de Igualdad Equality Momentum.

Lidia Lozano Lapiedra
Psicología. Universitat Jaume I de Castellón.

Ana Mercedes Martínez Pérez
Sociología. Universidad de las Américas, Quito, Ecuador.

Miguel Ángel Nadal Martínez
Psicología Social. Universitat Jaume I de Castellón.

M.ª Carmen Pastor Verchili
Psicología Básica. Universitat Jaume I de Castellón

Maite Sarrió Catalá
Directora de Infinita.

Mónica Segovia Pérez
Economía de la Empresa. Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.

Fulvia Signani
Universidad de Ferrara (Italia). Unidad de Promoción de la Salud.

Asunción Ventura Franch
Derecho del Trabajo y Seguridad Social. Universitat Jaume I de Castellón.

María Vera Perea
Instituto Superior Tecnológico Cordillera. Quito (Ecuador).

# Índice


## Introducción

### PARTE PRIMERA
### Marco general: salud ocupacional y género

## 1. El género como fuente de diversidad en salud y trabajo: bases teóricas y conceptuales

1.1. El inevitable aprecio de la diversidad
  1.1.1. El pensamiento de la diferencia
  1.1.2. La dinámica de la percepción de diferencias: estereotipos, prejuicios y discriminación por género
1.2. Género: cuestiones a considerar cuando se está estudiando salud en el trabajo
  1.2.1. Género como constructo
  1.2.2. Género-sexo como factor determinante de la salud
1.3. El enfoque del ciclo vital en salud y género
  1.3.1. El enfoque del ciclo vital
  1.3.2. Deconstrucción de cursos de la vida
1.4. El machismo y el patriarcado
1.5. Conclusiones
Referencias

## 2. El género como determinante social del trabajo y la salud

2.1. Modelo de los determinantes de la desigualdad-inequidad en salud de la OMS
2.2. La salud de las mujeres
2.3. Condiciones laborales de las mujeres
  2.3.1. Salario
  2.3.2. Segregación ocupacional
2.4. Consideraciones acerca del estudio de la salud laboral respecto al género
2.5. Conclusión
Referencias

## 3. Psicología de la salud y género

3.1. Mortalidad y esperanza de vida en función del género
3.2. Morbilidad y género
3.3. Causas biológicas y sesgos de los clínicos
3.4. Líneas de investigación que podrían explicar las diferencias en salud a través del género
  3.4.1. Conductas de salud
  3.4.2. Roles sociales y eventos vitales estresantes
  3.4.3. Rasgos asociados al género
3.5. Diferencias de género en la búsqueda de ayuda médica
3.6. El género de los profesionales sanitarios
3.7. Conclusión
Referencias

## 4. Psicología de la salud ocupacional, emociones y género

4.1. La psicología de la salud ocupacional
  4.1.1. Definición de psicología de la salud ocupacional
  4.1.2. Modelos teóricos
4.2. Las emociones como indicador básico de salud ocupacional
  4.2.1. El triple sistema de respuesta emocional
  4.2.2. Emociones primarias y secundarias
  4.2.3. Funcionalidad de las emociones
  4.2.4. Emociones y salud ocupacional
4.3. Psicología de la salud ocupacional, emociones y género
  4.3.1. Mujeres y hombres en el mundo laboral
  4.3.2. Aproximación empírica: diferencias de género en la salud ocupacional
  4.3.3. Diferencias en los componentes fisiológico, psicológico y social de las emociones en el trabajo en función del género
4.4. Más allá de la prevención: promocionando la salud ocupacional de ambos géneros
Referencias

## PARTE SEGUNDA
## Factores que afectan a la salud ocupacional considerando el género

## 5. Conflicto trabajo-familia y salud: ¿Afectan los mismos factores familiares y laborales a hombres y mujeres?

5.1. Introducción
5.2. Conflicto trabajo-familia
5.3. Conflicto trabajo-familia y género
5.4. Efecto diferencial de las variables familiares en el conflicto trabajo-familia
5.5. Efecto diferencial de las variables laborales en el conflicto trabajo-familia
5.6. Apoyo social, género y conflicto trabajo-familia
5.7. Consecuencias sobre la salud del conflicto trabajo-familia en función del género
5.8. Conclusión
Referencias

## 6. Violencia de género en el trabajo

6.1. Conceptos básicos para la definición de la violencia contra las mujeres
6.2. El concepto de violencia de género en la legislación española: estado y comunidades autónomas
6.3. El concepto de violencia de género en la doctrina del tribunal constitucional
6.4. La violencia de género en el trabajo
Referencias

## 7. Conducta económica, género y bienestar subjetivo

7.1. Más allá de la economía tradicional
7.2. Más allá de la psicología tradicional
7.3. El ciclo vital y su vinculación con las finanzas
  7.3.1. Niñez
  7.3.2. Adolescencia-juventud
  7.3.3. Madurez: una fase caracterizada por la emancipación
  7.3.4. Adultez: con o sin tantas cargas familiares y con salarios o rendimientos adecuados a dicho estatus
  7.3.5. Adultez tardía
7.4. La alfabetización financiera

7.5. Psicología, economía, género y bienestar
7.6. Una responsabilidad en el ámbito económico-financiero
7.7. Ante un mundo en continuo cambio
Referencias

## 8. Entornos saludables y género: impacto en género y salud del programa Universidad Saludable

8.1. Fundamentación: ¿de dónde venimos?
8.2. Igualdad como salud y salud como igualdad: evaluar el impacto de género y salud en el programa universidad saludable
8.2.1. Evaluación del Plan de Formación en Salud, 2011
8.2.2. Evaluación del programa Universidad Saludable según indicadores, 2013
8.3. Conclusiones y recomendaciones: ¿hacia dónde vamos?
Referencias

## PARTE TERCERA
## Intervención

## 9. Happiness Mainstreaming. Fundamentos teóricos y metodológicos desde la psicología de género

9.1. La felicidad. Clave de diagnóstico e intervención social y organizacional
9.2. Happiness mainstreaming. Fundamentos teóricos y metodológicos
9.2.1. Creas lo que crees. Cerebro emocional y cognitivo
9.2.2. Desempoderamiento: miedo, violencia y violencia de género, enfermedad e infelicidad
9.2.3. Desempoderamiento organizacional
9.2.4. Empoderamiento: amor, libertad, salud y felicidad
9.3. Happiness mainstreaming organizacional. Transversalizar la felicidad como cultura corporativa
9.4. Conclusiones
Referencias

## 10. Bases normativas para el gender mainstreaming en salud laboral

10.1. Algunas consideraciones previas
10.2. El marco normativo de la prevención de riesgos laborales en las situaciones de embarazo, lactancia y puerperio
10.2.1. Evaluación de los riesgos para el embarazo o la lactancia
10.2.2. El largo olvido legal de la suspensión del contrato de trabajo como medida preventiva en las situaciones de embarazo y lactancia y la sucesión de «parches» normativos
10.3. Hacia un diseño normativo de la prevención de riesgos laborales desde la perspectiva de género: bases legales y técnicas de un proceso aún por desarrollar
Referencias

## 11. Planes de igualdad y salud laboral

11.1. Funcionamiento interno desde un punto de vista orgánico y laboral
11.1.1. Fundamentación jurídica
11.1.2. Fundamentación ética
11.1.3. Materias sobre las que intervenir
11.1.4. Fases de elaboración
11.2. Repercusión para la salud laboral con perspectiva de género
11.2.1. Principales aspectos a tener en cuenta
11.2.2. Principales áreas de intervención del plan de igualdad con respecto a la salud laboral

11.2.3. Igualdad de oportunidades en el ámbito de la investigación
11.3. Conclusiones
Referencias

# Introducción

Tradicionalmente, cuando se ha abordado el «mundo del trabajo» se ha realizado teniendo en mente una figura masculina. Y esto ha sido así a pesar de que las mujeres han trabajado históricamente tanto dentro como fuera del hogar. Aunque se ha transmitido la idea de que la incorporación masiva de las mujeres al mercado laboral fue en los años setenta del siglo XX, lo cierto es que ya en la época contemporánea, a finales del siglo XVIII, las mujeres obreras trabajaron en fábricas y manufacturas. Pero ya entonces ocupaban mayoritariamente los trabajos más mecanizados y con menor cualificación, lo que justificaba la inferioridad de su salario. Además, se empezó a difundir la idea del trabajo femenino como esporádico y complementario al masculino, idea que en muchos casos sigue manteniéndose en la actualidad, más de 200 años después, y que sigue sustentando de alguna manera la segregación horizontal y vertical estructural que todavía tenemos.

Por otro lado, la conexión entre salud y trabajo (salud laboral) cuenta ya con una amplia tradición en disciplinas como la Medicina (Medicina del trabajo) o la Psicología (Psicología de la salud ocupacional), abordando de este modo a la persona trabajadora en toda su amplitud (cuerpo y mente, y su interacción). Y sabemos que algunas características del trabajo (por ejemplo, la rutina o la posibilidad de aplicar habilidades al puesto del trabajo, por citar algunas) pueden estar afectando a dicha salud (física y mental); también sabemos que existen trabajos masculinizados/feminizados (¿por preferencia individual?, ¿por asunción de roles tradicionalmente masculinos/femeninos que se han integrado en la persona durante el proceso de socialización en una cultura patriarcal?), así como trabajos con características específicas (en cuanto a rutina, aplicación de habilidades..., por seguir el mismo ejemplo), que por tanto deben estar afectando de manera diferencial a hombres y mujeres. Sin embargo, curiosamente, el abordar la salud ocupacional desde la perspectiva de género es algo que todavía se está empezando a considerar en estos momentos.

En el mundo actual, donde todo está conectado, las violaciones a los derechos laborales fundamentales las encontramos también a nivel global. Cuando se habla de globalización, género y trabajo, generalmente se piensa en un tipo específico de producción: la asistencia y el servicio doméstico implementado por las inmigrantes (piénsese en la migración de las mujeres ucranianas llamadas «nanas» como cuidadoras familiares en el norte de Italia, o las mujeres rumanas en la zona de Castellón, España), y el trabajo sexual (que trae consigo la necesidad de evaluar si se trata de prácticas coercitivas). Sin embargo, el estudiar los efectos de la globalización en el trabajo desde la

perspectiva de género significa también lidiar con la división del trabajo determinada por el género (segregación horizontal y vertical, razón por la cual persiste la brecha salarial), además de la violencia y la agresión en el lugar de trabajo, así como el estudio de cómo prevenirlas e intervenir en ellas. De este modo, se vuelve cada vez más importante el profundizar en los efectos macroeconómicos, la producción y las finanzas vinculadas al papel de la mujer, las nuevas formas de expresión de la maternidad y de la paternidad, y de qué manera se reconcilian las responsabilidades laborales y familiares en la salud de hombres y mujeres del comercio.

La estructura de la sociedad posmoderna continúa revelando signos de permanente masculinidad y patriarcado, así como de los estereotipos de género relacionados. En concreto, un breve análisis en profundidad de los significados sexuales y de género como factores determinantes de la salud, y los ejemplos de las nuevas investigaciones orientadas al género, pueden ayudar a dar forma al peso del género. Todos estos elementos traen a primer plano la necesidad de gestionar la diversidad de género en las diferentes organizaciones, con la propuesta y aplicación de normativas específicas que persiguen el objetivo fundamental de garantizar un trabajo decente y significativo para todos y todas.

El libro pretende resumir y analizar los problemas de salud y trabajo inmersos en esta era globalizada desde una perspectiva de género, integrando diferentes aproximaciones y disciplinas (estudios de género, psicología, medicina, derecho, empresa, sociología, etc.). Por ello, uno de los aspectos más relevantes del libro es que aborda los tres aspectos (salud, trabajo, género) al mismo tiempo, desde una perspectiva multidisciplinar, lo que permite combinar teoría y práctica de una manera amplia y a la vez concreta.

De este modo, el libro realiza una progresión a través de los capítulos desde conceptos más básicos relacionados con género, salud y trabajo, hasta el análisis de factores que afectan a la salud ocupacional considerando al género, para finalizar en aplicaciones prácticas para una buena gestión de la diversidad de género en el trabajo. Las aportaciones del libro son realizadas tanto por investigadores e investigadoras, que aportan el punto de vista académico e investigador, como por profesionales de los recursos humanos y de la igualdad de género, en cuyas manos se concentran las bases para una fundamentada intervención en salud ocupacional desde la perspectiva de género.

La parte I del libro, *Marco general: salud ocupacional y género,* contiene cuatro capítulos que asientan la base teórica y el marco conceptual del resto del libro. En el capítulo 1, Fulvia Signani, Eva Cifre y Lidia Lozano desarrollan los procesos psicológicos que llevan a la apreciación de la diversidad de género, analizan el constructo de género y describen la relación entre género y salud ocupacional. En el capítulo 2, Mónica Segovia, Cristina Figueroa y Concepción de la Fuente facilitan el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud a través del modelo de los determinantes de la desigualdad-inequidad en salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y analizan

cómo las condiciones laborales, así como la relación entre participación laboral, empleo y la conciliación vida familiar/profesional, tienen un efecto directo en la salud en hombres y mujeres de manera diferencial. En el capítulo 3, Rafael Ballester, M.ª Dolores Gil y Cristina Giménez revisan los principales hitos que dieron lugar al nacimiento de la Psicología de la Salud como disciplina y realizan una revisión de algunos de los ámbitos en los que el género ha permitido explicar parte de la variación observada entre los seres humanos en sus conductas de salud, la prevención y la conducta de enfermedad, incluyendo en ésta tanto la vivencia ante las enfermedades como la búsqueda de ayuda médica y psicológica en diferentes ámbitos, incluyendo el laboral. Profundizando en este ámbito, María Vera, Eva Cifre y M.ª Carmen Pastor analizan en el capítulo 4, desde el marco de la Psicología de la salud ocupacional y de la Psicología de las emociones (como indicador de salud), las variables tanto estructurales (segregación horizontal y vertical, características del puesto diferenciadas por género...) como individuales o del rol social (preferencias por género, estrategias de afrontamiento, conflicto familia-trabajo, diferencias en los componentes de las emociones...) que afectan a la salud de hombres y mujeres en el trabajo, a partir de las cuales realizan una propuesta de ir más allá de la prevención, promocionando la salud ocupacional para ambos géneros.

La parte II del libro, *Factores que afectan a la salud ocupacional considerando el género,* la componen otros cuatro capítulos en los que se abordan diferentes factores que de alguna manera afectan a la salud ocupacional de hombres y de mujeres. En el capítulo 5, F. Javier Cerrato y Eva Cifre analizan cómo el conflicto trabajo-familia y familia-trabajo puede afectar de manera diferencial (o no) a hombres y mujeres. En el capítulo 6, Asunción Ventura y Santiago García Campá abordan cómo se plantea desde la legislación española y autonómica la violencia de género, con los conceptos de acoso sexual y acoso por razón de sexo como piezas claves para garantizar la indemnidad de las mujeres trabajadoras, además de analizar algunos de los instrumentos desarrollados en estos años para prevenir y abordar la violencia de género en el trabajo. El capítulo 7, desarrollado por M. Ángel Nadal, Eva Cifre y Corina Ilin, expone el desarrollo histórico y la situación actual en el ámbito complejo de la conducta económica, considerando la perspectiva de género y su posible impacto en el bienestar subjetivo (como indicador de salud psicosocial) de hombres y mujeres. Finalmente, en el capítulo 8 Carmen Gallardo y Ana Mercedes Martínez analizan los entornos saludables (en especial universidades y centros de educación superior) desde un enfoque salutogénico y con perspectiva de género a partir de su experiencia en la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, proponiendo, a modo de evaluación, un abordaje coordinado de la política universitaria en materia de igualdad de oportunidades (gestión de tiempos: conciliación de la vida laboral), de sostenibilidad (gestión energética y de residuos) y de salud biopsicosocial (gestión de la diversidad funcional, étnica, de género), directamente relacionado con los determinantes sociales de la salud, los estilos de vida y el empoderamiento en salud.

Finalmente, la parte III, *Intervención,* está compuesta por tres capítulos. En el

primero de ellos, el capítulo 9, Maite Sarrió desarrolla una teoría propia que fundamenta la importancia de transversalidad de la felicidad, lo que denomina *happiness mainstreaming*, y desarrolla cómo aplicarla desde la Psicología del género, a nivel individual, a través de empoderamiento, y organizacional, a través de técnicas de gestión de la diversidad. Precisamente en la acción de *mainstreaming*, o transversalidad de género como acción que enfatiza la idea de que todas las acciones y actividades públicas deben considerar la dimensión género ya desde la fase de planificación, se centra el capítulo 10. En él, Amparo Garrigues sienta las bases normativas de dicho *gender mainstreaming* en el ámbito de la salud laboral. Finalmente, en el capítulo 11 Ana María Julián y Elisa Iniesta desarrollan una de las herramientas más útiles e importantes para apoyar la igualdad laboral, los planes de igualdad, así como su relación con la salud laboral.

EVA CIFRE
MARÍA VERA
FULVIA SIGNANI

# PARTE PRIMERA
# Marco general: salud ocupacional y género

# 1

# El género como fuente de diversidad en salud y trabajo: bases teóricas y conceptuales

FULVIA SIGNANI[1], EVA CIFRE GALLEGO[2] Y LIDIA LOZANO LAPIEDRA[2]

La adopción de la perspectiva de género de forma transversal en el estudio de la salud en el trabajo es algo todavía reciente y, lamentablemente, no muy extendido. Aunque en el resto de capítulos del libro se tratará el tema con mayor profundidad, en relación con diferentes aspectos teóricos y aplicados, resulta fundamental partir de unos conocimientos básicos donde asentar el resto de ideas y análisis que se desarrollarán en ellos. Por tanto, el objetivo de este capítulo es plantear estas bases teóricas y conceptuales, tanto desde un punto de vista filosófico, psicológico o sociológico, como desde los propios estudios de género.

## 1.1. EL INEVITABLE APRECIO DE LA DIVERSIDAD

El debate sobre la igualdad de oportunidades impregna los campos de la sociología, la psicología o el derecho, y se une en filosofía a la crítica que hace el postmodernismo al universalismo. Cuestionó el concepto de justicia, derivado de la ilustración neoliberal que pretendía tratar a todos del mismo modo, aunque ese «todos» incluyera únicamente a los varones blancos; esta nueva fase histórica reconoce la importancia de que todas las personas tengan acceso a los mismos derechos, reconociendo que debe ser aplicable a personas que representan diferentes realidades, a menudo no compatibles con las demás. Una de esas diferentes realidades es el género.

### 1.1.1. El pensamiento de la diferencia

Podemos encontrar en Carol Gilligan (1993) el llamado «pensamiento de la diferencia», uno de los referentes de la investigación psicológica más cuidadosa, que asigna a cada género una especificidad positiva. Gilligan, en su texto revisado de *A different voice: psychological theory and women development* («Una voz diferente: teoría psicológica y desarrollo de las mujeres») informa de los datos de una investigación realizada con entrevistas a mujeres sobre temas de vida, matrimonio, divorcio, trabajo, relaciones sociales e hijos/hijas. Los resultados proporcionan elementos preocupantes

sobre su percepción de «sentirse», sus limitaciones sociales, el miedo interiorizado para expresar sus opiniones en su relación con el hombre e, incluso en situaciones importantes, temer el juicio de los demás y sentirlo como condicionante, por ejemplo en el caso de una decisión tan importante como el aborto.

Investigaciones como éstas llevan a la necesidad de volver a contar la historia dando voz a las mujeres, considerando clave el género de la persona que la escribe. Esta consideración condujo, en conjunción con otras tensiones, a que después de los *estudios de las mujeres* nacieran los *estudios de género*.

Afirmar que las mujeres son diferentes a los hombres, en cuanto mujeres, en cuanto hembras, supone un riesgo de banalizar el concepto de diferencia y reducirlo a una lectura de diversidad «natural», que resulta muy adecuado para mantener el *status quo* de desequilibrio entre hombres y mujeres. Por el contrario, también existe el riesgo de una ideología de la exaltación de la diferencia femenina como portadora de la virtud superior, de reclamar una esencia diferente, posición que resulta igualmente contradictoria de cara a obtener el objetivo de «equilibrio» entre géneros (Morselli, 2007).

El texto *La justicia y la política de la diferencia,* de Iris M. Young (1990), resaltó la valorización de la diferencia, y no sólo para las características masculinas o femeninas. Una sociedad cada vez más mestizada requiere especial atención a la identificación de las diferencias. Dicha autora también planteó el tema de gestión de la diversidad y de las diferencias entre las personas en las organizaciones (*diversity management*). A continuación se analizarán las dinámicas psicosociales que crean y llevan a percibir las diferencias.

### 1.1.2. La dinámica de la percepción de diferencias: estereotipos, prejuicios y discriminación por género

Desde los primeros meses de vida construimos una representación del mundo en el que vivimos y que nos rodea, con la intención de sentirnos parte del mismo, activando lo que Bruner (1990) define como una *tendencia hacia la significación*.

Este proceso evoluciona a lo largo de la vida y se basa en la estrategia de *categorización,* producto y fuente de una compleja serie de mecanismos que incluyen una pluralidad de habilidades y competencias que, como afirma Bruner, constituyen la base fundamental de cualquier forma intelectual. La categorización es el proceso por el cual incluimos dentro del mismo grupo a diferentes miembros en base a algún criterio; por ejemplo, podemos formar las categorías de gatos, de ropa de invierno, de alimentos, etc. Todos los miembros de una categoría cumplirán con el criterio, aunque habrá miembros más típicos que otros (Borghi, 2002; Palmonari, cit. en De Caroli, 2005; Tajfel, 1981). Las dimensiones alrededor de las cuales se organizan las categorías son jerárquicas (subcategorías de categorías), para llegar a una comprensión de las realidades

complejas. La representación de un grupo social específico activa procesos de categorización a los que llamamos «*sociales»,* y representa un sistema de guía útil que ayuda a definir su lugar específico dentro de la sociedad y a organizar su propia realidad social, introduciendo diferencias de valor en diferentes grupos.

Tajfel (1981) afirma que la utilidad de la categorización social es su capacidad de discriminar entre los miembros, que clasificamos pertenecientes a una categoría u otra. La función de discriminación es simplificante y sistematizante, y cuenta con diferentes limitaciones. Conduce, de hecho, a la creación de *estereotipos* que dan como resultado distorsiones, percepciones ilusorias de homogeneidad entre grupos (categorías) y a errores de atribución (de características y de pertenencia a las categorías), con el riesgo evidente de clasificar a las personas en relación a sus categorías sociales, como el sexo, la etnia y la nacionalidad, usando generalizaciones.

En la figura 1.1 se describen las características individuales, que pueden clasificarse en diferentes «capas» de tres niveles. En el primer nivel encontramos características/diferencias *profundas*: carácter, personalidad, conocimientos, creencias personales, sentimientos religiosos o espirituales, opinión política, estilo de trabajo conectado a valor que atribuimos al trabajo, y la orientación sexual, que puede situarse en un nivel intermedio entre el nivel profundo y un segundo nivel *invisible*, influenciado por la sociedad.

En el nivel *invisible*, además de la orientación sexual, se encuentra la afiliación religiosa y política, la educación, las habilidades, el estatus de los progenitores, la experiencia laboral y la conciliación de la vida personal y la profesional. Finalmente, dos características como la edad y el vivir o no en pareja estarían en un nivel intermedio entre el nivel invisible y el tercer nivel, que es *visible*.

El último nivel es lo que otras personas ven: el idioma, el color de piel, la forma de vestir, la religiosidad que manifiesta (la frecuencia de asistencia a los servicios religiosos, etc.), los atributos físicos, alguna discapacidad y el género, que, tal y como se verá en el resto del libro, toma gran importancia en la interfaz con la empresa y la sociedad.

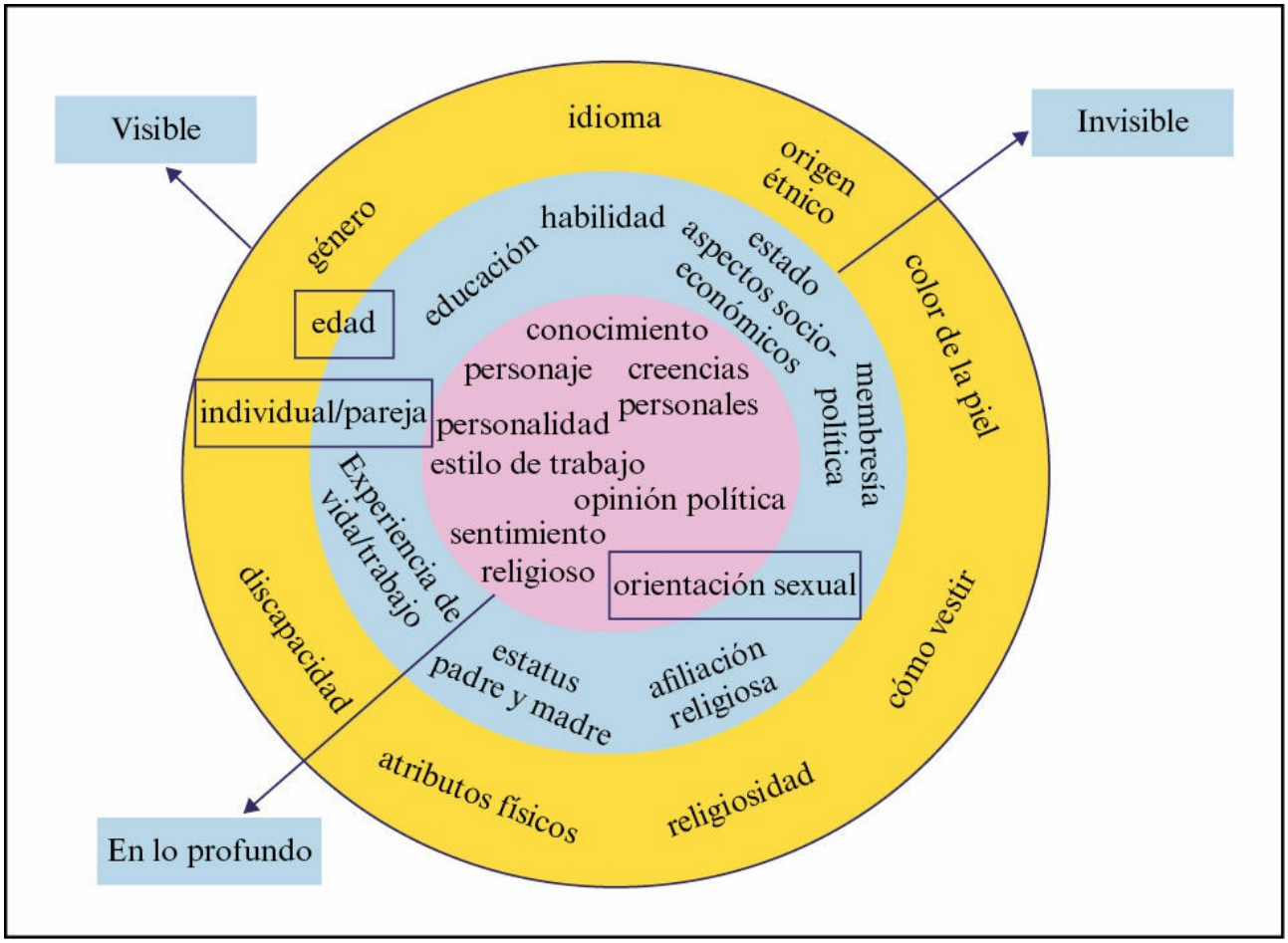


Figura 1.1.—Niveles de características individuales.

¿Pero cómo reacciona nuestra psique a las diferencias? La figura 1.2 nos muestra que cuando nos encontramos a una persona se activan en nosotros dinámicas perceptivo-cognitivas que nos llevan practicar una discriminación, es decir, a «distinguir diferencias». En este punto, nuestra mente realiza dos tipos de categorizaciones: una simple, de tipo dicotómico o binario, que conduce a distinguir, por ejemplo, si la persona es negra o blanca, si es hombre o mujer, si parece pobre o rica, etc., y otra compleja que permite relacionar dos o más características, por ejemplo mujer heterosexual, blanca, abogada...

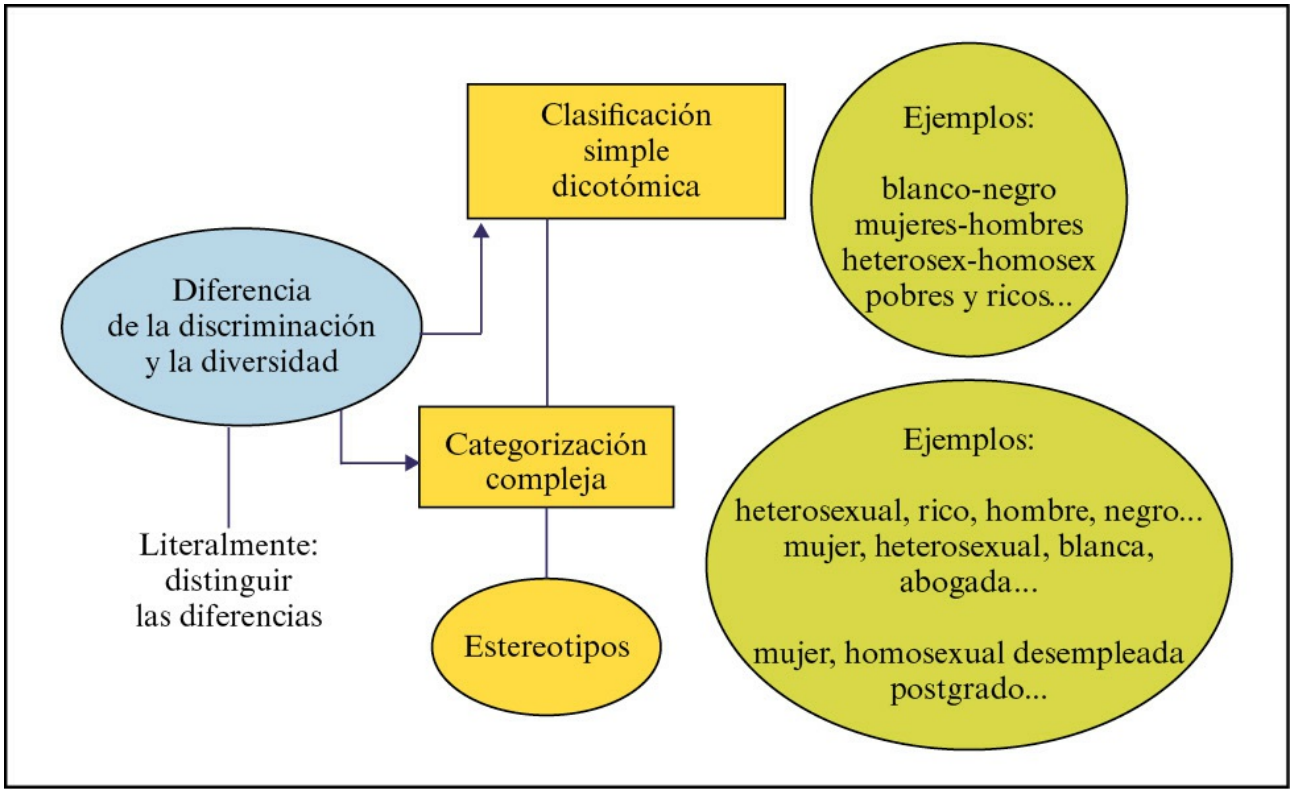


Figura 1.2.—Mecanismos psicológicos de percepción de las diferencias y la diversidad. (FUENTE: elaboración propia.)

Tal y como muestra la figura 1.3, una consecuencia directa de la categorización simple dicotómica es una tendencia a implementar una clasificación *jerarquizante* de tipo «una es mejor que la otra». El realizar una *categorización compleja* requiere un esfuerzo adicional de atención y curiosidad, que permite relacionar dos o más características y superar la sola clasificación dicotómica. Si se dedica más atención a las personas, se pueden identificar más características que permiten conocerlas mejor.

Así que mientras la categorización simple conduce a una estructuración jerárquica dicotómica, la categorización compleja conduce inevitablemente a una mayor comprensión de las diferencias y la diversidad.

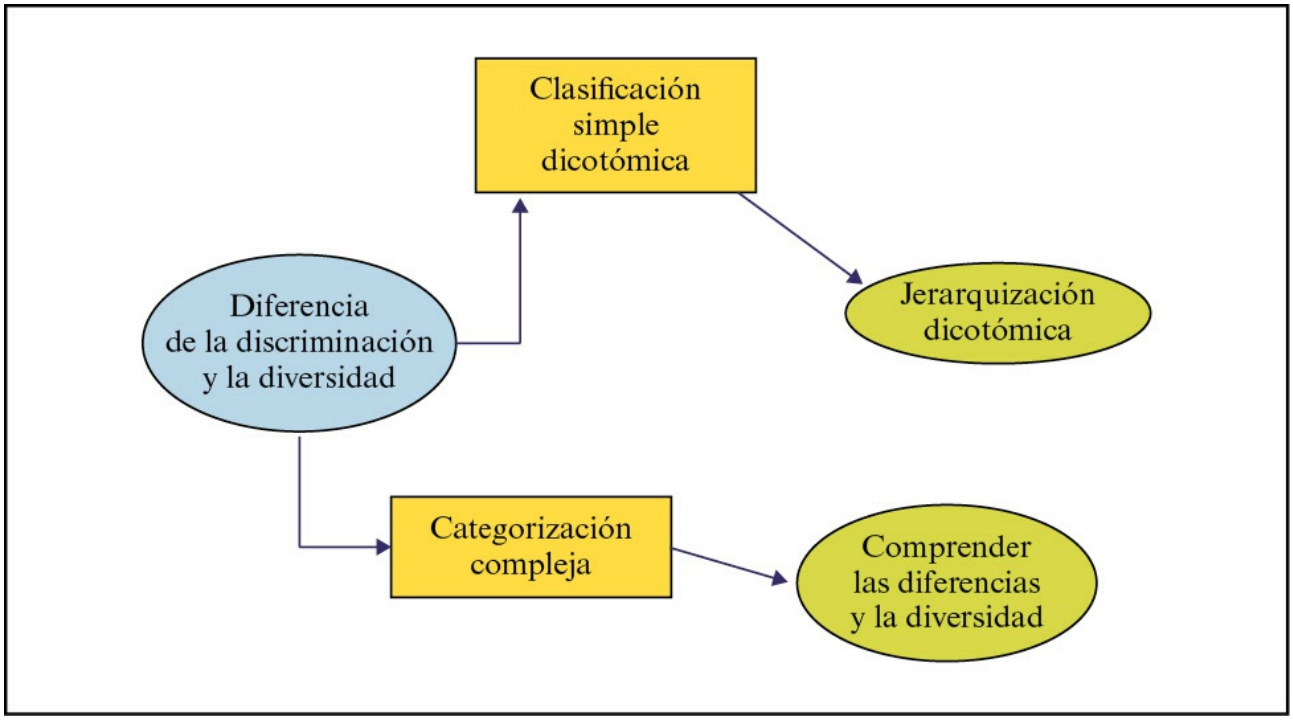


Figura 1.3.—Jerarquización-comprensión de las categorías.

Ambos tipos de categorización ayudan a construir y confirmar un estereotipo (o *cliché*) que consiste en una visión simplificada y ampliamente compartida de un grupo de personas unidas por ciertas características o cualidades reconocibles. En sí, el estereotipo es un concepto abstracto y esquemático que puede tener un significado neutral (por ejemplo, el estereotipo de la Navidad con nieve y chimenea encendida), positivo (la cocina francesa es la mejor del mundo) o negativo (el uso de la asociación entre droga y música rock). Cuando se utiliza con significado negativo o perjudicial, el estereotipo es considerado como una creencia indeseable que puede ser cambiada a través de educación y/o familiarización (técnica que se utiliza, por ejemplo, en situaciones de conflicto y xenofobia).

### A. Estereotipos de sexo/género

Los estereotipos sobre la identidad masculina y femenina están relacionados no sólo con las categorizaciones de una sola persona, sino que están presentes en la organización de las relaciones sociales y simbólicas entre hombres y mujeres en general. A menudo, los seres humanos se etiquetan de acuerdo a dos categorías separadas para hombres y mujeres, que asumen las características atribuidas a uno u otro sexo y crean representaciones de la diferencia sexual socialmente compartidas. Por ejemplo, se atribuyen valores y capacidades situadas en dos polos para el hombre y la mujer: eficiente-emocional, orientado a la acción – social/altruista, competente – cálida/o, fuerte

– con gracia, independiente – interdependiente, dominante del mundo – dominante interior (Taurino, 2005).

Muchos «agentes sociales», tales como la familia, contribuyen al refuerzo de estos estereotipos de género. Los padres/madres, parientes y amigos o amigas proporcionan herramientas (juguetes, comportamientos, conversaciones, etc.) y un sistema de «reflexiones» a los niños y niñas que les llevan a la autocaracterización sexual y de género, tales como desarrollar una autoimagen coherente con su propia identidad sexual (Aime, 2008).

Importante es el papel de los medios de comunicación, con la creación de anuncios de radio y televisión, contenido, personajes y papeles en los programas infantiles, de ficción o de entretenimiento, y la publicidad comercial. No debe olvidarse tampoco el papel de las tecnologías de la información y la comunicación, pues Internet y las redes sociales proporcionan fácil acceso a contenido muy significativo de la relación entre hombres y mujeres (cómo iniciar relaciones amorosas, búsqueda de compañía sexual, ver imágenes pornográficas, etc.), y que sugieren subliminalmente o explícitamente modelos sexuales y de género muy dañinos para las mujeres.

### B. Discriminación en el trabajo

Una investigación de campo importante con respecto a la discriminación es el ámbito de las organizaciones laborales. Observando los datos de género relacionados con la estructura de poder en estas organizaciones, se puede decir que generalmente reproducen el sistema social de pertenencia, por lo que el sistema es casi siempre masculino/patriarcal. A riesgo de simplificar, se puede afirmar que las organizaciones son masculinas y ven a las mujeres *como una casualidad* y no como componentes estructurales de la organización, no reconociendo la *ciudadanía organizacional* que une a todas las personas que son y se sienten parte de una organización.

Será útil, para muchos de los temas que luego se desarrollarán en este y en otros capítulos del libro, analizar el fenómeno de la *segregación ocupacional* (analizado con mayor detenimiento en el capítulo 2). Hablamos de la segregación cuando miembros de dos grupos (como el de hombres y el de mujeres) se distribuyen en diferentes lugares (por ejemplo, diferentes niveles jerárquicos) de modo no casual y en proporción considerablemente lejana a la que presentan en la sociedad.

Desde el punto de vista sociológico, el fenómeno de la segregación adquiere relevancia cuando se asocia con alguna forma de desventaja, siendo interesante detectar por qué a menudo se produce como resultado de un proceso acumulativo no intencional, por lo que no es dependiente de la voluntad de nadie. La segregación es efecto y fruto de la *división sexual del trabajo,* en base a la cual existen trabajos masculinos y femeninos. Son fruto de este fenómeno, por ejemplo, las sacudidas que se producen cuando se considera la idea de que un hombre puede realizar tareas de niñera o de ama de casa. Este tipo de división, originalmente basado en la fuerza física, continúa aún hoy en día en

nuestra sociedad, donde la necesidad de fuerza física en el trabajo es irrelevante.

La segregación implica desigualdad y discriminación si los puestos de trabajo ocupados por mujeres son desventajosos en términos objetivos (remuneración y beneficios, por ejemplo) y/o subjetivos. Esto sucede cuando la mujer siente impedimentos, en muchos sentidos, en su desarrollo de carrera y en su libertad de elección en el mercado laboral. La segregación puede ser el resultado de políticas específicas y de opciones individuales, que llevan a que se repita la constante de que las mujeres con cualificación superior a los hombres están confinadas a puestos de menor cualificación profesional de manera sistemática. La segregación es sin lugar a dudas un mecanismo de desigualdad de género que perjudica a las mujeres.

La desigualdad se define como un tratamiento desigual, y la identificación de dispositivos útiles para contrarrestarlo se convierte en un verdadero desafío. A menudo, para obtener situaciones de igualdad se debe actuar, por ejemplo, a través de *acciones positivas*. Dicho concepto de *affirmative actions* (acciones positivas) fue formulado en Estados Unidos durante la segunda mitad del siglo XX dentro de la lucha del movimiento de derechos civiles. Las acciones positivas se refieren a acciones legales para equilibrar situaciones de asimetría entre grupos, favoreciendo a los grupos con desigualdad de manera temporal, con vistas a la consecución de equilibrio o de paridad (véase la Recomendación 84/635/CEE: Consejo de 13 de diciembre de 1984 en la Promoción de acciones positivas para las mujeres). Se trata de acciones de equidad e igualdad de oportunidades.

Amartya Sen, economista ganador del Premio Nobel, indica, considerando un contexto global, que las condiciones de desventaja de los países emergentes bloquean cualquier posibilidad de cambio y mejora, impidiendo a individuos y naciones crear por sí mismos posibilidades. Esta barrera impide proyectos de vida autónomos (Sen, 1999). Si trasportamos este razonamiento a la libertad de elección de las mujeres sobre su trabajo, podríamos hipotetizar, como medida contraria a la segregación, el dar a las mujeres la oportunidad de elegir *libremente* qué profesión desarrollar. Pero esta es una hipótesis más teórica que real, porque, incluso en condiciones de verdadera libertad de elección, pueden aparecer *elecciones autolimitantes por parte de las propias mujeres*, como resultado de la incorporación de los mensajes machistas omnipresentes, absorbidos durante el curso de la vida en la familia, la escuela, el trabajo o el grupo de amigos y amigas.

De hecho, se puede decir que la segregación está estrechamente relacionada con los prejuicios y discriminaciones que las mujeres viven, pero que también implementan en sí mismas o en otras mujeres. Por ejemplo, se puede ver el fenómeno de lo poco favorable que son las mujeres a dar su voto para posiciones políticas de responsabilidad a otras mujeres, o también el papel que las mujeres asumen «espontáneamente» de cuidadora (la que asiste) y de *amortiguador* (término que se deriva de la mecánica), definiendo con este término que son ellas las que se hacen cargo de los problemas y preocupaciones

dentro de la familia.

Los países más comprometidos en la lucha contra la segregación han demostrado buena voluntad hacia las acciones que atacan sus raíces más profundas, y están preparando desde una edad temprana a la gente en varios e interesantes programas educativos diseñados para conocer la motivación de la segregación y fomentar opciones inusuales, incluso en contraste a los estereotipos de género, tanto en varones como en mujeres, y promover, en esencia, *nuevos modelos de roles.*

## 1.2. GÉNERO: CUESTIONES A CONSIDERAR CUANDO SE ESTÁ ESTUDIANDO SALUD EN EL TRABAJO

El término género es a menudo confundido y solapa incorrectamente al de sexo. «Todas las sociedades humanas consisten en machos y hembras, reconocibles no sólo por las características anatómicas, sino también por una serie de elementos culturales (ropa, comportamiento, función social, estatus) que traducen el sexo, factor natural, en género. De hecho, las personas nacen con el sexo, pero no representados por el género. Éste se construye en base a tipos sociales compartidos y aceptados» (Aime, 2008, p. 36).

Ser biológicamente macho no significa ser automáticamente considerado hombre; lo mismo ocurre para las mujeres. Adquiere particular relevancia entonces distinguir *sexo*, categoría relacionada con anatomía y hasta cierto punto inmutable (ya que hoy en día la morfología sexual puede ser alterada quirúrgicamente), de *género*, categoría simbólica, producto de una construcción cultural, o un icono social como la define Aime (2008).

El hecho de hacer cuestionable el uso de la palabra «género» tiene su origen en un ensayo de Margaret Mead de 1963, antropóloga que afirmaba que el género depende de diferentes estructuras sociales y sólo en parte del sexo biológico. Para ello se basó en las consideraciones de Simone de Beauvoir, que en su famoso libro *El segundo sexo* (1949, 1961) escribió que «no se nace mujer, se hace». Este libro, considerado la piedra angular de la ideología de género, a su vez desafió la noción de identidad sexual como dada y de naturaleza universal. La misma autora reconoce la raíz del abuso de poder del hombre, que relega a la mujer a la posición de un objeto en sus manos, útil para contribuir a su auto-afirmación y a sus prioridades. De Beauvoir resaltó que la discriminación social produce efectos morales e intelectuales tan profundos en las mujeres que pueden ser interpretados, erróneamente, como causados por la naturaleza (Guenzi, 2011).

Género aparece como un término polisémico, rico en diversos significados y sometido a diferentes usos. Etimológicamente el término deriva del inglés medieval *gendre,* extraído del latín *genus* y de la raíz indoeuropea *gen,* indicando «especie», «tipo». Generalmente indica «cómo, a partir de la existencia de dos sexos, cada comunidad construye reglas, caminos más o menos forzados, que regulan los destinos individuales de los dos sexos y sus relaciones mutuas» (Saraceno y Naldini, 2001, p. 83). Al mismo tiempo, el término generalmente identifica modelos de interpretación de la realidad, que

le atribuyen diferentes significados y valores, en su mayoría desiguales, a las experiencias y actividades atribuidas a ambos sexos.

Nunca antes el género había sido interpretado de forma contradictoria: por un lado, desencadena vivas posiciones sociales; por otro lado, se considera trivial y casi olvidado, tanto que define la *evidencia opaca* (Saraceno, 1992), objeto de ceguera específica, a menudo intencional, comúnmente conocida como *ceguera de género*.

### 1.2.1. Género como constructo

De acuerdo con Bateson (1984a), un constructo es la conciencia con la que construimos la realidad; el conocimiento nunca es un reflejo objetivo de la realidad. La conciencia constituye el fundamento del constructivismo, que a su vez, en cuanto «social», pone luz al grupo y a la interacción entre los miembros del mismo, y propone la idea de que las construcciones del mundo (y entre ellas se incluye el género) se derivan de la interacción entre unos y unas con otros y otras, y representan historias compartidas. Según el constructivismo, el observador de un proceso de conocimiento no es externo, sino que participa activamente en el mismo.

El conocimiento que se posee de las cosas tiene una naturaleza constructiva y se basa en la dinámica de la interpretación-acción; el conocimiento del observador debe operar sobre sí mismo, en un contexto de reflexividad. Ello involucra la forma de pensar, los sistemas de referencia del observador, los valores, los prejuicios y las emociones sobre el proceso que está viendo. Desde este punto de vista, ni el conocimiento ni la cultura son neutros, sino que las interacciones dinámicas persona-mundo pueden contribuir a desencadenar procesos positivos y evolutivos, aunque también negativos. Cada persona o grupo da significado a su experiencia y actúa en relación con los demás a partir de las premisas y las creencias personales, de la interpretación que ella o él da de su propia posición en la dinámica interactiva con los demás, de experiencias anteriores o de aquellas que están experimentando (Bateson, 1984b; Varela, 1979).

Aceptar y comprender la importancia del género es una conquista de etapas de un proceso mental fundamental del individuo, un trabajo que requiere la voluntad de deconstruir posiciones de pensamiento habituales, ir más allá de los conceptos básicos y de posiciones aprendidas. Esta dinámica psíquica produce una descentralización cognitiva autocausada, *fractura interna cognitiva* necesaria para pensar y ver el mundo de una manera nueva.

Continuando con la naturaleza polisémica del factor género, un análisis más profundo nos lleva a identificar tres aspectos: identidad sexual, atracción sexual/física (deseo, preferencias sexuales, orientación sexual) y estatus sexual. El estatus sexual, combinado con el comportamiento, etnicidad y clase social, produce a su vez diferentes identidades en una sola persona, así que configura una heterogeneidad individual indiscutible.

Llegado este punto, es útil recordar que, si se acepta que el género y las diferencias de

género están socialmente condicionados y que son características construidas, se deben ver como socialmente cambiables. Parece obvio, pero esta suposición obliga a revisar el análisis social, considerando la existencia de desequilibrios, o mejor dicho de desigualdades, incluyendo el poder. Poder que permite, en estos casos, la transformación de aquello que surge como diferencias naturales en desigualdades históricas y sociales, generalmente en detrimento del género femenino (Piccone Stella y Saraceno, 1996; Saraceno, 1992).

Reflexionar intencionalmente sobre el tema de género puede ayudar a inducir cambios en las relaciones entre los géneros. Cambios en la forma de pensamiento, lenguaje, símbolos culturales, prácticas, etc., llevados a cabo de diferentes maneras dependiendo de si los sujetos son masculinos o femeninos. Por tanto, el género es una de las áreas prioritarias en las que se basan las relaciones de poder.

Con la deslegitimación de dicotomías, la era postmoderna introduce una ruptura de las representaciones tradicionales de masculinidad y feminidad, proceso de desestructuración que también conduce a la pregunta de si la misma construcción de género continúa teniendo efecto. En el postmodernismo se ven algunos, aunque débiles, signos de crisis del patriarcado, y una voluntad de superar la tradición fundada en la homofilia cultural masculina con el hábito de los hombres de elegir preferiblemente a otros hombres para ocupar posiciones de poder por compañerismo, hábito basado en la lógica del «idéntico a mí mismo» (Irigaray, 1990).

En la era postmoderna, interpretaciones distorsionadas de género como una construcción de sexo llevan a menudo a deconstrucciones del significado del término. Ello ha incrementado la consideración de otras expresiones, como la de identidad y orientación sexual, cuya incorporación ha llevado a Braidotti (2002) a sugerir hablar de *géneros,* en plural.

### 1.2.2. Género-sexo como factor determinante de la salud

Hablar de salud significa referirse al modelo salutogénico de Antonovsky (1979), que contribuye a construir una *visión socioecológica* de la salud, que ya no se reduce a la dimensión biológica o comportamental, sino que se extiende a los factores que la determinan, conocidos como «determinantes de la salud». Existen diferentes modelos de determinantes de la salud que incluyen el factor de género o sexo. A continuación se describe uno de los más importantes.

En 2005, la OMS organiza la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud para perseguir la justicia social y la lucha contra las desigualdades y crear un movimiento global que realmente llegara a la verdadera igualdad. Fruto de aquella comisión, Solar e Irwin presentan el modelo de determinantes de la salud que se muestra en la figura 1.4.

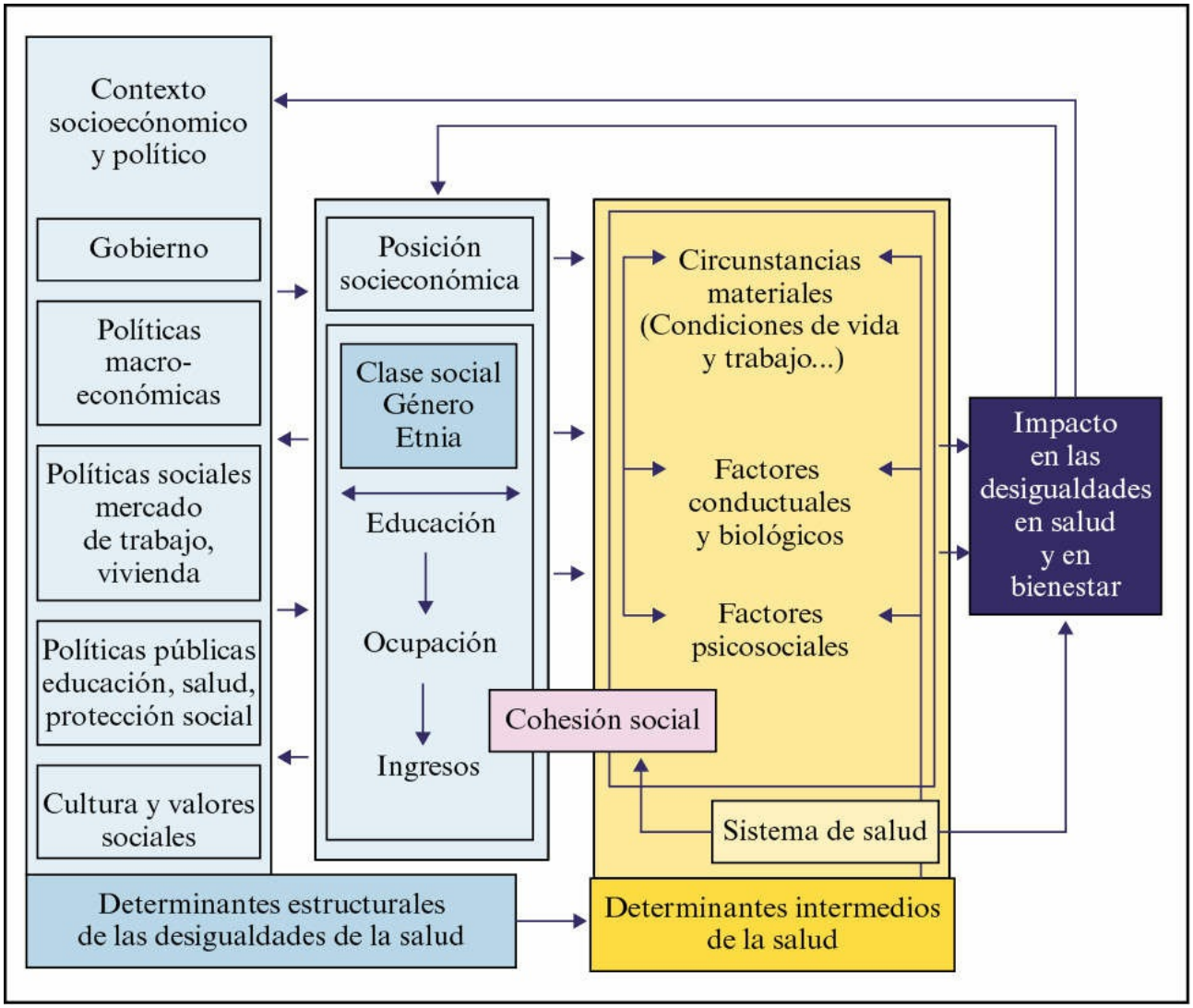


Figura 1.4.—Modelo de determinantes de la salud. (FUENTE: Solar e Irwin, 2006.)

Analizando la figura de izquierda a derecha, como una secuencia de cadena, vemos cómo se representan el contexto socioeconómico y político y la posición socioeconómica como determinantes estructurales que generan la estratificación social. Los determinantes intermedios son los más estrechamente relacionados con una posible enfermedad: las condiciones materiales, factores psicosociales, los comportamientos individuales y el «paquete» de factores biológicos, que incluyen la edad, el sexo y la herencia genética.

De este modo, es la primera vez que, gracias a la labor de la Comisión, el determinante género es considerado y colocado espacialmente entre los determinantes sociales de las inequidades en salud (estructurales). Sin embargo, en la versión más novedosa de 2010 el género ya es colocado sin duda entre los *determinantes sociales estructurales,* tal y como se describe en el capítulo 2.

## 1.3. EL ENFOQUE DEL CICLO VITAL EN SALUD Y GÉNERO

### 1.3.1. El enfoque del ciclo vital

*Cuestiones de salud de la mujer* fue el título de la Conferencia sobre la Salud de las Mujeres en Europa Central y Oriental, que la OMS celebró en Viena en 1994. La Conferencia produjo la famosa Declaración de Viena y decretó el lanzamiento del lema «invertir en salud de la mujer». Pero también fue importante por otros aspectos significativos, tales como son los puntos fundamentales del programa: la igualdad de reconocimiento de los derechos humanos de hombres y mujeres, así como una inversión sanitaria equivalente; el empoderamiento de la mujer; la promoción de servicios adaptados a las mujeres y la atención a las relaciones entre hombres y mujeres, y el «enfoque del ciclo vital», donde la salud aparece vinculada a las distintas etapas de la vida[3].

Aunque siempre se ha sabido que las experiencias en la vida temprana afectan a la vida adulta, la atención se ha centrado de forma significativa en la perspectiva del ciclo vital aplicado a la salud solamente a partir de años ochenta del siglo pasado, gracias a la epidemiología (OMS, 2000; 2002). De hecho, de acuerdo con los datos que surgen de estudios históricos longitudinales y de cohortes, por ejemplo el de Bogalusa Heart Study (Bao, Srinivasan, Wattigney y Berenson, 1994), que también incluía las primeras etapas de la vida, se confirmó que una gran parte de las enfermedades de la edad adulta tienen su origen en la infancia y la adolescencia. Por ejemplo, la desnutrición durante la vida intrauterina y en los primeros años después del nacimiento aumentará el riesgo de enfermedades en edades más avanzadas, como lo demuestra el estudio Caerphilly (Frankel, Elwood, Smith, Sweetnam, y Yarnell, 1996), o que el cáncer de pulmón y el riesgo coronario son el efecto de acumulación de comportamiento tabaquístico.

El nuevo modelo de la perspectiva del ciclo vital y salud se centra en las enfermedades crónicas, las más graves tanto para el individuo como para la economía de la salud. Tiene en cuenta los riesgos físicos y sociales, y los consiguientes procesos biológicos, conductuales y psicosociales que interactúan en todas las fases de la vida y que intervienen para modificar o determinar el riesgo de la enfermedad. Por ejemplo, en la figura 1.5 se muestra el enfoque del curso de vida en relación con la prevención de las enfermedades no infecciosas.

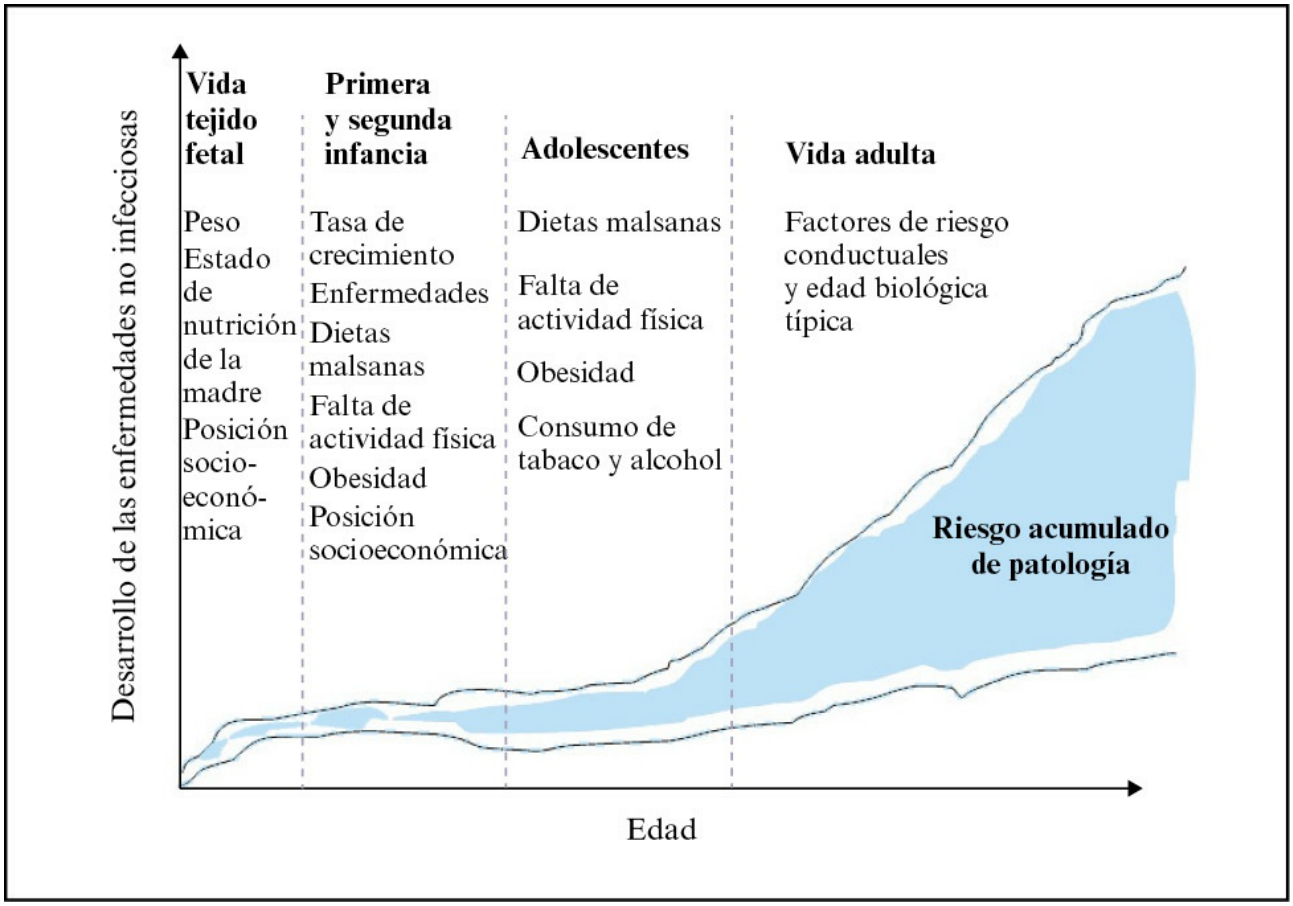


Figura 1.5.—El enfoque del curso de vida a la prevención de las enfermedades no infecciosas. [FUENTE: Adaptado de la OMS (2002), «Life course perspectives on coronary heart disease, stroke and diabetes. The evidence and implications for policy and research».]

El primer congreso de expertos sobre el ciclo vital, que se celebró en Japón en 2001, define las enfermedades crónicas como enfermedades, tanto sociales como físicas, determinadas por procesos biológicos, conductuales y psicosociales que operan a través de todas las etapas de la vida y causan o modifican el riesgo de enfermedad. Pronto se hizo evidente que el fenómeno tiene diferentes efectos sobre hombres y mujeres. Por tanto, no puede olvidarse que el factor género, más allá del «sexo» biológico, representa también diferencias entre hombres y mujeres en su bienestar y en la salud. En el programa de la OMS *Health for All in the Century*, en la sección «Health Equity», se reconoce por primera vez la importancia de tener en cuenta el género cuando se trabaja en salud. De esto se deriva la conciencia de prestar atención a los medicamentos en función al género, lo que supuso un cambio cultural del enfoque que, para lograr resultados tangibles, requiere años de preparación y aplicación (lo que inspira la Medicina de género; para mayor información consultar Signani, 2013). Vinculada a esta consideración encontramos la denominada *paradoja de la mujer*: quizá también debido a la falta de consideración de las diferencias biológicas y sociales entre hombres y mujeres,

ancianas del tercer milenio viven más que los hombres, pero se enferman más, se ven obligadas a utilizar más los servicios de salud y pasan más parte de su vida con mala salud.

El enfoque del *ciclo vital* es utilizado en buena parte de la investigación de las desigualdades sociales en salud para analizar cómo las experiencias y las exposiciones se acumulan en diferentes etapas de la vida y crean desigualdades sociales, tanto en la morbilidad (enfermedad) como en mortalidad, en personas de edad media y avanzada, lo que está poniendo en evidencia las desigualdades de género, que crean el fenómeno identificado como el *sesgo de género*. El concepto de sesgo de género se introdujo por primera vez en el informe de 1994 «Las mujeres y la Investigación en Salud», del Instituto de Medicina de los Estados Unidos. En este estudio se describieron las distorsiones en el diseño y realización de ensayos clínicos, que no tomaban en cuenta los efectos específicos de sexo y/o género, así como el impacto de esta distorsión en la gestión de la salud en las mujeres. Desde entonces han adquirido un significado más general de «errores o sesgos» los datos que no tienen en cuenta el género.

La perspectiva del curso vital es, en *política de salud pública,* la herramienta más adecuada para la prevención de la enfermedad, en particular en la infancia y la adolescencia, con especial atención en los países emergentes. Cuanto más se estudia y se profundiza en el origen de la enfermedad más elementos se encuentran que conectan factores de estado de salud, como la urbanización, la occidentalización (muy ligada al consumismo), la situación cultural y económica, con los riesgos sociales emergentes, y los expertos se sorprenden al constatar cómo estas situaciones no sólo son específicas para cada país, sino que también están estrechamente relacionadas con las diferentes etapas del desarrollo económico de dicho país, así como con el género, tal y como es construido en cada uno de ellos.

### 1.3.2. Deconstrucción de cursos de la vida

Al interés tanto conceptual como metodológico del enfoque del ciclo vital se añaden recientes consideraciones sobre la *desestandarización de los cursos de la vida,* propuestas, en particular, por Widmer y Richard (2009), que señalan que en los años sesenta del siglo pasado las trayectorias de la vida y del trabajo de las personas, hasta ese momento caracterizadas por un elevado grado de homogeneidad y normalización, han ido desestandarizándose, con una gran complejidad y diversidad tanto del trabajo como de las familias. Estos procesos dificultan identificar metodologías adecuadas para el estudio de la perspectiva del ciclo vital.

Hay evidencias que demuestran cómo, frente a una tendencia general que afecta a individuos de manera uniforme en cada situación de la vida, el fenómeno de desestructuración se está vinculando con las propias especificidades de cada país, pero también con el creciente sesgo de género. En este escenario, fragmentado y *fluido,* como

notoriamente señala Bauman en diferentes escritos, se están estableciendo nuevos tipos de desigualdades de género, mientras que las instituciones y las normas sociales del posmodernismo reaccionan para seguir definiendo la familia como el área de mayor responsabilidad de las mujeres, mientras que el trabajo es responsabilidad del hombre.

Stein y Moritz (1999), por último, proponen algunas medidas para reducir la brecha de género en la perspectiva del ciclo vital: promover la investigación sobre los factores de riesgo y causas de la enfermedad, con datos cruzados sobre las causas de muerte y enfermedad, para comprender mejor en qué consisten las diferencias de género; promover políticas a favor de la salud de las mujeres, por ejemplo el aumento de la educación de éstas; promover la carrera profesional de las mujeres y reducir la diferencia en el salario entre ambos sexos en igualdad de cualificaciones, o promover el acceso a la atención médica adecuada para las mujeres, garantizándoles hogares y lugares de trabajo seguros.

## 1.4. EL MACHISMO Y EL PATRIARCADO

El modelo masculino generalmente utilizado en la interpretación de las diferencias de género sólo puede entenderse como «uno de los modelos», dado que representa únicamente un punto de vista entre muchos de sobre cómo debemos interpretar las diferencias entre hombres y mujeres. Representa una interpretación de la organización de muchas sociedades que se definen con un «estilo machista o patriarcal», y merece una consideración aparte.

La teoría patriarcal intenta dar la clave para la interpretación de la estratificación de género, el efecto de la organización social y, como resultado, el privilegio de determinados aspectos físicos u orgánicos (masculinos) sobre otros (femeninos). Originalmente se ha utilizado en un régimen autocrático, donde el hombre se sitúa como cabeza de la familia; así, el término patriarcal se ha utilizado para indicar un sistema general en el que el poder se limita a los hombres adultos. Analizar los fenómenos en términos de patriarcado ofrece la posibilidad de un análisis estructural de las desigualdades de género y proporciona una explicación sistemática del poder asimétrico, distribuido en función del sexo.

El debate sobre el patriarcado ha tomado diferentes formas a través del tiempo. Una de las características de lo que se identifica históricamente como la «segunda ola» de feminismo (1960-1990) ha sido analizar si el patriarcado era la principal fuente de opresión o simplemente una derivación de otras formas de dominancia. El patriarcado, entendido en este sentido, es un fenómeno transhistórico que podría ser superado sólo a través de un cambio radical y de significado revolucionario.

Uno de los efectos reconocidos del patriarcado es el machismo, generalizado en muchas sociedades y que posee dos características principales: no acepta la disminución de las atribuciones tradicionales del papel y la identidad de género, y no acepta la

interpretación de «fluidez de la identidad sexual». Se basa en la asimetría de las relaciones sociales de género y la referencia está siempre restringida al paradigma biológico. El contenido de los mensajes principales es: ver al varón como el sujeto universal (incluso en la opinión de las mujeres), la heterosexualidad como lo «natural», y la orientación no heterosexual (la homosexualidad) como una enfermedad. El compromiso del machismo es construir el mundo y la realidad conforme al sujeto universal masculino, quedando las mujeres excluidas de la cultura, la administración y otras esferas importantes. El modelo elude los temas/problemas de las mujeres: cuando se hace referencia a la mujer es sólo en el contexto de una cultura machista. Llegado a este punto, cabe resaltar que el machismo no sólo es compartido por los hombres.

Scott-Samuel (2009) y sus colegas están estudiando la conexión entre las desigualdades en el patriarcado, la masculinidad y la salud. Parten de la suposición de que se entiende el patriarcado como una fuerte expresión de la masculinidad, que se revela en la sistemática dominación de los hombres sobre las mujeres y sobre otros hombres, lo que se refleja en los aspectos sociales dominantes de la socialización y la locura antisocial, que caracterizan la vida de niños y adultos de todo el mundo y que se reduce a una violencia estructural.

Los efectos del patriarcado sobre las desigualdades en salud son en gran parte desconocidos y no han sido muy estudiados, pero la dinámica de la producción de estos efectos se reduce a un patrón circular. Empieza por la etapa de reproducción de las estructuras patriarcales de la sociedad, que contribuye a continuar una sociedad patriarcal que mantiene la hegemonía de la masculinidad. Esto a su vez provoca abusos del género dominante en las relaciones humanas, apoyando las desigualdades basadas en el poder, lo que resulta a su vez en las desigualdades sociales y de salud.

Por último, y antes de finalizar, cabe aclarar algunos aspectos del lenguaje. Entre los términos relacionados con las características del hombre nos encontramos con el de masculinidad, descrito en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (RAE) como «cualidad de masculino», describiendo masculino como «dicho de un ser: que está dotado de órganos para fecundar», o «varonil, enérgico», descripciones neutras respecto a la superioridad o asimetría de género.

El término que se utiliza a nivel internacional como simétrico a la masculinidad es el de feminidad, descrito como «cualidad de femenino», describiendo femenino como «propio de mujeres», «que posee los rasgos propios de la feminidad», «perteneciente o relativo a ellas», «dicho de un ser: dotado de órganos para ser fecundado». Pero curiosamente, también incluye en la descripción «débil, endeble», lo que sí que denota la inferioridad de este género respecto al masculino.

Además, el antropólogo Gilmore (1993) hace hincapié en que la masculinidad es una función simbólica, y que para llegar a ella a menudo las personas tienen que someterse a pruebas de fuerza, muchas veces ritualizada, e incluso traumática, para demostrar su capacidad para soportar el estrés y el dolor.

La palabra virilidad, sin embargo, contiene una especificación neutral de la fuerza, y por tanto insiste en una dimensión que podría pertenecer tanto a un sexo como al otro, pero se ha acuñado dentro de una sociedad, la romana, abiertamente patriarcal y redundante en cuanto a la supremacía masculina. En el uso corriente, este término ha adquirido significados únicamente para el hombre.

## 1.5. CONCLUSIONES

En este capítulo se han analizado algunos de los conceptos y modelos básicos que permiten analizar las diferencias con relación a la salud y el género para dar luz a la compleja realidad actual. Cada una de las diferencias se refleja en la vida diaria de los trabajadores y las trabajadoras y resalta las dificultades de gestión, de convivencia, tolerancia y respeto, que se desarrollarán en mayor medida y especificidad en capítulos posteriores.

---

## REFERENCIAS


Aime, M. (2008). *Il primo libro di antropologia*. Torino: Einaudi.

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Fransisco: Jossey-Bass.

Bao, W., Srinivasan, S. R., Wattigney, W. A. y Berenson, G. S. (1994). Persistence of Multiple Cardiovascular Risk Clustering Related to Syndrome X from Childhood to Young Adulthood: the Bogalusa Heart Study. *Archives of Internal Medicine, 154*, 1842-1847.

Bateson, G. (1984a). *Mente e natura*. Milano: Adelphi.

Bateson, G. (1984b). *Verso un ecologia della mente*. Milano: Adelphi.

Borghi, A. M. (2002). *Violazioni logiche nei processi di categorizzazione e nelle generalizzazioni induttive basate su categorie*. En G. Mucciarelli y G. Celani, *Quando il pensiero sbaglia. La fallacia tra psicologia e scienza*. Torino: UTET.

Braidotti, R. (2002). Destini del corpo. Tra il non-più e il non-ancora: sulla bio/zoetica. Etica, egualitarismo, sostenibilità. *Golem, l'indispensabile, 3*. Extraído el 16 de junio de 2014 desde http://www.golemindispensabile.it/index.php?_idnodo=6743&_idfrm=61.

Bruner, J. S. (1990). *Il significato dell'educazione*. Roma: Armando Editore.

Busoni, M. (2000). *Genere, sesso, cultura. Uno sguardo antropologico*. Roma: Carocci.

De Beauvoir, S. (1949, 1964). *Le Deuxième Sexe*. Tomos I y II. París: Ed. Gallimard.

De Caroli, M. E. (2005). *Categorizzazione sociale e costruzione del pregiudizio: riflessioni e ricerche sulla formazione degli atteggiamenti di genere ed etnia*. Milano: Franco Angeli.

Frankel, S., Elwood, P, Smith, G. D., Sweetnam, P. y Yarnell, J. (1996). Birth weight, Body Mass Index in middle age and incidence of coronary heart disease. *The Lancet, 348*(9040), 1478-1480.

Gilligan, C. (1993). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge: Mass.

Gilmore, D. D. (1993). *La genesi del maschile. Modelli culturali della virilità*. Firenze: La Nuova Italia.

Guenzi, P. D. (2011). *Sesso/genere, oltre l'alternativa*. Assisi: Cittadella Editrice.

Irigaray, L. (1990). *Questo sesso che non è sesso*. Milano: Feltrinelli.

Mead, M. (1963). Male and female. En J. Bram, C. M. Turnbull, M. Harris, M. Mead y S. K. Padover, *The Measure of Mankind* (pp. 55-72). Dobbs Ferry, N.Y.: Oceana Publications.

Morselli, G. (2007). *La giustizia e le differenze del sentire. Segni e comprensione*. Torino: Paravia.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). *A Life Course Approach to Health. The implications for training of embracing*. Extraído el 27 de julio de 2014 desde http://WHO/NMH/HPS/00.2.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). Life course perspectives on coronary heart disease, stroke and

diabetes. The evidence and implications for policy and research. Extraído el 15 de mayo de 2014 desde http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.1.pdf.
Piccone Stella, S. y Saraceno, C. (1996). *Genere. La costruzione sociale del femminile e del maschile*. Bologna: Il Mulino.
Saraceno, C. (1992). *Pluralità e mutamento. Riflessioni sull'identità femminile*. Milano: Franco Angeli.
Saraceno, C. y Naldini, M. (2001). *Sociologia della famiglia*. Bologna: Il Mulino.
Scott-Samuel, A. (2009). Patriarchy, masculinities and health inequalities, Health policy and public health. *Gaceta Sanitaria, 23*(2), 159-160.
Sen, A. (1999). *Lo sviluppo è libertà*. Milano: Mondadori.
Signani, F. (2013). *La salute su misura. Medicina di genere non è medicina delle donne*. Ferrara: Este Edition.
Solar, O. e Irwin, A. (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, April 2007*. Extraído el 12 de febrero de 2014 desde http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf.
Stein, C. y Moritz, I. (1999). *A life course perspective of maintaining independence in older age*. WHO Ageing and Health. Geneva: WHO/HSC/AHE/99.2.
Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories*. Cambridge: University Press.
Taurino, A. (2005). *Psicologia della differenza di genere*. Roma: Carocci.
Varela, F. (1979). *Principles of biological autonomy*. New York: North Holland.
Widmer, E. D. y Richard, G. (2009). The de-standardization of the life course: Are men and women equal? *Advances in Life Course Research, 14*, 28-39.
Young, I. M. (1990). *Justice and the Politics of Difference*. Princeton: Princeton University Press. (Trad. española: *La justicia y la política de la diferencia*, Madrid: Ediciones Cátedra).

---

**NOTAS**

1 Universidad de Ferrara, Italia.

2 Universitat Jaume I, España.

3 El texto de este párrafo incluye el contenido del post de F. Signani «La salute delle donne conta», publicado en http://www.saluteinternazionale.info/2013/05/la-salute-delle-donne-conta/ el 6 de mayo de 2013.

# 2

# El género como determinante social del trabajo y la salud

MÓNICA SEGOVIA PÉREZ[1], CRISTINA FIGUEROA DOMECQ[1] Y CONCEPCIÓN DE LA FUENTE CABRERO[1]

El objetivo del capítulo es facilitar el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud a través del modelo elaborado por la Organización Mundial de la Salud y analizar cómo las condiciones laborales y la relación entre participación laboral, empleo o conciliación vida familiar/profesional tienen un efecto directo en la salud. Una de las conclusiones a las que se llega es que, en el caso de las mujeres, el entorno laboral se traduce en una peor salud.

## 2.1. MODELO DE LOS DETERMINANTES DE LA DESIGUALDAD-INEQUIDAD EN SALUD DE LA OMS

La relación entre género, salud y trabajo es una relación compleja, y para entenderla es preciso analizar cuáles son los factores estructurales que están influyendo en la misma. Por ello, es importante recurrir a un modelo conceptual que nos permita llegar al corazón de esta complejidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) creó en el año 2003 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) para analizar la relación entre el contexto/estructura de las sociedades (interacciones sociales, normas e instituciones) y la salud de la población, y las posibilidades de mejorarla a través de la intervención de los gobiernos en materia de salud pública. Bajo esta perspectiva, la Comisión creó un modelo conceptual de los determinantes sociales de salud, que examina los factores que determinan la inequidad en salud. Por tanto, el objetivo fundamental del modelo es demostrar que las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud dependen de factores contextuales y/o estructurales.

El concepto de desigualdad en salud, *inequity* en terminología de la OMS, se refiere a las diferencias sistémicas en materia de salud que son potencialmente evitables y, por tanto, injustas. Estas desigualdades están basadas en las distintas oportunidades de salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, lugar donde residen o la etnia, lo que se traduce en una peor salud de los colectivos menos favorecidos.

La OMS considera que los determinantes sociales de la salud son «las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas que se utilizan para hacer frente a la enfermedad. Estas circunstancias están a su vez formadas por un conjunto más amplio de fuerzas: la economía, la política social y la política» (OMS, 2007).

Por tanto, estas condiciones se derivan de un desigual reparto de la riqueza e influyen directamente en el riesgo de contraer una enfermedad y/o en la esperanza de vida de las personas. Por ello, son susceptibles de cambiar a través de intervenciones políticas y gubernamentales. Según la conceptualización clásica de Margaret Whitehead (1990), éste es precisamente el factor que permite discriminar cuándo una diferencia en salud puede considerarse como determinante social de la salud (DSS), es decir, que sea socialmente injusto y que sea potencialmente evitable (Segura del Pozo, 2010). Para su identificación elaboró el esquema que se muestra en el cuadro 2.1.

CUADRO 2.1

*Determinantes de las diferencias en salud*

| | Determinantes de diferencias en salud | Potencialmente evitables | Inaceptables |
|---|---|---|---|
| 1 | Variaciones biológicas o naturales. | No | No |
| 2 | Hábitos nocivos libremente elegidos. | Sí | No |
| 3 | Ventajas en salud transitorias de grupos que incorporan antes conductas promotoras de salud (si otros grupos también pueden adoptarlas fácilmente). | Sí | No |
| 4 | Hábitos nocivos cuya elección está restringida por factores socioeconómicos. | Sí | Sí |
| 5 | Exposición, a excesivos riesgos de la salud en el medio físico y social. | Sí | Sí |
| 6 | Acceso restringido a cuidados de la salud esenciales. | Sí | Sí |
| 7 | Movilidad social descendente por causas de salud. | Sí (bajo ingreso) | Sí (bajo ingreso) |

FUENTE: Whitehead, M. (1990). The concepts and principles of equity and health. Copenague: OMS.

En los últimos treinta años se han desarrollado múltiples modelos conceptuales para entender los determinantes sociales que afectan a la salud (Segura del Pozo, 2010). Concretamente en España, con el objetivo de disminuir las desigualdades sociales en

salud, durante la presidencia de la Comisión Europea en 2010 se desarrolló un marco conceptual para explicar las causas y los determinantes de las desigualdades en salud, basándose a su vez en distintos modelos anteriores, como el modelo de la Comisión de determinantes sociales en salud de la OMS y el modelo de Solar e Irwin (2010).

Este marco conceptual clasifica los *determinantes* de las desigualdades en *estructurales* y *determinantes intermedios* (figura 2.1).

Los *determinantes estructurales* se refieren a dos grupos, el *contexto socioeconómico y político, y los ejes de desigualdad o estrucutra social* entre los que encontramos el género. Según la Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España (2010), los determinantes estructurales generan la estratificación social y determinan la posición socioeconómica de la persona.

En el primer grupo se encuentra el *contexto socioeconómico y político,* que tiene una influencia directa en la estructura social y la distribución de poder y recursos dentro de ella. Se incluyen los gobiernos, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales y las relacionadas con la salud, pero también la cultura, los valores y las normas sociales propias de cada país.

Respecto a los *ejes de desigualdad,* están formados por la clase social, el género, la edad, la etnia o la raza y/o el territorio, y tienen una influencia directa en las posibilidades de acceder a la educación, la ocupación y el nivel de ingresos. Por tanto, estos ejes vertebran la estructura social y la distribución del poder en una sociedad y determinan el prestigio social y los recursos a los que se tiene acceso. Numerosos estudios científicos han demostrado que las oportunidades de tener una buena salud son mayores para las personas de clases sociales privilegiadas, y concretamente para los hombres de raza blanca y originarios de áreas geográficas más ricas (Segura del Pozo, 2010). Según la OMS, durante el siglo pasado el estado de salud promedio mejoró en Europa. Sin embargo, esta mejora no se distribuyó de manera uniforme entre los países o los grupos sociales dentro de un mismo país. Por tanto, al margen de las desigualdades entre individuos, existen también variaciones geográficas en la salud, que se relacionan con los recursos económicos y sociales de los que se dispone en cada territorio. Por ello, la esperanza de vida al nacer es superior en aquellos países con una mayor renta per cápita (supera los 80 años) y no alcanza los 50 en los países más pobres (Borrell, 2010).

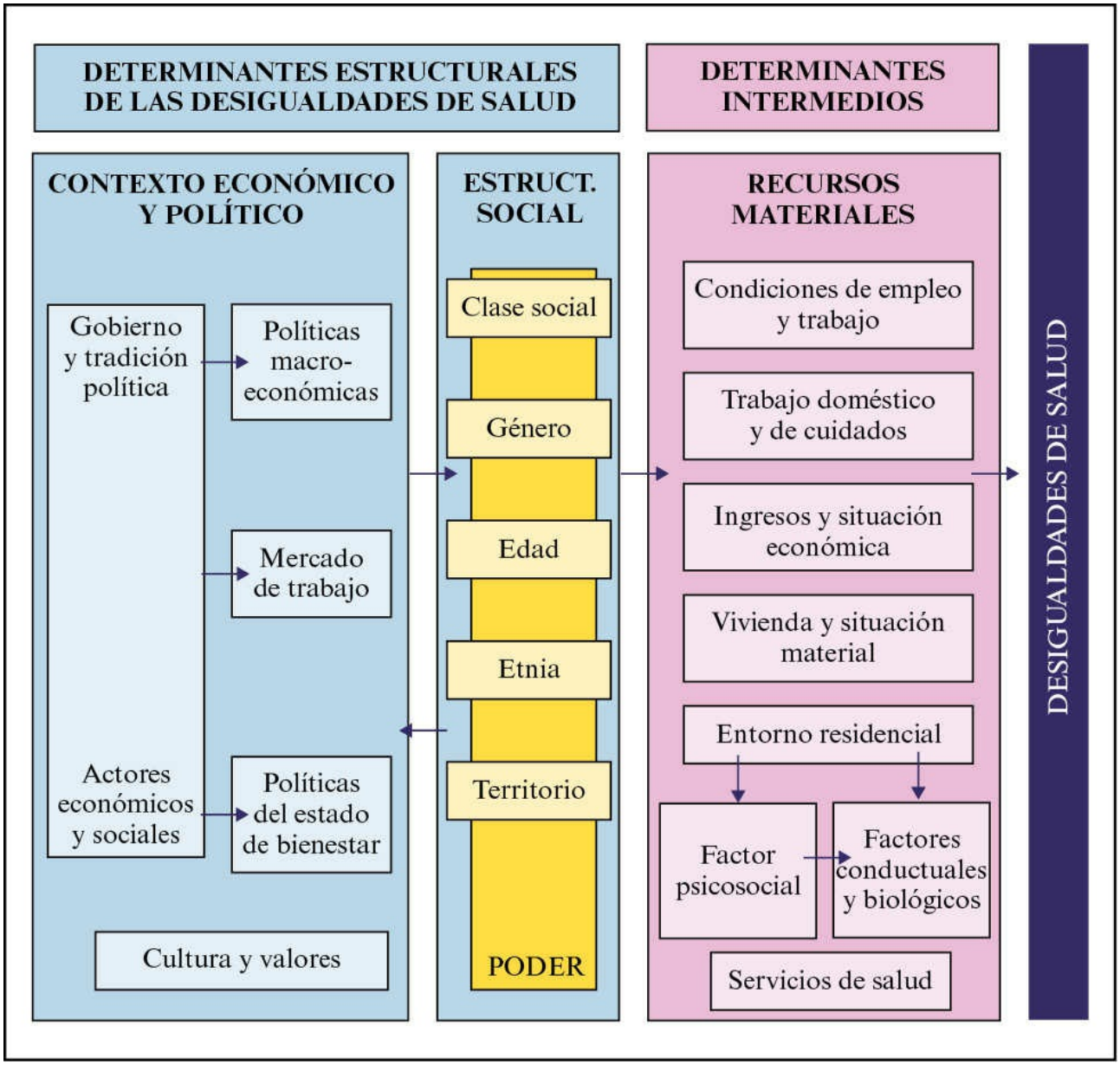


Figura 2.1.—Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. [FUENTE: Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España (2010).]

Los *determinantes intermedios* son los *factores materiales* (las condiciones de empleo y de vida), los *factores biológicos* y/o los *factores psicológicos.*

Dentro de los *factores materiales* se identifican (Borrell, 2010):

a) Las condiciones de empleo (situación laboral, precariedad) y trabajo (riesgos físicos y ergonómicos, organización y entorno psicosocial).
b) La carga de trabajo no remunerado (tareas domésticas y cuidado de personas).
c) Nivel de ingresos, situación económica y patrimonial.
d) Tipo y calidad de la vivienda y equipamiento.

e) Área de residencia.

En su conjunto, los factores materiales fijan los procesos psicosociales a los que se enfrenta una persona. Por ejemplo, las situaciones de estrés a las que se enfrentará (acontecimientos vitales negativos) y el apoyo social que reciba, pero también los hábitos sanitarios que desarrolle en su vida y que influyen directamente en la salud, y los condicionantes biológicos propios de cada sexo.

El modelo conceptual también incluye a los sistemas de salud que, aunque por sí mismos no contribuyen a la generación de las desigualdades en salud, sí pueden influir en el acceso y la calidad de los mismos. Se aprecia que un menor acceso a los servicios de salud y/o una menor calidad de los mismos en los grupos sociales menos favorecidos repercute en unas peores condiciones de salud y bienestar.

En resumen, el modelo conceptual permite identificar los determinantes sociales de la salud y entender las relaciones entre los distintos determinantes. Los determinantes estructurales configuran la estructura social y, por tanto, generan la posición y las condiciones bajo las que se determinarán los factores intermedios. Por tanto, las desigualdades que se produzcan en ellos serán claves para la salud.

Como se ha visto, el género es un factor clave para explicar las diferencias y desigualdades en salud. Se configura como un elemento estructurador de la posición social y, por tanto, determina los factores materiales, como las condiciones de empleo (situación laboral e ingresos), el tipo de trabajo (riesgos físicos y ergonómicos, organización y entorno psicosocial), la carga de trabajo no remunerado (tareas domésticas y cuidado de personas), y los factores psicosociales asociados a ellos. Asimismo, es determinante de los factores biológicos. En el siguiente apartado se profundiza en este análisis.

## 2.2. LA SALUD DE LAS MUJERES

El desarrollo del llamado enfoque de género en salud es un fenómeno relativamente reciente (Borrell, 2004), pero está adquiriendo cada vez mayor relevancia. Es más, la Comisión Europea recomienda el reconocimiento de la dimensión de género en todos sus programas de salud (COM, 2006), tanto desde el punto de vista de la labor de la mujer en la investigación como en la consideración de la variable género como objeto de estudio.

La investigación en salud desde una perspectiva de género debe, en primer lugar, distinguir entre los términos sexo y género. El término sexo alude exclusivamente a consideraciones biológicas, mientras que el concepto de género es definido como un constructo sociológico que se refiere a los «roles socialmente construidos, los comportamientos, actividades y atributos que una sociedad dada considera apropiados para los hombres y las mujeres». Dependiendo del problema de salud en estudio, el

género y el sexo pueden afectar a la exposición a determinados riesgos de salud o al desarrollo de enfermedades.

Desde un punto de vista biológico, existe una extensa evidencia científica de las diferencias naturales en términos de salud que experimentan hombres y mujeres. Por ejemplo, las investigaciones han demostrado que las mujeres viven más tiempo pero, a menudo, con disminución de su calidad de vida. Según la OMS, de media las mujeres viven de seis a ocho años más que los hombres. Sin embargo, el Informe sobre la Salud Europea 2012 (OMS, 2013) proporciona la evidencia epidemiológica de que, dada su mayor esperanza de vida, las mujeres son más propensas que los hombres a tener múltiples problemas de salud a lo largo de su vida. De este modo, las mujeres expresan una peor percepción de su salud (figura 2.2), lo que tiene que ver también con una mayor carga de trabajo dentro y fuera del hogar (Arcas, Novoa y Artazcoz, 2012). Asimismo, la OMS señala como las principales enfermedades que afectan a la mujer los accidentes cerebrovasculares, la depresión, la fractura de cadera, la artrosis y las enfermedades del corazón. De este modo, las enfermedades cardiovasculares, consideradas una dolencia típicamente masculina, son la principal causa de mortalidad entre las mujeres, a nivel mundial.

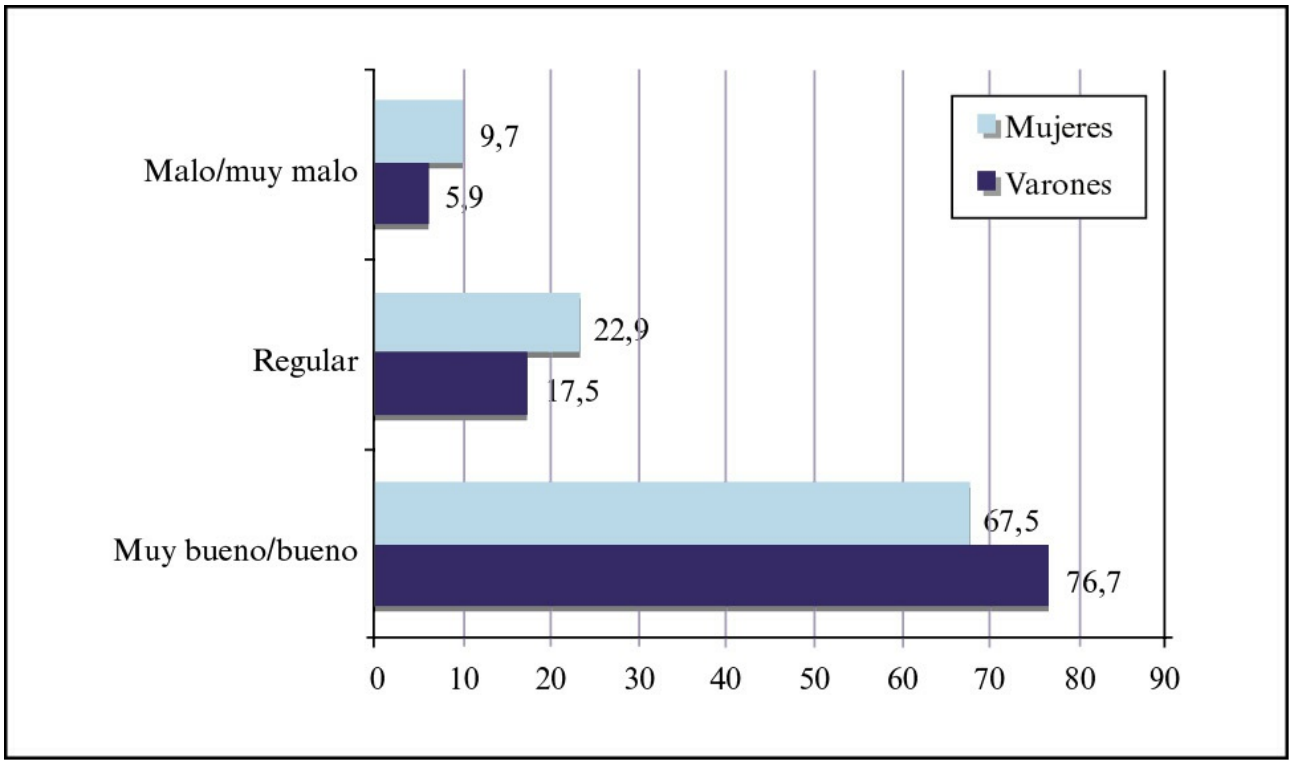


Figura 2.2.—Percepción subjetiva de estado de salud, población de 15 y más años (%). (FUENTE: Elaboración propia a partir de Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. INE-MSSSI.)

No obstante, las diferencias en salud entre hombres y mujeres no pueden ser asociadas exclusivamente a sus diferencias biológicas. También son importantes los

aspectos sociológicos-económicos, que determinan diferentes valores, actitudes y conductas, así como desigualdades en el poder, acceso a los recursos y la división sexual del trabajo (Borrell, 2010). Si nos centramos en el ámbito del trabajo, esto se traduce en peores condiciones laborales para las mujeres, con menores salarios y con una doble carga de trabajo fuera y dentro del hogar, que repercute en su estado de salud. Los últimos datos del Instituto de la Mujer (cuadro 2.2) muestran que la mujer emplea comparativamente más tiempo al hogar y a la familia que el hombre, que sube su media en el trabajo remunerado. Por esta razón, las mujeres sufren más lesiones y mueren con más frecuencia por accidentes ocurridos en la cocina y/o como resultado de casos de violencia por parte de la pareja y violencia en el hogar (Artazcoz, Borrell y Merino, 2002; Doyal, 2004).

Por tanto, observamos que la salud de las mujeres y los hombres es diferente y desigual. Es diferente porque existen factores de tipo biológico que tienen distintas implicaciones en la salud, y desigual porque hay factores sociales que establecen diferencias injustas en la salud de los hombres y las mujeres. En el siguiente apartado se va a analizar cuáles son las condiciones laborales de las mujeres que pueden estar influyendo en su salud.

CUADRO 2.2

*Diferencias en el uso del tiempo entre hombres y mujeres*

| | | 2009-2010 | 2002-2003 |
|---|---|---|---|
| **Ambos sexos** | **TOTAL** | **22 h 53'** | **22 h 55'** |
| | Cuidados personales. | 11 h 29' | 11 h 22' |
| | Hogar y familia. | 3 h 0' | 2 h 57' |
| | Estudios. | 0 h 39' | 0 h 42' |
| | Trabajo remunerado. | 2 h 47' | 3 h 0' |
| | Tiempo libre. | 4 h 57' | 4 h 53' |
| **Mujeres** | **TOTAL** | **22 h 53'** | **22 h 51'** |
| | Cuidados personales. | 11 h 26' | 11 h 21' |
| | Hogar y familia. | 4 h 7' | 4 h 24' |
| | Estudios. | 0 h 39' | 0 h 43' |
| | Trabajo remunerado. | 2 h 9' | 1 h 57' |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Hombres** | Tiempo libre. | 4 h 32' | 4 h 26' |
| | **TOTAL** | **22 h 54'** | **23 h 0'** |
| | Cuidados personales. | 11 h 33' | 11 h 24' |
| | Hogar y familia. | 1 h 54' | 1 h 30' |
| | Estudios. | 0 h 39' | 0 h 42' |
| | Trabajo remunerado. | 3 h 25' | 4 h 40' |
| | Tiempo libre. | 5 h 23' | 5 h 20' |

FUENTE: Encuesta de Empleo del Tiempo. INE.

Nota: Los datos expresan la duración media diaria de tiempo utilizada para cada una de las variables, pudiendo resultar un tiempo superior a 24 horas debido a que se pueden solapar las actividades.

## 2.3. CONDICIONES LABORALES DE LAS MUJERES

Aunque se han producido importantes progresos en la incorporación de la mujer al mercado laboral, siguen observándose desigualdades en sus condiciones laborales. La tasa de actividad de la mujer en la Unión Europea de los 27 ha ido incrementándose de manera paulatina, como lo ha hecho la correspondiente a la UE de los 15 y la de España.

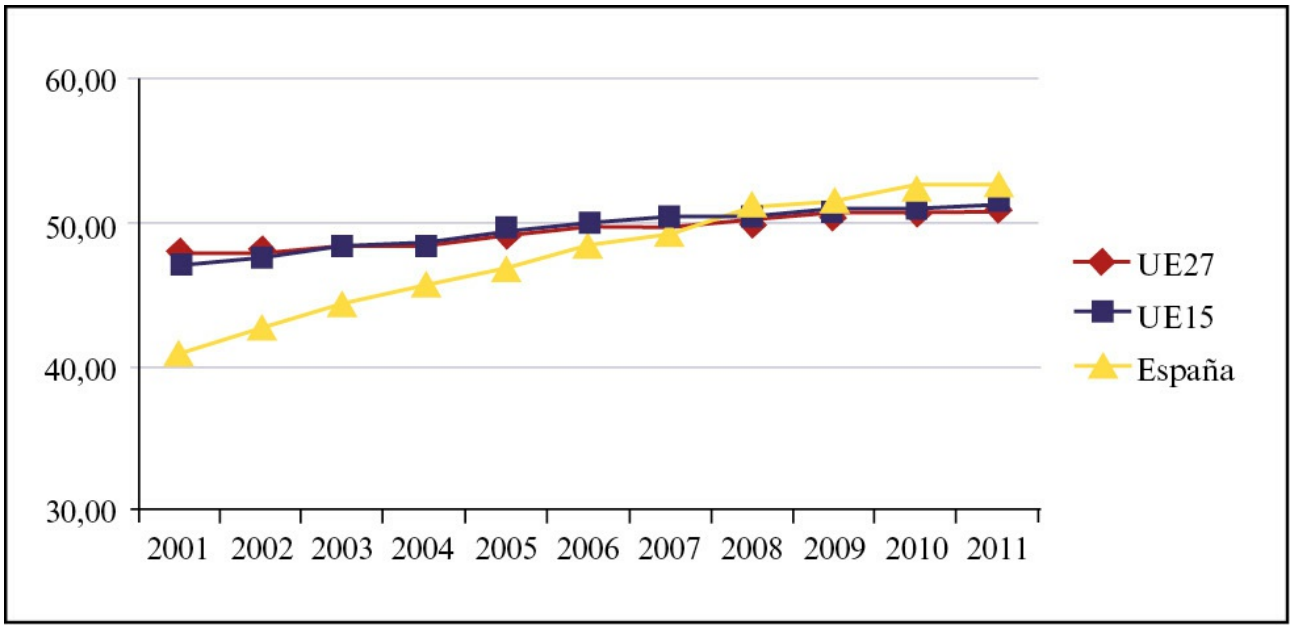


Figura 2.3.—Tasa de actividad de la mujer en Europa. (FUENTE: elaboración propia a partir de EUROSTAT, 2012.)

Durante el año 2010 las tasas de empleo se han situado entre el 70 por 100, 60 por 100 y 50 por 100 para el total del empleo, las mujeres y los trabajadores de edad avanzada, respectivamente (Leschke y Watt, 2008). No obstante, la proporción de mujeres en la población activa europea aumentó de 52 por 100 en 1998 a casi el 60 por 100 actual. Pese a este importante avance, hoy en día la participación laboral de las mujeres en la UE es menor que en Estados Unidos —con el 72 por 100— (Reding, 2013). Por otra parte, más personas trabajando no siempre significa «mejores trabajos» (Leschke y Watt, 2008). Tal y como señalan Findlay y cols. (2013), diversos organismos internacionales (OCDE, UE y Organización Internacional del Trabajo) reconocen la necesidad de aumentar la participación de la mujer en el empleo, pero al mismo tiempo ven imprescindible mejorar la calidad de los mismos. En este sentido, se observa que el 32 por 100 de las mujeres trabajan a tiempo parcial, frente a sólo el 8 por 100 de los hombres. Esto tendrá una repercusión directa en el futuro, con unas pensiones más bajas de las mujeres y su mayor riesgo de pobreza (Reding, 2013). Por tanto, aunque se reconoce una mayor tasa de participación de la mujer en el mercado laboral, se contrarresta con unas peores condiciones laborales frente al hombre.

La Unión Europea, a través del Tratado de Ámsterdam (1 de mayo del 1999), reconoce como principio fundamental el principio de igualdad entre hombres y mujeres, y señala como objetivo fundamental la eliminación de las desigualdades a través de la integración de políticas y acciones en todos sus Estados miembros. No obstante, las desigualdades de género en el mercado laboral se revelan como rasgo estructural y, en los últimos años, lejos de desaparecer, se están redefiniendo (Torns y Recio, 2012). Dichas desigualdades se manifiestan en elementos clásicos como el paro, el salario, el tipo de contratación, la temporalidad, etc. (Somarriba y cols., 2013). Por otra parte, la conciliación de la vida profesional y familiar sigue siendo un factor que condiciona y diferencia a las mujeres y los hombres en el mercado laboral (Somarriba y cols., 2013). Por ejemplo, como efecto de la maternidad las mujeres o bien dejan de trabajar por períodos más largos o trabajan a tiempo parcial, aunque no siempre sea una decisión voluntaria. Sólo el 67 por 100 de las mujeres con niños pequeños en la UE están trabajando, en comparación con el 92 por 100 de los hombres (Reding, 2013).

Las teorías de la discriminación explican estas diferencias a través de algunos aspectos de la socialización, como son la elección de un perfil profesional, la cualificación o división del trabajo doméstico (Somarriba y cols., 2013), o a través de la influencia de los entornos institucionales sobre las preferencias individuales y colectivas (Meulders, Plasman y Rycx, 2005).

Por ello, desde la perspectiva de género es importante que el análisis de la situación laboral tenga en cuenta las denominadas discriminaciones indirectas, el salario por ejemplo, así como las directas, como la segregación ocupacional.

### 2.3.1. Salario

La *brecha entre el salario de mujeres y hombres* es probablemente el principal indicador de la existencia de desigualdades en la contratación y situación laboral de la mujer en países industrializados (Doherty y Stead, 1998). Independientemente del país y la variable salarial seleccionados, los hombres, a igualdad de condiciones, siempre reciben salarios más altos que las mujeres (Thrane, 2008) (cuadro 2.3).

### 2.3.2. Segregación ocupacional

Según Poggio (2000), Kinnaird y Hall (1996), Sinclair (1997) y Wilkinson y Pratiwi (1995), la segregación ocupacional se produce a dos niveles. En primer lugar, la segregación ocupacional horizontal (sectores feminizados o masculinizados) y, en segundo lugar, la segregación vertical, que se refiere a la escasa representación de las mujeres en los niveles jerárquicos superiores. En general, los puestos directivos y las categorías profesionales de mayor rango jerárquico son mayoritariamente ocupados por hombres, mientras que tan sólo una minoría de mujeres desempeña dichos cargos.

CUADRO 2.3

*Brecha salarial entre mujeres y hombres en la Unión Europea (Thrane, 2008)*

| Años | 2011 | 2010 | 2009 | 2008 | 2007 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Unión Europea (27)** | **16,2** | **16,1** | **16,6** | **17,3** | |
| Alemania | 22,2 | 22,3 | 22,6 | 22,8 | 22,8 |
| Austria | 23,7 | 24,0 | 24,3 | 25,1 | 25,5 |
| Bélgica | 10,2 | 10,2 | 10,1 | 10,2 | 10,1 |
| Bulgaria | 13,0 | 13,0 | 13,3 | 12,3 | 12,1 |
| Chipre | 16,4 | 16,8 | 17,8 | 19,5 | 22,0 |
| Dinamarca | 16,4 | 16,0 | 16,8 | 17,1 | 17,7 |
| Eslovaquia | 20,5 | 19,6 | 21,9 | 20,9 | 23,6 |
| Eslovenia | 2,3 | 0,9 | –0,9 | 4,1 | 5,0 |
| **España** | **16,2** | **16,2** | **16,7** | **16,1** | **18,1** |
| Estonia | 27,3 | 27,7 | 26,6 | 27,6 | 30,9 |
| Finlandia | 18,2 | 20,3 | 20,8 | 20,5 | 20,2 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Francia | 14,7 | 15,6 | 15,2 | 16,9 | 17,3 |
| Grecia | | | | 22,0 | |
| Hungría | 18,0 | 17,6 | 17,1 | 17,5 | 16,3 |
| Irlanda | — | 13,9 | 12,6 | 12,6 | 17,3 |
| Italia | 5,8 | 5,3 | 5,5 | 4,9 | 5,1 |
| Letonia | 13,6 | 15,5 | 13,1 | 11,8 | 13,6 |
| Lituania | 11,9 | 14,6 | 15,3 | 21,6 | 22,6 |
| Luxemburgo | 8,7 | 8,7 | 9,2 | 9,7 | 10,2 |
| Malta | 12,9 | 13,4 | 13,8 | 9,2 | 7,8 |
| Países Bajos | 17,9 | 17,8 | 18,5 | 18,9 | 19,3 |
| Polonia | 4,5 | 4,5 | 8,0 | 11,4 | 14,9 |
| Portugal | 12,5 | 12,8 | 10,0 | 9,2 | 8,5 |
| Reino Unido | 20,1 | 19,5 | 20,6 | 21,4 | 20,8 |
| República Checa | 21,0 | 21,6 | 25,9 | 26,2 | 23,6 |
| Rumanía | 12,1 | 8,8 | 7,4 | 8,5 | 12,5 |
| Suecia | 15,8 | 15,4 | 15,7 | 16,9 | 17,8 |
| Croacia | 17,6 | 15,5 | | | |
| Noruega | 15,9 | 16,1 | 16,5 | 17,0 | 16,5 |
| Suiza | 17,9 | 17,8 | 18,4 | 18,4 | |

FUENTE: Eurostat 2013.

Más información en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database.

En relación a la *segregación vertical*, el estudio de Muñoz-Bullon (2009) muestra que la presencia de la mujer es más baja en aquellos puestos que requieren mayor nivel de cualificación y donde, por tanto, los salarios son más altos: únicamente el 6,08 por 100 de las mujeres están en este tipo de puestos, por el 10,97 por 100 de los hombres; curiosamente, la situación es la contraria en actividades no turísticas. Más hombres que mujeres se encuentran en los puestos con mayores salarios en el sector turístico (26,61 por 100 y 13,78 por 100, respectivamente), mientras que en la economía en general dichas diferencias son de 22,46 por 100 y 14,47 por 100, respectivamente.

En el caso de la presencia de mujeres en *consejos de administración,* destacan las conclusiones del informe AddTalentia (2011). Se observa cómo las cifras de 2009 y 2010 defraudan las grandes expectativas creadas por el importante impulso que en 2008 había experimentado la incorporación de talento femenino a los consejos de administración del IBEX 35.

En España, en 2004, las mujeres españolas estaban presentes únicamente en el 5,41 por 100 de las presidencias de los consejos de administración de las empresas del IBEX 35, siendo el 2,5 por 100 en puestos de vicepresidencia y el 2,88 por 100 de consejeros. En el resto de las empresas la presencia de mujeres en puestos directivos es algo mayor, el 18,9 por 100 en gerencia de empresa, para aquellas compañías con más de 10 trabajadores. Los datos son algo más alentadores cuando se analizan las empresas con menos trabajadores, con un porcentaje que llega al 27,2 por 100 (León y Chinchilla, 2005).

Por su parte, los datos del INE (EPA, 2011) muestran que únicamente el 3,4 por 100 de los directores y gerentes son mujeres, mientras que en restauración y comercio hay más de un 18 por 100 de trabajadoras. A nivel de consejos de administración de empresas del IBEX-35, los números son tan bajos que una pequeña reducción supone porcentajes importantes de reducción. Y eso es precisamente lo que ha ocurrido. Entre 2004 y 2011 el número de mujeres en consejos de administración se ha reducido en un 5,8 por 100, representando en ese último año el 10 por 100 de los miembros (datos del Instituto de la Mujer a partir de la CNMV). Según datos del Instituto de la Mujer a partir de CNMV, en 2010, en los órganos de dirección de empresas del IBEX-35 las mujeres ocupan el 6,73 por 100 de los puestos, pero ninguna presidencia y vicepresidencia ejecutiva, y se concentran en Consejeras Delegadas (4,76 por 100) y en miembros de alta dirección (7,76 por 100).

Respecto a la *segregación horizontal,* las mujeres se concentran en puestos de trabajo en dos áreas fundamentales. En industria principalmente en textil, cuero y calzado; y en servicios en comercio, hostelería, educación y servicios domésticos. Es más, en aquellas actividades económicas en las cuales la mujer es mayoría, hay un mayor porcentaje de contratos a tiempo parcial, inseguridad y salarios bajos (Threlfall, 2000).

A nivel horizontal y vertical, la «segregación ocupacional» motiva que la mayor parte de las mujeres se encuentren en puestos subordinados, con menores niveles de remuneración (Groshen, 1991; Richter, 1995; Sorensen, 1989).

Desde el punto de vista de las teorías de la discriminación, las investigaciones han citado diversos obstáculos al acceso de las mujeres a los puestos de decisión. En particular, la mayoría de los autores que estudian esta variable (Brett y Stroh, 1997; Albrecht y cols., 2003; Cohen y Huffman, 2003; Falkenberg, 1990; OIT, 2008; Powell, 1999; Sarrió, Barberá, Ramos y Candela, 2002) advierten de la existencia de una serie de factores sociales y personales que dificultan a las mujeres acceder a los puestos de

dirección.

Allen y cols. (2004), al hacer referencia al «techo de cristal» y sus distintos componentes, los clasifica en barreras internas y barreras externas. Las barreras externas hacen referencia a los aspectos externos al entorno de trabajo, mientras que las internas se refieren a la cultura empresarial, organización de departamentos, discriminación, promoción, control, etc. Por su parte, Eagly y Carli (2007) enfocan la importancia hacia características demográficas, responsabilidades familiares, estereotipos sociales y cultura organizacional (Vázquez, 2008).

## 2.4. CONSIDERACIONES ACERCA DEL ESTUDIO DE LA SALUD LABORAL RESPECTO AL GÉNERO

Como se ha visto en el apartado anterior, las condiciones laborales de las mujeres son peores con respecto a los hombres. En el ámbito del trabajo y la investigación en salud, es evidente que muchos riesgos para la salud están relacionados con las condiciones de empleo (situación laboral, precariedad) y trabajo (riesgos físicos y ergonómicos, organización) y el entorno psicosocial.

Sin embargo, según Artazcoz, Borrell, Cortés, Escriba-Aguir y Cascant (2007), la investigación sobre epidemiología ocupacional no ha tenido suficientemente en cuenta las cuestiones de género. En este sentido, consideran que no existen investigaciones que analicen las condiciones específicas de la mujer. Así, la epidemiología ocupacional clásica ha investigado con mayor profundidad la prevención de riesgos laborales y seguridad e higiene en el trabajo en el caso de los hombres, pero existe menor evidencia científica en el caso de las mujeres; por ejemplo, no se incluye la exposición a los riesgos psicosociales, que es especialmente importante para el caso de las mujeres, por la tipología de sus trabajos y la complejidad en la conciliación de vida familiar y laboral.

Por otra parte, como se ha visto, dentro de los factores determinantes de las desigualdades en salud, la clase social y el género influyen en las condiciones laborales. Sin embargo, según Artazcoz y cols. (2007) y Borrell, García-Calvente y Martí-Boscà (2004), en las investigaciones realizadas sobre epidemiología ocupacional la forma de medir la clase social difiere en función del género. En el caso de los hombres, el análisis se realiza a través de su ocupación, mientras que en las mujeres se ha medido en función del rol social ocupado, haciendo hincapié en el papel de las mujeres como amas de casa y madres con trabajo remunerado, lo que implica un error tanto en el caso de la mujer como en el de los hombres. Por tanto, falla a la hora de incorporar al hombre en los roles familiares, y su carga asociada, y tampoco tiene en cuenta la influencia en la salud de las mujeres, por lo que en el estudio de la salud se debe incorporar un marco más general de la clase social y el género (Arcas y cols., 2012).

Es más, Artazcoz y cols. (2007) consideran que la investigación sobre salud ocupacional en términos de género ha tenido las siguientes carencias:

— Poca atención a los problemas de salud laboral de las mujeres.
— El uso de marcos de análisis basado en ocupaciones dominadas tradicionalmente por hombres.
— La falta de consideración del sexo y del género en las diferencias en la exposición a los riesgos del trabajo y la reacción a los riesgos profesionales.
— La falta de estudios sobre las causas y consecuencias de la segregación de género y la discriminación en el mercado laboral.
— La falta de análisis y registro de los riesgos del trabajo doméstico y de los problemas de salud asociados.
— Estudios insuficientes sobre el impacto del trabajo a tiempo parcial o de excesivas horas de trabajo en la salud.
— La falta de estudios sobre las diferencias de género en el impacto de los cuidados informales en el hogar.
— Por tanto, se abre toda una línea de investigación que permita entender y analizar desde una perspectiva de género el ámbito del trabajo y la salud.

## 2.5. CONCLUSIÓN

En conclusión, el análisis sobre la relación entre género, salud y trabajo presenta cierta complejidad, y para entenderla es preciso analizar cuáles son los factores estructurales que están influyendo en la misma. El modelo conceptual de los determinantes sociales de salud examina los factores que determinan la inequidad en salud y conforma un marco bajo el que entender la investigación en salud desde la perspectiva de género. De hecho, esta variable se configura como un eje fundamental que vertebra la estructura social y la distribución del poder en la sociedad, y determina las desigualdades en el mercado laboral. Las mujeres presentan peores condiciones laborales, con menores salarios y con una doble carga de trabajo fuera y dentro del hogar. Es evidente que muchos riesgos para la salud están relacionados con las condiciones de empleo (situación laboral, precariedad), trabajo (riesgos físicos y ergonómicos, organización) y el entorno psicosocial. Por tanto, es importante avanzar en el conocimiento de las relaciones entre las condiciones laborales y la salud desde una perspectiva de género.

---

## REFERENCIAS


AddTalentia (2015). *Presente y futuro de las mujeres en los consejos de administración* Extraído de: http://www.addtalentia.com/images/pdf/InformeAddTalentia2015.pdf.

Albrecht, J., Björklund, A. y Vroman, S. (2003). Is there a glass ceiling in Sweden? *Journal of Labor Economics, 21*, 145-177.

Allen, M. W., Reid, M. y Riemenschneider, C. K. (2004). The tole of laughter when discussing workpleace barriers: Women in Information Technology Jobs. *Sex Roles, 50*, 177-189.

Arcas, M., Novoa, A. y Artazcoz, L. (2012). *Gender inequalities in the association between demands of family and domestic life and health in Spanish workers*. Oxford: University Press.

Artazcoz, L. Borrell, C. y Merino, J. (2002). Desigualdades de género en salud: La conciliación de la vida laboral y familiar. *Informe SEPAS Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria*. Dirección de Planificación y Evaluación Sanitaria. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.

Artazcoz, L., Borrell, C., Cortés, I., Escriba-Aguir, V. y Cascant, L. (2007). Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research. *Journal Epidemiology Community Health*, *61* (suppl. II), 39-45.

Borrell, C. (2010). Las desigualdades en salud. Qué son y por qué existen. En *Políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Recomendaciones de la Comisión*. Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España. Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. Ministerio de Sanidad y Política Social.

Borrell, C., García-Calvente M. M. y Martí-Boscà, J. V. (2004). Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS): La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria, 18* (supl. 1), 2-6.

Brett, J. M. y Stroh, L. K. (1997). Jumping Ship: Who Benefits from an External Labor Market Career Strategy?», *Journal of Applied Psychology*, *82*(3), 331-341.

Cohen, P. N. y Huffman, M. L. (2003): Individuals, Jobs, and Labor Markets: The Devaluation of Women's Work, *American Sociological Review*, *68*(3), 443-463.

COM (2006). *Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Plan de trabajo para la igualdad entre las mujeres y los hombres 2006-2010.* Extraído el 2 de febrero de 2014 desde http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52006DC0092&from=EN.

Doherty, L. y Stead, L. (1998). The gap between male and female pay: what does the case of hotel and catering tell us? *The Service Industries Journal, 18*(4), 126-144.

Doyal, L. (2004). *Gender and the 10/90 gap in health research. Bulletin of World Health Organization European Commission Gender and Research*. Extraído el 8 de abril de 2014 desde http://ec.europa.eu/research/science-society/index.cfm?fuseaction=public.topic&id=1297.

Eagly, A. H. y Carli, L. L. (2007). *Through the Labyrinth: The Truth about How Women Become Leaders*. Cambridge, MA: Harvard Business School Press.

Falkenberg, L. (1990). Improving the Accuracy of Stereotypes Within the Workplace. *Journal of Management, 16* (1), 107-118.

Findlay, P., Kalleberg, A. L. y Warhurst, C. (2013). The Challenge of Job Quality. *Human Relations, 66* (4), 441-51.

Groshen, E. L. (1991). The structure of the female/male wage differential: is it who you are, what you do, or where you work? *Journal of Human Resources, 26*, 457-473.

Kinnaird, V. y Hall, D. (1996). Understanding tourism processes: a gender-aware framework. *Tourism Management, 17,* 95-102.

León, C. y Chinchilla, N. (2004). *Mujeres directivas bajo el techo de cristal*. IESE Insight. Extraído el 8 de abril de 2014 desde http://www.ieseinsight.com/doc.aspx?id=00435&ar=6&idioma=1.

Leschke, J. y Watt, J. A. (2008). *Job quality in Europe. WP 2008.07.* European Trade Union Institutefor Research, Education and Health and Safety (ETUI-REHS).

Marget, J., Norman, W. C. y Henry, M. S. (2004). Estimating Income Effects of a Sport Tourism Event. *Annals of Tourism Research, 31* (1), 180-199.

Meulders, D., Plasman, R. y Rycx, F. (2005). Les inegalités salariales de genre: expliquer l'injusfifiable ou justifier l'inexplicable. *Reflets et perspectives, 43* (2), 95-107.

Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). *Políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Recomendaciones de la Comisión*. Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España. Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior.

Muñoz-Bullón, F. (2009). The gap between male and female pay in the spanish tourism industry. *Tourism Management, 30* (5), 638-649.

Ng, I. y Chow, I. H. (2009). Cross-gender networking in the workplace: causes and consequences. *Gender in Management*, *24* (8), 562-576.

Oficina Internacional del Trabajo (OIT) (2004). *Romper el techo de cristal: las mujeres en puestos de dirección.* Ginebra. Extraído el 25 de junio de 2012 desde http://www.ucm.es.

Oficina Internacional del Trabajo (OIT) (2009). *Informe VI: La igualdad de género como eje del trabajo decente.* Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006). *Gender equality, work and health: a review of the evidence.* Geneva. Extraído el 20 de julio de 2014 de http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241593539_eng.pdf.
Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). *The European health report 2012: charting the way to well-being. Copenhaguen.* Extraído el 15 de septiembre de 2014 de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/197113/EHR2012-Eng.pdf.
Poggio, B. (2000). Between bytes and bricks: Gender Cultures in work contexts. *Economic and Industrial Democracy, 21* (3), 381-402.
Powell, G. N. (1999). Reflections on the Glass Ceiling. Recent trends and future prospects. En G. N. Powell (ed.). *Handbook of Gender and Work* (pp. 325-345). Thousand Oaks, London: Sage.
Reding, V. (2013). *Five decades of European Union action to bring equality for one continent Le Jeudi.* Extraído el 7 de marzo de 2013 desde http://ec.europa.eu/commission_2010-2014/reding/multimedia/articles/five-decades_en.htm.
Richter, L. K. (1995). Gender and race: neglected variables in tourism research. En R. Butler y D. Pearce (eds.), *Change in tourism: People, places and processes*. Londres: Routledge.
Sarrió, M., Barberá, E., Ramos, A. y Candela, C. (2002). El techo de cristal en la promoción profesional de las mujeres. *Revista de Psicología Social, 17*(2), 167-182.
Segura del Pozo, J. (2010). *Desigualdades sociales en salud: conceptos, estudios e intervenciones (1980-2010)*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
Sinclair, M. T. (1997). Issues and theories of gender and work in tourism. En M. T. Sinclair (ed.), *Gender, work and tourism*. Londres: Routledge.
Solar, O. e Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Organización Mundial de la Salud (OMS). Discussion Paper Series on Social Determinats of Health Nº. 2. Geneva, Switzerland.
Somarriba, S., Merino, M. C. y Negro, A. (2013). *La calidad del empleo en España: un análisis desde la perspectiva de género*. Comunicación presentada en las X Jornadas de Economía Laboral (AETT). Julio, 2013. Madrid.
Sorensen, E. (1989). Measuring pay disparity between typically female occupations and other jobs: a bivariate selectivity approach. *Industrial and Labour Relations Review, 42,* 624-639.
Thrane, C. (2008). Earnings differentiation in the tourism industry: Gender, human capital and socio-demographic effects. *Tourism management, 29*, 514-524.
Threlfall, M. (2000). Taking stock and looking ahead. En K. L. Hantrais (ed.), *Gendered policies in Europe: Reconciling Work and Family Life,* 180-201. Londres: Macmillan.
Torns, T. y Recio, C. (2012). Las desigualdades de género en el mercado de trabajo: entre la continuidad y la transformación. *Revista de Economía Crítica, 14,* 178-202.
Vázquez, S. (2008). El discurso de las mujeres líderes. En C. Castaño (dir.), *La segunda brecha digital*. Madrid: Ediciones Cátedra, Instituto de la Mujer.
Whitehead, M. (1990). The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: OMS.
Wilkinson, P., y Pratiwi, W. (1995). Gender and tourism in an Indonesian village. *Annals of Tourism Research, 22* (2), 283-299.
Wood, G. J. (2009). Revisiting women managers and organisational acceptance. *Gender in Management, 24* (8), 615-631.

---

**NOTAS**

1 Universidad Rey Juan Carlos.

# 3

# Psicología de la salud y género

RAFAEL BALLESTER ARNAL[1], M.ª DOLORES GIL LLARIO[2] Y CRISTINA GIMÉNEZ GARCÍA[1]

En 1978, Joseph Matarazzo, como presidente de la recién creada División 38 de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), definió la *psicología de la salud* como «el conjunto de contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de correlatos diagnósticos y etiológicos de la salud y la enfermedad y el análisis y mejora del sistema sanitario y la salud pública» (Matarazzo, 1980). Al año siguiente de ser creada esta nueva División de la APA, Stone, Cohen y Adler (1979) publicaron el primer libro relacionado con la Psicología de la Salud titulado *Health Psychology: A Handbook,* y tres años después, en 1982, aparecería la primera publicación de la revista *Health Psychology*. Desde entonces, el crecimiento de la Psicología de la Salud está siendo espectacular, tanto por lo que respecta al número de profesionales que trabajan en esta área como por el número y grado de especialización de los trabajos referidos a esta disciplina (Ballester, 2013).

De acuerdo con la definición que ya Matarazzo hiciera de esta joven subdisciplina, muchos de estos trabajos se han dirigido al estudio de los correlatos diagnósticos y etiológicos de la salud. Entre ellos ocupan un papel fundamental los factores demográficos, y a su vez, entre éstos, una de las variables más estudiadas ha sido el género. Una idea del interés que ha despertado el papel del género entre los investigadores dentro de esta subdisciplina la da el número de trabajos publicados. Tan sólo considerando los artículos en revistas científicas registrados en la base de datos PsycInfo (actual PsycNet), encontramos un total de 1.259 trabajos publicados hasta la actualidad en los que los términos «Gender» y «Health» aparecen en su título. Y si queremos tener una impresión rápida acerca del incremento de este interés en el género en los últimos años, basta ver cómo mientras el número de artículos en la década de 1981-1990 fue de 59, en la siguiente (años 1991-2000) pasó a ser de 242, entre los años 2001 y 2010 fue de 666, y tan sólo en los últimos tres años (2011-2014) ya se han publicado 288 artículos en los que aparecen los términos «salud» y «género» en el título.

A nadie se le puede escapar que el interés que despierta en general el género y la posible existencia de diferencias entre hombres y mujeres está cargado en muchas ocasiones de una fuerte motivación ideológica. Dos grandes grupos de investigadores han abanderado hasta el momento posiciones absolutamente opuestas. Un primer grupo ha

defendido que las diferencias que encontramos entre hombres y mujeres son espúreas, mínimas si las comparamos con las comunalidades que se encuentran cuando comparamos ambos sexos en cualquier ámbito. El segundo grupo, por el contrario, ha defendido la importancia de tales diferencias; a su vez, dentro de él será fácil encontrar dos grandes tendencias: la que justifica las diferencias en base a la biología y la que considera que éstas son consecuencia de una diferente socialización de hombres y mujeres. Sin duda, las implicaciones de ambas tendencias son tremendamente importantes. Si abanderamos que las diferencias entre hombres y mujeres tienen una base biológica, parece lógico esperar un discurso conservador perpetuador del *statu quo* que ellos y ellas tienen en nuestra sociedad. Si por el contrario defendemos la importancia del proceso de socialización, podemos esperar una denuncia de cómo se nos educa para ser diferentes, y cómo va cambiando esa diferencia con la que nos encontramos conforme el hombre y la mujer van siendo moldeados por una educación sexista.

En el ámbito de la salud, en la actualidad no cabe ninguna duda de que existen grandes diferencias entre los hombres y las mujeres, diferencias que se han dejado ver en dos grandes ámbitos: el de las diferentes enfermedades que padecen ellos y ellas, y en segundo lugar las diferencias de género observadas en el modo de enfrentarse a la enfermedad, de percibir los síntomas, de interpretarlos y de buscar ayuda médica o psicológica.

## 3.1. MORTALIDAD Y ESPERANZA DE VIDA EN FUNCIÓN DEL GÉNERO

En nuestro capítulo iremos de lo más general a lo particular, y, en esta línea, el primer punto que abordaremos intentará dar respuesta a las cuestiones siguientes: ¿tenemos hombres y mujeres la misma esperanza de vida?, ¿morimos por las mismas causas? La contestación a estas preguntas es radicalmente que no. Bastan unos pocos datos para comprender esto. En este capítulo nos referiremos a los últimos datos que conocemos de nuestro país, pero muy similar es la información con que contamos en otros países de nuestro entorno.

Para comenzar, de todos es sabido que la esperanza de vida para la mujer es superior que para el hombre. Según el último informe del Sistema Nacional de Salud de España, publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, correspondiente al año 2012, el conjunto de la población española presenta una esperanza de vida al nacimiento de 82,1 años, una cifra mayor que la media de la Unión Europea, que es de 79,7 años. Por sexo, la esperanza de vida de las mujeres y hombres españoles es de 85,3 años y 79,1 años respectivamente.

Los últimos datos de los que disponemos relacionados con las defunciones en nuestro país se refieren al año 2010 (Regidor y Gutiérrez-Fisac, 2013). En ese año se produjeron en España 382.047 defunciones, lo que supone una tasa de mortalidad bruta de 829,2

defunciones por 100.000 habitantes. Pues bien, la tasa de mortalidad ajustada por edad en 2010 fue un 78 por 100 superior en hombres que en mujeres. Las 15 primeras causas de muerte en 2010, de acuerdo al número de defunciones, fueron, por orden: 1) cáncer, que supone un 27 por 100; 2) enfermedades del corazón, con un 20,5 por 100; 3) enfermedades cerebrovasculares, que representan el 7,9 por 100; 4) enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con un 4,1 por 100; 5) enfermedad de Alzheimer, que supone el 3 por 100; 6) accidentes no intencionales; 7) diabetes mellitus; 8) neumonía e influenza; 9) nefritis, nefrosis y síndrome nefrótico; 10) enfermedad hipertensiva; 11) enfermedad crónica del hígado y cirrosis hepática; 12) suicidio; 13) enfermedad de Parkinson; 14) septicemia, y 15) enfermedad vascular intestinal. Un hecho a destacar es que casi un 60 por 100 de las defunciones se deben a las primeras cuatro causas de muerte. Y por sexo, los datos indican que los hombres tienen mayor tasa de mortalidad ajustada por edad que las mujeres en 13 de las 15 principales causas de muerte. Sólo la tasa de mortalidad por enfermedad de Alzheimer fue mayor en mujeres que en hombres, mientras que en la enfermedad hipertensiva la tasa mostró una magnitud muy similar en ambos sexos. También es interesante conocer que entre 2001 y 2010 la tasa de mortalidad ajustada por edad por las causas de muerte atribuibles al tabaquismo ha descendido 11,8 por 100 en hombres y ha aumentado 57,1 por 100 en mujeres. Y que respecto a las enfermedades oncológicas, el cáncer que más muertes causó entre los hombres fue el de bronquios y pulmón (17.303 fallecidos) y en las mujeres el de mama (6.295 fallecimientos). En resumen, podemos decir que los hombres viven menos años que las mujeres, presentan mayores tasas de mortalidad en prácticamente todas las principales causas de muerte y, a pesar de que éstas son similares para los dos sexos, existen diferencias notables que en algunos casos pueden deberse a causas biológicas, pero en otros a causas de otro tipo, como veremos más adelante.

La esperanza de vida en nuestro país ha sufrido un gran cambio en el último siglo. En 1900, la esperanza para la población total era de 37,70 años para las mujeres y de 33,85 para los hombres. En 1921 la esperanza pasó a ser de 42,05 y 40,26 respectivamente. En 1941 pasamos a hablar de 53,24 años para las mujeres y 47,12 para los hombres. Veinte años después la esperanza de vida dio un gran salto, hasta llegar en 1961 a los 72,16 años en las mujeres y 67,40 en los hombres. En 1981 llegó hasta los 78,61 y 72,52 años respectivamente (Carreras, 1989; INE, 1999); en 2001 a los 82,82 para las mujeres y los 76,07 para los hombres y, como hemos dicho, en la actualidad podemos hablar de los 85,3 años y 79,1 años respectivamente. En esta evolución pueden apreciarse con claridad las huellas dejadas por la gripe de 1918 y por la Guerra Civil (1936-1939) y su posguerra (1939-1942) (Carreras, 1989; Guijarro y Peláez, 2008). Si bien el brote vírico de 1918 afectó por igual a las mujeres que a los hombres, aproximando las esperanzas de vida de ambos sexos (30,8 años para las mujeres frente a 29,9 para los hombres), la contracción en la esperanza de vida durante la Guerra Civil resultó ser claramente mayor en la población masculina que en la femenina, ampliándose la distancia entre ambas series

hasta los 9 años. Excluyendo estas causas concretas que producen oscilaciones en la evolución de la esperanza de vida, podemos decir que a lo largo del último siglo en España se ha producido un espectacular incremento de la esperanza de vida, mayor en la población femenina que en la masculina (47 años de mejora en un siglo para las mujeres, frente a 41,9 para los varones). A medida que transcurre el tiempo, la brecha que separa ambas series tiende a ensancharse. Si al inicio del siglo pasado las mujeres vivían 1,8 años más que los hombres, un 5 por 100 más, al cabo de cien años esta diferencia se ha elevado hasta los 6,8 años, lo cual supone que en la actualidad las mujeres lleguen a vivir un 8 por 100 más que los hombres (Guijarro y Peláez, 2008).

Por otra parte, el incremento que se ha observado en nuestro país y en los países más desarrollados en la esperanza de vida de sus ciudadanos podría encerrar una trampa mortal. El incremento en los años de vida podría verse acompañado por un incremento de enfermedades crónicas y/o degenerativas que mermaran notablemente la calidad de vida de quienes viven más años. En ese caso estaríamos hablando de vivir más, pero no mejor, ya que los últimos años de vida serían años de enfermedad, incapacidad y sufrimiento. Es por ello por lo que ya hace algunos años se acuñó el término «Esperanza de vida en salud» (EVS), que engloba tanto los indicadores de la esperanza de vida (EV) y por tanto la mortalidad de la población, como los de la calidad de vida o la morbilidad. En esta línea, según los últimos datos que tenemos (Gutiérrez-Fisac, Suárez, Neira y Regidor, 2013), en el año 2011, al nacer, la población española esperaba vivir 66,4 años sin limitación de actividad. Entre 2006 y 2011 los años de vida en salud (AVS) aumentaron en 3,4 años, mientras que la EV lo hizo en 1,2 años, lo que parece indicar que los españoles cada vez estamos viviendo más años y son años con una cierta calidad de vida. Es lo que se denomina «efecto de compresión de la morbilidad». En 2011, el porcentaje de los años de EV vividos sin limitación fue del 80,6 por 100, porcentaje que ha aumentado desde 2006, en que fue del 77,7 por 100.

Sin embargo, cuando analizamos las diferencias por sexo, a diferencia de lo que ocurre con la esperanza de vida, en el año 2011 los hombres esperaban vivir sin limitación de actividad alrededor del año más que las mujeres (67 años vs. 65,9 años). Aunque desde al año 2006 los AVS aumentaron tanto en uno como en otro sexo (en hombres 63 y en mujeres 62,9), el mayor incremento observado en los hombres tuvo como consecuencia un aumento de las diferencias entre uno y otro sexo. El porcentaje de los años de esperanza de vida al nacer que son vividos sin limitación en 2011 fue mayor en los hombres (84,5 por 100) que en las mujeres (77,3 por 100), manteniendo la tendencia que se había observado en 2006 (81,0 por 100 vs. 74,6 por 100). Además, todos estos datos continúan la tendencia de un informe anterior en el que se analizaba la evolución sufrida entre 1986 y 2007 (Gutiérrez-Fisac, Regidor y Alfaro, 2010).

## 3.2. MORBILIDAD Y GÉNERO

La siguiente pregunta que nos podríamos realizar es si hombres y mujeres padecemos las mismas enfermedades y, si es así, si las padecemos en la misma medida. Y aquí de nuevo la respuesta es negativa. Es cierto que existen enfermedades, como la diabetes mellitus, cuya prevalencia no ofrece diferencias significativas en función del género, con un 6 por 100 de hombres y un 5,8 por 100 de mujeres en 2009 en nuestro país. Pero frente a ésta, existen otras en las que las diferencias son notables. Un ejemplo es la infección por VIH y sida. En la infección por VIH la tasa por millón de habitantes en 2010 era de 31,2 en mujeres frente a 147,8 en hombres. Y en el sida, de 9,0 en mujeres frente al 31,7 en hombres. Además, las categorías de transmisión en el caso de la infección por VIH son diferentes en hombres y mujeres, siendo las relaciones heterosexuales de riesgo las más representadas en las mujeres (79,8 por 100 frente al 22,9 por 100 de los hombres), mientras que en ellos resulta más frecuente en los hombres que mantienen sexo con otros hombres (56,1 por 100) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

Si analizamos los últimos datos de que disponemos respecto a las causas de hospitalización de las mujeres en España, el 13 por 100 del total de altas en los hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud lo constituye el parto, el puerperio y las complicaciones de la gestación, causa que supone el 25,7 por 100 del total. Otras causas en las mujeres, en orden de importancia por su peso relativo, son las enfermedades del aparato circulatorio (11,8 por 100); le siguen las enfermedades del aparato digestivo y las del aparato respiratorio, con un peso de 10,2 por 100 y 8,9 por 100 respectivamente. Los tumores suponen el 8,8 por 100. En el caso de los hombres, la causa más frecuente de alta hospitalaria son también las enfermedades del aparato circulatorio, con 16,9 por 100; le siguen las enfermedades del aparato respiratorio, con un peso del 14,7 por 100, y las del aparato digestivo, con el 14,4 por 100. Los tumores suponen el 11,2 por 100. Finalmente, los trastornos mentales son causa de alta hospitalaria más frecuente en hombres (2,4 por 100 del total de altas) que en mujeres (1,9 por 100 del total de altas) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

Sabemos que la mujer tiende a padecer más depresiones, migrañas, cefaleas y osteoporosis que el hombre. Y también que en ellas hay un cambio en las prevalencias conforme avanza su edad. En la edad reproductiva las mujeres jóvenes tienden a presentar enfermedades gastrointestinales y relacionadas con el estrés. Aunque antes de la menopausia las hormonas protegen a las mujeres de enfermedades cardíacas, al llegar a la etapa del climaterio la mujer supera la incidencia de enfermedad cardiovascular y, de hecho, los infartos y los accidentes cerebrovasculares son una de las principales causas de muerte en ellas.

Por otro lado, observamos que una misma enfermedad puede afectar de manera distinta a hombres y mujeres. Así, ellas se recuperan más rápido de una anestesia y de un infarto, y tienen una mejor aceptación tanto de los analgésicos como de los opiáceos. El hombre, por su parte, tiene doble posibilidad de morir de varicela en la edad adulta que

una mujer. Los síntomas de los ataques cardíacos no suelen producir dolor de pecho en las mujeres. Las mujeres no fumadoras son más susceptibles al cáncer que hombres no fumadores; ellas presentan tumores pulmonares a edad más temprana, pues al parecer metabolizan las sustancias carcinógenas de manera diferente, tienen menos probabilidades de contraer cáncer oral y son más proclives a enfermedades del sistema inmunológico. Los medicamentos contra el sida se metabolizan más rápido en ellos que en ellas, por lo que se requieren dosis específicas adecuadas al género.

A partir de todas estas condiciones, ¿quién diríamos que en general se suele sentir más sano o más enfermo, el hombre o la mujer? En lo que respecta a la percepción subjetiva de salud, existe una constante que se mantiene a lo largo de los años, y es que los hombres suelen valorar más positivamente que las mujeres su estado de salud. Así, en España, y según fuentes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012), en el año 2003 un 75,7 por 100 de los hombres valoraban positivamente su salud frente a un 67,1 por 100 de las mujeres, y esa diferencia se mantiene en el año 2009, con un 75,8 por 100 de los hombres frente a un 66,1 por 100 de las mujeres.

Pero sabemos también que muchas de las diferencias sexuales en morbilidad aparecen por vez primera en la adolescencia. Las diferencias en la percepción de salud se originan en torno a los 14 años y persisten hasta los 65 años aproximadamente (Case y Paxson, 2005). La mayor prevalencia de depresión en las mujeres es un ejemplo de ello. Otras patologías crónicas, como el asma o las migrañas, son más frecuentes en los chicos durante la infancia, pero en la adolescencia las padecen más las chicas. Torsheim y cols. (2006) realizaron un estudio cuyos participantes tenían entre 11 y 15 años de edad y vivían en 29 países europeos y norteamericanos. Ese estudio mostraba que, en general, las chicas informaban más problemas de salud, pero que las diferencias sexuales aumentaban con la edad. Y un resultado interesante del estudio fue que las diferencias eran menores en países más desarrollados, donde los roles de género eran más igualitarios, y donde el nivel educativo de las mujeres era mayor y también sus ingresos.

De lo dicho hasta ahora surge una paradoja. ¿Cómo los hombres perciben una mayor salud que las mujeres, y sin embargo viven menos tiempo que ellas? Una explicación que se ha aportado es que las mujeres sufren más enfermedades agudas que los hombres y también algunas crónicas no fatales, que, aunque generan altos grados de malestar, no resultan amenazantes para la vida de las mismas, mientras que los hombres padecen en mayor medida enfermedades crónicas severas, como las cardiovasculares y respiratorias, que suponen un mayor riesgo de muerte (Case y Paxson, 2005). Por otro lado, el factor edad parece fundamental y afecta de forma diferente a hombres y mujeres. Entre adultos, los hombres informan mejor salud que las mujeres cuando son más jóvenes, pero esta diferencia disminuye con la edad, pues con el tiempo los hombres van presentando mayor morbilidad que las mujeres.

## 3.3. CAUSAS BIOLÓGICAS Y SESGOS DE LOS CLÍNICOS

¿Cuáles son las causas de estas diferencias? Parece que algunas pueden derivarse de *factores biológicos*. Una de esas razones biológicas es que algunas enfermedades tienen que ver con anomalías en el cromosoma X. Dado que las mujeres tienen un segundo X, ellas pueden superar la enfermedad, mientras que los hombres no pueden. Eso explica que los hombres padezcan más enfermedades congénitas que las mujeres, como la hemofilia o la distrofia muscular (Migeon, 2006).

Un segundo factor biológico son las hormonas, aunque su papel es complejo. Por ejemplo, los estrógenos pueden jugar un papel importante en la vulnerabilidad de las mujeres a trastornos autoinmunes como el lupus o el cáncer de mama, al tiempo que las protege de las enfermedades del corazón. Pero esta protección que se deriva de los altos niveles de estrógenos sucede antes de la menopausia. Y eso es así porque los estrógenos están asociados a menores niveles de colesterol «malo» (lipoproteínas de baja densidad) y mayores niveles de colesterol «bueno». Este hecho llevó a prescribir terapia hormonal sustitutiva tras la menopausia, con el fin de proteger a la mujer de problemas cardíacos; los estudios correlacionales lo certificaron, pero no los experimentales. Al utilizar grupos control se encontró que estas terapias no protegían de problemas cardíacos, mientras que sí aumentaba el riesgo de cáncer de mama y de ataques cardíacos (Lowe, 2004). La explicación a los resultados de los estudios correlaciónales parece estar en que las mujeres que seguían una terapia hormonal se diferenciaban de las que no la seguían por su mayor nivel socioeconómico, lo que está ligado a una mejor salud.

Otra hormona que parece tener un papel complejo es la oxitocina. Se trata de una hormona que aumenta en la pubertad y que promueve la conducta social afiliativa en las mujeres. En estudios experimentales donde se ha dado oxitocina a las mujeres se ha visto que incrementa la generosidad y la capacidad para identificar adecuadamente expresiones faciales positivas (Marsh, Yu, Pine y Blair, 2010), y que también reduce el estrés en las mujeres promoviendo su salud. Pero existe la posibilidad de que la misma hormona interactúe con algunos de los eventos estresantes que suelen darse en la adolescencia, llevando a las mujeres a un mayor riesgo de depresión, lo que ayudaría a explicar la mayor tasa de depresión en las mujeres que en los hombres a partir de la adolescencia.

Junto a esos factores biológicos, pueden darse otros relacionados con ciertos *sesgos que se dan entre los profesionales* a la hora de diagnosticar y tratar las enfermedades de hombres y mujeres. Un ejemplo lo encontramos en las enfermedades cardiovasculares. Las mujeres tienen una menor probabilidad que los hombres de recibir terapia farmacológica, angioplastia coronaria y bypass coronario para los problemas cardiovasculares. Las razones son varias. En primer lugar, las mujeres no encajan con el perfil típico del enfermo cardíaco, que se suele identificar con un hombre mayor. Además, las mujeres presentan síntomas más ambiguos de estas enfermedades, como el dolor de pecho o dificultades para respirar, que suelen ser confundidos con síntomas de origen psicológico, en comparación con el más claro síntoma en los hombres, el ataque cardíaco. Un estudio mostró que cuando los síntomas son claros y hay ausencia de estrés

los médicos diagnostican problemas cardiovasculares con la misma probabilidad en hombres y en mujeres, pero cuando hay estrés y los síntomas son menos claros se diagnostica más en hombres que en mujeres (Chiaramonte y Friend, 2006). Por si fuera poco, una razón de que sean menos derivadas para la realización de una angioplastia o un bypass es que las mujeres se benefician menos que los hombres de tales procedimientos, suelen tener más complicaciones y morir en el mismo hospital como consecuencia de las mismas, debido a que sus arterias son más pequeñas (lo que complica técnicamente su realización) y porque, al ser diagnosticadas más tarde, su estado suele ser peor.

Justo lo contrario sucede con la depresión. Sabemos que cuando un paciente deprimido se presenta en la consulta con síntomas poco claros de depresión, como fatiga y problemas de concentración, al médico le cuesta más diagnosticar este trastorno cuando está ante un hombre que cuando está ante una mujer. En el caso de los hombres suele pensar en otros diagnósticos más relacionados con problemas de origen médico. Igualmente sabemos que el personal médico suele prescribir en mayor medida antidepresivos para las mujeres que para los hombres (National Center for Health Statistics, 2011), incluso ante los mismos síntomas, aunque no está claro si sucede a demanda de los pacientes o por decisión del mismo médico.

Sin embargo, los factores biológicos y ligados a los sesgos de los profesionales no pueden explicar por sí solos todos los datos de que disponemos. Oksuzyan, Juel, Vaupel y Christensen (2008) y Helgeson (2012) hablan de cuatro tipo de explicaciones para los mismos: las conductas de salud, los roles sociales, los eventos vitales estresantes y los rasgos relacionados con el género.

## 3.4. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN QUE PODRÍAN EXPLICAR LAS DIFERENCIAS EN SALUD A TRAVÉS DEL GÉNERO

### 3.4.1. Conductas de salud

Otro factor que puede explicar las diferencias de salud entre hombres y mujeres son sus también diferentes conductas de salud. Dado que conocemos que ciertas conductas de salud están asociadas a una mayor probabilidad de padecer ciertas enfermedades, parece lógico esperar diferentes prevalencias en unos y otras. Sin embargo, también en esta ocasión los mecanismos son complejos, dado que por un lado influye la diferente realización de ciertas conductas de salud por parte de hombres y mujeres y, por otro, el hecho de que ciertas conductas son más perjudiciales para un sexo que para el otro. Veamos algunos ejemplos como el tabaco, el alcohol o el sobrepeso.

En cuanto al consumo de tabaco, actualmente sabemos que es una de las principales causas de muerte prematura, concretamente responsable de cerca del 20 por 100 de las muertes por enfermedad cardíaca, infarto, enfermedad pulmonar y más de 15 cánceres

distintos. En nuestro país, a partir de los 16 años de edad uno de cada cuatro españoles fuma a diario (26,2 por 100), uno de cada cinco es exfumador (20,4 por 100) y la mitad (49,7 por 100) no ha fumado nunca (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). El número de quienes fuman diariamente es mucho menor en mujeres que en hombres (21,3 por 100 frente a 31,2 por 100) y hay muchos más exfumadores hombres (26,3 por 100) que mujeres (14,7 por 100), siendo además éstas las que no han fumado nunca en mayor proporción (60,7 por 100 frente al 38,4 por 100 de los hombres). Sin embargo, entre jóvenes de 16 y 24 años la diferencia entre ambos sexos en el consumo de tabaco es mucho menor, reduciéndose al 28,9 por 100 en el caso de los hombres frente al 23,5 por 100 de las mujeres. A pesar de que los hombres todavía en la actualidad siguen fumando más que las mujeres en nuestro país y en la mayoría de los países de nuestro entorno, fumar resulta más peligroso para ellas que para ellos por distintas razones. Primero, porque la misma cantidad de consumo afecta más negativamente (más riesgo de enfermedad obstructiva pulmonar y de cáncer de pulmón) a una mujer que a un hombre (Ben-Zaken, Paré, Man y Sin, 2007). De hecho, el incremento de estas enfermedades en las mujeres se explica tanto por el incremento del consumo de tabaco en ellas como por estos factores biológicos. Segundo, porque a las mujeres les cuesta más dejar de fumar que a los hombres, siendo los intentos de ellos habitualmente más exitosos que los de ellas. Y de nuevo se han propuesto cuatro razones distintas para explicar este hecho (Helgeson, 2012). La primera es que fumar está asociado a la depresión, trastorno más frecuente en mujeres. La segunda es que fumar tiene más base fisiológica en los hombres que en las mujeres, lo que hace que terapias del tipo «parche de nicotina» sean más eficaces para los hombres. La tercera es que parece que el sabor y olor del tabaco son más reforzantes para las mujeres que para los hombres. Y la cuarta es que habitualmente a las mujeres les preocupa más ganar peso cuando están dejando de fumar.

Algo similar sucede con el alcohol, asociado a un mayor riesgo de enfermedad cardíaca, cáncer, cirrosis hepática, accidentes, suicidio y homicidio. Según los datos de que disponemos en nuestro país, respecto a mayores de 16 años, casi 4 de cada 10 personas dice no haber consumido bebidas alcohólicas en el último año, siendo esta proporción el doble en mujeres que en hombres. Un 64,6 por 100 de la población sí lo ha hecho, siendo mucho mayor el porcentaje de hombres (76,9 por 100) que de mujeres (52,9 por 100) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). El mayor consumo en chicos lo encontramos ya a los 15 años (Ballester, Gil y Guirado, 2000) en España y también en otros países. Concretamente, en Estados Unidos un 57 por 100 de hombres se consideran bebedores habituales, frente al 39 por 100 de las mujeres (Pleis y Lethbridge-Cejku, 2007). Y existe una probabilidad tres veces mayor en hombres que en mujeres de ser bebedores compulsivos. Al igual que sucede con el tabaco, los riesgos del alcohol para hombres y mujeres son diferentes. Las mujeres tienen un menor riesgo genético respecto al alcoholismo, y las consecuencias fisiológicas del alcohol en las

mujeres son más perjudiciales, de manera que con menos cantidad los efectos son los mismos que con mayor cantidad en el hombre. La razón es fisiológica. Los hombres tienen mayor cantidad de agua en su organismo en la que diluir el alcohol, por lo que pueden metabolizarlo mejor. Por esa razón el alcohol produce más cirrosis en las mujeres y ellas se hacen adictas más rápido que ellos.

Finalmente, por lo que se refiere al sobrepeso y la obesidad, sabemos que se trata de un factor que, en sinergia con el consumo de tabaco y alcohol, constituye un factor de riesgo para muchas enfermedades como la hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes de adulto, enfermedades coronarias, ciertos tipos de cáncer y muchas otras enfermedades crónicas. Según los últimos datos de España, de entre los adultos de más de 18 años un 37,7 por 100 tiene sobrepeso y un 16,0 por 100 presenta obesidad (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). La prevalencia de sobrepeso y obesidad, consideradas conjuntamente, en la población de 18 años o más (53,7 por 100) presenta valores más altos en hombres (62,8 por 100) que en mujeres (44,6 por 100) en todos los grupos de edad. También entre los niños de 6 a 9 años, 4 de cada 10 tienen exceso de peso (sobrepeso y obesidad), y también presentan mayor prevalencia los niños (5 de cada 10) que las niñas (4 de cada 10). El sobrepeso constituye un problema de salud que tiene que ver con la dieta y la actividad física. Sabemos que el ejercicio físico tiene grandes beneficios para la salud, como la reducción del riesgo coronario, mientras que el sedentarismo está asociado a diabetes mellitus, hipertensión arterial u osteoporosis. Pues bien, el porcentaje de población española de más de 16 años que afirma no haber realizado ninguna actividad física en la última semana (ni siquiera caminar) es del 12,1 por 100, siendo en este caso mayor en mujeres (13,3 por 100) que en hombres (10,9 por 100), y además este porcentaje parece aumentar con la edad (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). Parece por tanto que la dieta es la responsable del mayor sobrepeso de los hombres, y en ese sentido existen estudios que evidencian que las mujeres suelen alimentarse mejor que los hombres (Kiefer, Rathmanner y Kunze, 2005) y que las diferencias empiezan a producirse en torno a los 12 años de edad. Probablemente haya varias razones implicadas en estas diferencias, algunas de las cuales son una mayor probabilidad de hacer dieta en las mujeres o la mayor importancia que le dan al comer saludable.

### 3.4.2. Roles sociales y eventos vitales estresantes

Los roles masculinos y femeninos también tienen una incidencia en los problemas de salud que presentan los hombres o las mujeres respectivamente. A pesar de que se ha producido un acercamiento entre ambos sexos en este sentido, todavía perviven diferencias notables. Por ejemplo, en un país que consideramos desarrollado como Estados Unidos, todavía en la actualidad el 86 por 100 de los hombres entre 25 y 54 años trabaja fuera del hogar, frente al 72 por 100 de las mujeres (Helgeson, 2012). Y en

los hogares en los que hay niños menores de 6 años trabaja el 95 por 100 de los hombres frente a tan sólo el 64 por 100 de las mujeres. Las diferencias se han observado incluso en la planificación de la vida laboral que hacen antes de tener hijos. Por ejemplo, en un trabajo de Fillo (2008) con estudiantes universitarios se encontró que el 84 por 100 de los hombres tenía la idea de trabajar a tiempo completo cuando tuviera hijos menores de 5 años, frente al 20 por 100 de las mujeres.

Evidentemente estas diferencias y otras asociadas a los roles tradicionales de género tienen su impacto en la salud. Por ejemplo, explican que los hombres tengan más accidentes laborales graves porque suelen trabajar en empleos con mayor riesgo físico. Tienen más accidentes fatales de tráfico, en parte porque suelen conducir más en general y también en el marco de los desplazamientos de la familia, pero también porque suelen realizar una conducción más temeraria (tienen tres veces más accidentes fatales que las mujeres), corren a más velocidad y utilizan menos el cinturón de seguridad (Helgeson, 2012). También en el ocio los hombres suelen realizar actividades más arriesgadas que las mujeres, como la caza o el alpinismo. Suelen realizar más conductas sexuales de riesgo, como mantener relaciones con múltiples parejas o usar de forma poco consistente el preservativo (Ballester, Gil, Giménez y Ruiz, 2009). Otros riesgos vienen de la asociación de la fuerza física a la masculinidad. Resulta demasiado frecuente entre hombres el uso de anabolizantes esteroides, un consumo que va en aumento e incrementa el riesgo de enfermedad hepática, cardiovascular, depresión y agresión hacia los demás. Y algo que llama la atención es que no son los atletas o deportistas los que más los utilizan, sino hombres de mediana edad que, más que mejorar su rendimiento físico, lo que pretenden es incrementar su masa muscular y mejorar, según sus criterios, su apariencia física (Cohen, Collins, Darkes y Gwartney, 2007).

Las mujeres sufren en mucha mayor medida que los hombres el conflicto de rol que supone ser a la vez trabajadora fuera de casa y tener las atribuciones que el rol social tradicional femenino le impone. Tenemos datos que indican que trabajar fuera del hogar es saludable para la mujer (McMunn, Bartley y Kuh, 2006), pero esto parece depender de muchos factores como el número de hijos y su edad, el estatus socioeconómico o la implicación de sus parejas en las tareas del hogar, entre otros aspectos. Probablemente, el trabajo fuera del hogar esté asociado a una mayor salud mental, pero esto dependería de hasta qué punto este trabajo le depara una gran carga de estrés a la mujer. Lorenzi-Cioldi (1988) afirmó ya hace unos años que estamos asistiendo a un espejismo de igualdad sexual. Mujeres y hombres han acercado sus roles, pero el camino que han hecho ellas ha sido mucho mayor que el que han realizado ellos. Las mujeres han ocupado un espacio que antes era privativo de los hombres, pero no por eso han abandonado el tradicional espacio femenino, lo que lleva a una masculinización de la sociedad tomada en su conjunto. En este sentido, como se encuentra en algunos estudios, probablemente la dificultad de conciliar roles muy distintos ha provocado un nivel de estrés en las mujeres que suele ser mayor que el de los hombres. Se ha informado un mayor número

de eventos vitales estresantes en las mujeres en comparación con los hombres, que tienen que ver no sólo con la conciliación trabajo-familia, sino con otros hechos como los siguientes: la mujer sigue siendo la cuidadora por excelencia de los familiares enfermos como las personas mayores, aunque en ocasiones sean los padres de su pareja; sufre más agresiones sexuales; más discriminación laboral; es en mayor grado víctima de maltrato y de violencia machista; sobrelleva los embarazos y los partos, etc., si bien algunos metaanálisis han encontrado que las diferencias de género eran muy modestas (Davis, Mathews y Twamley, 1999). Cuando se analizan cuestiones metodológicas, parece que esas diferencias son mayores en los estudios en que se pregunta por la percepción del impacto de los eventos estresantes que cuando se preguntaba simplemente por el número de los mismos. En el mismo estudio citado, se vio que las diferencias sexuales eran mayores en los estresores interpersonales y mayor en adolescentes que en adultos y niños, algo que se ha confirmado en estudios más recientes (Shih, Eberhart, Hammen y Brennan, 2006).

En la misma línea de investigación, McDonough y Walters (2001) encontraron que, con excepción de los estresores económicos y ambientales, las mujeres informan más estrés crónico y eventos vitales estresantes, pero su mayor exposición al estrés sólo da cuenta de una pequeña parte de las diferencias de género en salud y de manera importante sólo influye en el malestar subjetivo. Los estresores que parecieron afectarles más a las mujeres fueron los sociales, por encima de los eventos vitales. Sin embargo, en contra de muchos otros estudios que enfatizan que los hombres son más sensibles a estresores económicos y las mujeres a estresores relacionados con las redes sociales, no se encontró que la diferente vulnerabilidad a los estresores ejerciera ninguna influencia en las diferencias de salud. Posteriormente, Denton, Prus y Walters (2004), analizando los datos de Canadá, encontraron diferencias de género en salud autoinformada, enfermedades crónicas y malestar, con peores resultados para las mujeres. Por otra parte, estos autores concluyen que, si bien la salud es el resultado de un complejo entramado de relaciones entre determinantes sociales, psicosociales y comportamentales, los dos primeros, incluyendo aspectos como los eventos vitales, estresores crónicos y recursos psicológicos (como la autoestima o el sentido de coherencia) son más importantes para ellas, mientras que los comportamentales (fumar, beber alcohol y actividad física) lo son para los hombres. Y aunque la exposición a tales determinantes fue diferente en ambos sexos y contribuía a las desigualdades en salud, éstas permanecían tras controlar esa exposición diferencial, por lo que parece que eran más explicadas por las vulnerabilidades diferenciales a los determinantes sociales. Es decir, factores como la edad, estructura familiar, actividad principal, educación, renta, ocupación y apoyo social son importantes determinantes estructurales para ambos sexos, aunque sus efectos diferirían en hombres y mujeres.

Por lo que respecta a nuestro país, en un importante estudio realizado en España con 2.816 participantes de entre 18 y 65 años (Matud, 2004), se halló que las mujeres

puntuaban significativamente más alto que los hombres en estrés crónico y en estresores cotidianos de menor importancia. No se encontraron diferencias en el número de eventos vitales estresantes experimentados en los últimos dos años, pero sin embargo las mujeres valoraron esos eventos como más negativos y menos controlables que los hombres. Además se encontraron diferencias en 14 de los 31 ítems listados, hallándose que las mujeres informaban en mayor medida que los hombres eventos familiares y relacionados con la salud, mientras que ellos destacaban en mayor medida eventos relacionados con el trabajo y los asuntos económicos. La autora también destaca diferencias de género en el estilo de afrontamiento, apuntando hacia un estilo de afrontamiento más emocional y evitativo en las mujeres y un afrontamiento más racional y centrado en el problema en los hombres, que a su vez presentaban una mayor inhibición emocional. Respecto a la sintomatología, las mujeres obtenían puntuaciones mayores en síntomas somáticos y malestar psicológico.

### 3.4.3. Rasgos asociados al género

Tradicionalmente se ha socializado a los hombres para que adopten un rol instrumental y a las mujeres para que ocupen el espacio propio del rol expresivo. Estos roles tienen su origen también en una distribución sexista del trabajo. El hombre salía del hogar a «ganar el pan» y la mujer se quedaba en casa a cargo de la crianza de los hijos y de la gestión del hogar. Estos roles diferenciales ya fueron establecidos hace medio siglo, concretamente en 1951 y 1958, por parte del sociólogo Talcot Parsons en su obra *The Social System*. Las implicaciones de estos roles para la salud son importantes. Se ha relacionado el rol instrumental o activo con una alta autoestima, menos síntomas físicos, mejor salud mental, una cierta protección respecto al impacto que los eventos vitales estresantes pudieran tener sobre las relaciones interpersonales y mejores hábitos de salud, como la realización de ejercicio físico (Lam y McBride-Chang, 2007). En contraste con este rol, el expresivo estaría relacionado con mejores relaciones interpersonales, pero también con peor salud física y mental (Ghaed y Gallo, 2006). Sin embargo, como se ha podido ver a lo largo de todo este capítulo, estas relaciones parecen ser más complejas de lo que pensábamos y depender, entre otros aspectos, del grado en que se participa de estas características asociadas al género. Así, sabemos que un carácter excesivamente instrumental o activo, no mitigado por el carácter expresivo, está asociado a una variedad de indicadores de pobre salud, como ánimo depresivo en adolescentes y jóvenes, hostilidad y agresividad entre estudiantes universitarios y pacientes cardíacos, conducción de riesgo, abuso de sustancias, delincuencia y episodios de atracón (Helgeson, 2012).

Algo similar pasa cuando el carácter expresivo no está mitigado por el instrumental o activo. En este caso, solemos encontrar una excesiva implicación en los problemas de los otros y un cierto abandono de uno mismo, lo que está a su vez asociado a depresión, malestar psicológico general, mayor estrés interpersonal, asunción de los problemas

ajenos como propios, pensamientos intrusivos, hipersensibilidad respecto a los problemas de los demás, dependencia emocional de los demás, con la consiguiente necesidad de aprobación, baja autoestima, problemas de imagen corporal que en ocasiones pueden desembocar en conductas alimentarias de riesgo (Ballester y Guirado, 2004), ser víctima de la explotación y subyugación por parte de otros, peores autocuidados y peor adherencia a los tratamientos (Helgeson, 2012).

## 3.5. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA BÚSQUEDA DE AYUDA MÉDICA

Uno de los comportamientos asociados al tradicional rol masculino es una mayor reticencia a buscar ayuda, al considerar este comportamiento como un signo de debilidad, lo cual puede tener consecuencias graves en el ámbito de la salud, donde la demora en la búsqueda de ayuda médica puede tener consecuencias catastróficas, como el agravamiento del estado de salud o la hospitalización (Oksuzyan y cols., 2008). Y lo mismo sucede en el ámbito emocional, dado que esta característica llevaría a una cierta dificultad a la hora de expresar sentimientos y emociones, con lo que resultaría más difícil ayudar a estas personas en caso de padecer algún problema psicológico.

Sin embargo, algunos autores como Koopmans y Lamers (2007) han encontrado que las mujeres padecen un mayor malestar emocional y físico, y que la relación entre este malestar y la búsqueda de ayuda profesional no está mediada por el género, sino explicada completamente por ese nivel de malestar, que es menor en los hombres. Lo mismo se ha hallado en un estudio realizado con población española mayor de 60 años (Redondo, Guallar, Banegas y Rodríguez, 2006). En él se veía cómo, en comparación con los hombres, un mayor porcentaje de mujeres visitaban al médico, recibían visitas del médico en casa y tomaban más cantidad de medicación. Pero cuando se controló otras variables, como la necesidad de cuidados derivados de la mayor prevalencia en mujeres de enfermedades crónicas y su menor calidad de vida relacionada con la salud, las diferencias entre hombres y mujeres se reducían notablemente, por lo que no se deriva de este estudio que las mujeres tengan un patrón de búsqueda de ayuda médica vinculado intrínsecamente al género.

Pero como ya indicaba el propio título del trabajo de Macintyre, Hunt y Sweeting (1996), seguramente las diferencias de género en salud no son tan simples como puedan parecer. Parece que la dirección y magnitud de las diferencias varían según los síntomas particulares de los que estemos hablando y la fase del ciclo vital. La mayor prevalencia observada en las mujeres sólo se encuentra de manera consistente en todo el ciclo vital para el malestar psicológico, y es menos aparente e incluso inverso para algunos síntomas y problemas físicos.

Hunt, Adamson y Galdas (2012) añaden otro matiz interesante. Según estos autores, probablemente el modo en que los hombres hablan de su comportamiento de búsqueda de ayuda tiene mucho que ver con cómo ellos construyen su masculinidad. Socialmente

se ha construido una narrativa según la cual de un hombre se espera que en lo relativo a la salud y el bienestar se muestre fuerte, estoico, niegue cualquier debilidad y soporte de forma callada el sufrimiento físico. Sin embargo, parece difícil pretender que la demora en la búsqueda de ayuda médica se dé en todas las ocasiones. Parece que podemos hablar de una cierta jerarquía de amenazas a la masculinidad. Por ejemplo, los hombres suelen sacrificar su reticencia a buscar ayuda cuando se trata de problemas sexuales que resultan más amenazantes para su masculinidad que el hecho de buscar un tratamiento. Otro ejemplo son los hombres que han pasado algún episodio que ha sido amenazante para su vida, como un infarto. Estos hombres parecen aprender posteriormente que merece más la pena preservar la vida que su masculinidad. Tampoco encontramos una mayor reticencia en los hombres en el caso de las consultas de detección del cáncer colorrectal. Además, es interesante comprobar cómo en muchas ocasiones los hombres se sienten obligados a justificar su búsqueda de ayuda médica aludiendo a su responsabilidad respecto a su familia, de manera que supuestamente no acudirían al médico para evitar el sufrimiento propio, sino por el bien de los demás. En resumen, aunque parece detectarse diferencias en la búsqueda de ayuda médica en hombres y mujeres, los hombres suelen presumir de su demora en este proceso como un signo de su masculinidad. Por otro lado, aunque en general se produce este hecho si consideramos la globalidad de la asistencia a los servicios de atención primaria, tenemos muy pocos estudios en los que se compare la búsqueda de ayuda por parte de hombres y mujeres ante la misma patología médica (Hunt, Adamson y Galdas, 2012).

## 3.6. EL GÉNERO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

El género se revela como una variable importante incluso cuando hablamos del estilo de atención sanitaria de los profesionales hombres y mujeres. Así, un estudio de Bertakis (2009) realizado en Estados Unidos ha revelado que las médicas proporcionan una mayor atención preventiva y mayor *counselling* psicosocial a sus pacientes, mientras sus compañeros hombres gastan más tiempo en intervenciones técnicas, tales como hacer la historia clínica del paciente o el examen físico del enfermo. En general, se observa que los pacientes de las médicas están más satisfechos que los de sus compañeros. Otros estudios también han encontrado diferencias en la misma dirección, destacando que las médicas utilizan en mayor medida habilidades de comunicación no-verbal, como la sonrisa, que invitan al paciente a contar su vivencia de la enfermedad, dedican más tiempo a cada enfermo, dan una mayor información y, en general, tienen un estilo de atención más centrado en el paciente. Sin embargo, también se ha argumentado que el mayor tiempo de visita relatado en la literatura podría relacionarse con que las médicas suelen ver a más pacientes mujeres, que a su vez suelen presentar peor salud que los hombres y, por tanto, precisar una mayor atención médica (Bertakis, 2009).

## 3.7. CONCLUSIÓN

En conclusión, los datos de los que disponemos en la actualidad nos permiten afirmar que el género constituye una variable fundamental a la hora de explicar tanto la distribución de enfermedades que más afectan a nuestra sociedad, como las diferentes causas de morbilidad y mortalidad. Las mujeres presentan una mayor esperanza de vida, pero también una peor salud, al menos autoinformada, sobre todo en las primeras etapas del ciclo vital. Parece claro que la relación entre género y salud es compleja, de manera que sólo un entramado amplio de factores que interactúan entre sí puede explicarla. Entre ellos se encuentran factores biológicos, sesgos de los profesionales a la hora de diagnosticar a los enfermos, conductas de salud, roles sociales que deparan diferentes exposiciones a estresores y diferentes modos de afrontar esos estresores, rasgos asociados al género y diferentes patrones de búsqueda de ayuda médica. Todos estos factores, la relación entre ellos y su impacto en el ámbito de la salud necesitan ser tenidos en cuenta en las políticas de promoción de la salud y atención sanitaria si queremos que nuestras intervenciones sean efectivas.

---

## REFERENCIAS


Ballester, R. (2013). Psicología Clínica de la salud: Historia de la relación mente-cuerpo y nacimiento de una disciplina. En R. Ballester y M. D. Gil, *Psicología Clínica de la Salud*. Suffolk (Great Britain): Pearson.

Ballester, R. y Guirado, M. C. (2004). Diferencias sexuales en la conducta alimentaria de niños entre 11 y 14 años. *Psicología Conductual, 12*, 5-24.

Ballester, R., Gil, M. D. y Guirado, M. C. (2000). Comportamientos y actitudes relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes de 15 a 17 años. *Análisis y modificación de conducta, 110*, 855-898.

Ballester, R., Gil, M. D., Giménez, C. y Ruiz, E. (2009). Actitudes y conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/Sida en jóvenes españoles. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *14*(3), 181-191.

Ben-Zaken Cohen, S., Paré, P., Man, S. y Sin, D. (2007). The growing burden of chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer in women. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *176*, 113-120.

Bertakis, K. (2009). The influence of gender on the doctor-patient interaction. *Patient Education and Counseling*, *76*, 356-360.

Carreras, A. (1989). *Estadísticas históricas de España: siglos* XIX-XX. Madrid: Fundación Banco Exterior.

Case, A. y Paxson, C. (2005). Sex differences in morbidity and mortality. *Demography, 42,* 189-214.

Chiaramonte, G. R. y Friend, R. (2006). Medical students' and residents' gender bias in the diagnosis, treatment and interpretation of coronary heart disease symptoms. *Health Psychology, 25,* 255-266.

Cohen, J., Collins, R., Darkes, J. y Gwartney, D. (2007). A league of their own: demographics, motivations and patterns of use of 1955 male adult non medical anabolic steroid users in the United States. *Journal of the International Society of Sports Nutrition, 4,* 12.

Davis, M., Mathews, K. y Twamley, E. (1999). Is life more difficult in Mars or Venus? A metaanalytic review of sex differences in major and minor life events. *Annals of Behav. Med., 21,* 83-97.

Denton, M., Prus, S. y Walters, V. (2004). Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioral determinants of health. *Social Science and Medicine, 58,* 2585-2600.

Fillo, H. (2000). College students' intentions for the future division of labor. Manuscrito citado por V. S. Helgeson (2012). Gender and Health: a Social Psychological Perspective. En A. Baum, T. Revenson y J. Singer: *Handbook of Health Psychology* (519-536). N.Y: Ed. Taylor & Francis.

Ghaed, S. y Gallo, L. (2006). Distinctions among agency, communion, and unmitigated agency and communion according to the interpersonal circumplex, five-factor model and social-emotional correlates. *Journal of*

*Personality Asssessment, 86,* 77-88.
Guijarro, M. y Peláez, O. (2008). La longevidad globalizada: un análisis de la esperanza de vida en España (1900-2050). *Scripta Nova, Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales, 12* (260).
Gutiérrez-Fisac, J. L., Regidor, E. y Alfaro, M. (2010). *Esperanzas de vida saludable en España 1986-2007. Esperanza de vida libre de incapacidad y esperanza de vida en buena salud en España y sus comunidades autónomas*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
Gutiérrez-Fisac, J. L., Suárez, M., Neira, M. y Regidor, E. (2013). *Esperanzas de vida en salud en España 2006-2011. Años de vida saludable en España y sus comunidades autónomas*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
Helgeson, V. S. (2012). Gender and Health: a Social Psychological Perspective. En A. Baum, T. Revenson y J. Singer, *Handbook of Health Psychology*, pp. 519-536. N.Y: Ed. Taylor & Francis.
Hunt, K., Adamson, J. y Galdas, P. (2012). Gender and help-seeking: towards gender-comparative studies. En E. Kuhlmann y E. Annandale, *The Palgrave Handbook of Gender and HealthCare,* pp. 241-255. London: Palgrave MacMillan.
Hyde, J., Mezulis, A. y Abramson, L. (2008). The ABCs of depression. Integrating affective, biological and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review, 115,* 291-313.
Instituto Nacional de Estadística (INE) (1999). *Anuario Estadístico de España. Año 1998*. Madrid: INE.
Kiefer, I., Rathmanner, T. y Kunze, M. (2005). Eating and dieting differences in men and women. *Journal of Men's Health & Gender, 2,* 194-201.
Koopmans, G. y Lamers, L. (2007). Gender and health care utilization: the role of mental distress and help-seeking propensity. *Social Science and Medicine, 64,* 1216-1230.
Lam, C. y McBride-Chang, C. (2007). Resilience in young adulthood: the moderating influences of gender-related personality traits and coping flexibility. *Sex Roles*, *56*, 159-172.
Lorenzi-Cioldi, F. (1988). *Individus dominants et groupes dominés*. Grenoble: Presses Universitaires.
Lowe, G. (2004). Hormone replacement therapy and cardiovascular disease: increased risks of venous tromboembolism and stroke, and no protection from coronary heart disease. *Journal of Internal Medicine, 256,* 361-374.
Macintyre, S., Hunt, K. y Sweeting, H. (1996). Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Social Science and Medicine, 42,* 617-624.
Marsh, A., Yu, H., Pine, D. y Blair, R. (2001). Oxytocin improves specific recognition of positive facial expressions. *Psychopharmacology, 209,* 225-232.
Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new Health Psychology. *American Psychologists, 35,* 807-817.
Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences, 37,* 1401-1415.
McDonough, P. y Walters, V. (2001). Gender and health: reassessing patterns and explanations. *Social Science and Medicine, 52,* 547-559.
McMunn, A., Bartley, M. y Kuh, D. (2006). Women's health in mid-life: life course social roles and agency as quality. *Social Science and Medicine, 63,* 1561-1572.
Migeon, B. (2006). The role of x inactivation and celular mosaicism in women's health and sex-specific diseases. *Journal of the American Medical Association, 295,* 1428-1433.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Sistema Nacional de Salud. España 2012* [monografía en Internet]. Madrid. Disponible en: http://www.msssi.gob.es.
Oksuzyan, A., Juel, K., Vaupel, J. W. y Christensen, K. (2008). Men: good health and high mortality. Sex differences in health and aging. *Aging clinical and experimental research, 20*(2), 91-102.
Pleis, J. y Lethbridge-Cejku, M. (2007). Summary health statistics for U.S Adults: National Health Interview Survey, 2006. Data from the *National Health Survey, 235*, 1-153.
Redondo, A., Guallar. P., Banegas, J. R. y Rodríguez, F. (2006). Gender differences in the utilization of healhcare services among older adult population in Spain. *BMC Public Health, 6,* 155-164.
Regidor, E. y Gutiérrez-Fisac, J. L. (2013). *Patrones de mortalidad en España, 2010*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
Shih, J., Eberhart, N., Hammen, C. y Brennan, P. (2006). Differential exposure and reactivity to interpersonal stress predict sex differences in adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35,* 103-115.
Stone, G. C., Cohen, F. y Adler, N. E. (1979). *Health Psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
Torsheim, T., Ravens-Sieberer, U., Hetland, J., Valimaa, R., Danielson, M. y Overpeck, M. (2006). Cross-

national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America. *Social Science and Medicine, 62,* 815-827.

---

**NOTAS**

1 Universitat Jaume I.

2 Universitat de València.

# 4

# Psicología de la salud ocupacional, emociones y género

MARÍA VERA PEREA[1], EVA CIFRE GALLEGO[2] Y M.ª CARMEN PASTOR VERCHILI[2]

## 4.1. LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD OCUPACIONAL

Desde que en 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definiera la salud como un «estado de completo bienestar físico, mental y social», la salud ha abierto puertas más allá de la mera salud física. Algo similar ha sucedido en el ámbito laboral, facilitando que emergiera una nueva disciplina conocida como Psicología de la Salud Ocupacional (PSO).

### 4.1.1. Definición de psicología de la salud ocupacional

La historia de la PSO es bastante reciente. Según Barling y Griffiths (2002), se puede situar como uno de sus posibles puntos de nacimiento el trabajo de Friedrich Engels durante la Revolución Industrial en Manchester (Inglaterra).

Existen diferentes definiciones de PSO. En este capítulo nos vamos a centrar, por su relevancia, en dos de ellas. De acuerdo con Tetrick y Quick (2002), se puede decir que «el propósito de la PSO es desarrollar, mantener y promover la salud de los empleados de forma directa, y la salud de sus familias. El enfoque principal de la PSO es la prevención de enfermedades o lesiones mediante la creación de entornos de trabajo seguros y saludables» (p. 4). Asimismo, y en línea con la definición anterior, la agencia de salud y seguridad estadounidense (*National Institute for Occupational Safety and Health,* NIOSH, 2014) señala que «la PSO hace referencia a la aplicación de la psicología a la mejora de la calidad de la vida laboral, para proteger y promover la seguridad, la salud y el bienestar de las personas trabajadoras». La noción de protección de la salud en esta definición se refiere a la intervención en el entorno de trabajo para reducir la exposición de las personas trabajadoras a los riesgos laborales. Sin embargo, la promoción de la salud se refiere a las intervenciones a nivel individual y grupal para equipar a estas personas con los conocimientos y recursos necesarios para mejorar su salud y, por tanto, resistir a los peligros del ambiente de trabajo. La PSO se ocupa especialmente de la dramática transformación del trabajo y el empleo, que ha estado en

marcha en las economías industriales desde la década de 1980 (p. ej., el empleo flexible y de producción), y cómo el cambio en las estructuras y procesos organizativos está influyendo en la salud y el bienestar de las personas trabajadoras y sus familias. Esta dramática transformación del trabajo incluye la incorporación masiva de las mujeres en el mundo laboral remunerado, cuyos aspectos —que influyen en su salud psicosocial— requieren de un análisis pormenorizado, y no la simple generalización de datos a ambos géneros.

Para poder hacer frente a dicha prevención del riesgo y promoción de la salud, la PSO requiere de un enfoque tanto interdisciplinar como transdisciplinar, considerando así todos los factores de organización del trabajo que ponen a las personas en riesgo de lesión, enfermedad y estrés. En este sentido, Tetrick y Quick (2002) señalaron disciplinas dentro de la psicología (factor humano, psicología industrial y organizacional, psicología social, psicología de la salud y psicología clínica) y otras disciplinas (salud pública, medicina preventiva e ingeniería industrial) que deben integrarse de cara a la prevención del riesgo y promoción de la salud.

### 4.1.2. Modelos teóricos

Tal y como señalaba Kurt Lewin, «no hay nada más práctico que una buena teoría». Esto es así porque la teoría ha de dirigir a los investigadores y profesionales hacia los aspectos esenciales tanto para prevenir el riesgo como para promover la salud psicosocial en el trabajo. Por ello, en esta sección se describirán los principales modelos teóricos que subyacen en la PSO.

De acuerdo con Warr (2007), los modelos teóricos se pueden agrupar, dependiendo de dónde se ponga el foco, en tres grandes grupos: modelos centrados en el ambiente laboral, modelos centrados en la persona trabajadora y modelos centrados en el ajuste persona-puesto.

En primer lugar, un ejemplo de modelo teórico centrado en el ambiente es el modelo vitamínico propuesto por Peter Warr (1987, 2007). Según esta teoría, existen 12 características ambientales que afectan a la salud psicosocial del trabajador (en concreto, a su bienestar afectivo), del mismo modo en el que las vitaminas afectan a la salud física. De este modo, hay características del ambiente que son perjudiciales para la salud psicosocial si la persona trabajadora los percibe como puntuaciones extremas (demasiado bajo o demasiado alto). Es decir, actuarían como lo harían las vitaminas D y A en el organismo físico. Estas características, denominadas de decremento adicional (DA), son la oportunidad de control personal, la oportunidad del uso de habilidades, metas generadas externamente, la variedad, la claridad ambiental y el contacto con otros. Por otro lado, existen otras características que si se perciben en niveles bajos son perjudiciales, mientras que en niveles muy elevados no empeoran (ni mejoran) la salud psicosocial más allá de lo que lo hacen cuando están en un nivel óptimo. Estas

características tendrían, pues, un efecto constante (EC) y actuarían como las vitaminas E y C. Pertenecerían a esta última categoría las características de disponibilidad de dinero, seguridad física, posición social valorada, supervisión de apoyo, desarrollo de carrera e igualdad. Obviamente, si hombres y mujeres tienen puestos de trabajo con diferentes características, esto afectará de manera diferencial a su salud.

En segundo lugar, como ejemplo de enfoque centrado en la persona se encuentra la teoría social cognitiva de Albert Bandura (1999). De acuerdo con esta teoría, las creencias sobre la eficacia personal, o autoeficacia, son la base de la agencia humana. Las personas no pueden producir los efectos deseados a menos que lo crean con anterioridad. Según Bandura, este tipo de creencias afectarán a la motivación para perseverar, para hacer frente a las dificultades, a la calidad de su vida emocional y la vulnerabilidad al estrés y a la depresión, y a las elecciones que haga en la vida. Si mujeres y hombres tienen diferente autoeficacia hacia diferentes tareas o trabajos debido a procesos de socialización (p. ej., trabajos masculinizados/feminizados), esto también repercutirá en su salud ocupacional.

En tercer y último lugar, el modelo de ajuste de personal al puesto (p. ej., Cable y Edwards, 2004; Ostroff y Judge, 2007) se presenta como un modelo específico dentro de los modelos de ajuste persona-ambiente. De acuerdo con esta teoría, las discrepancias o la congruencia entre el grado de una característica ambiental y el grado que a esa persona le gustaría tener de dicha característica, es lo que hará que la persona disfrute de una mejor o peor salud psicosocial. De nuevo, debido a patrones de socialización hombres y mujeres pueden tener diferentes valores y preferencias, que pueden ajustarse o no a las características del puesto masculino/femenino.

En consecuencia, dependiendo del enfoque teórico adoptado, tanto el diagnóstico como la intervención y la evaluación de la misma se centrarán en diferentes variables a evaluar e intervenir.

## 4.2. LAS EMOCIONES COMO INDICADOR BÁSICO DE SALUD OCUPACIONAL

Tal y como se ha señalado anteriormente, la OMS define la salud como un estado de completo bienestar, incluyendo en dicha definición el bienestar psicológico y social (salud psicosocial). De este modo, existe un amplio acuerdo de que un indicador primario de una buena o pobre salud psicosocial en el trabajo es el nivel y calidad de «bienestar afectivo» o «bienestar subjetivo» de una persona (p. ej., Warr, 1986). Este bienestar afectivo hace referencia al tipo de emociones y a la duración de las mismas que una persona experiencia en un contexto determinado, en este caso el laboral. Por tanto, este capítulo se centrará en las emociones como un indicador básico de salud ocupacional.

Las emociones forman parte de nuestra vida diaria y han estado presentes en la literatura de todas las culturas. Hablamos continuamente de cómo nos sentimos y de

cómo se sienten los demás, describimos con detalle nuestras reacciones afectivas ante determinados eventos y, en muchas ocasiones, apelamos a sentimientos y emociones para explicar por qué actuamos de una u otra forma. Quizá por ese motivo mucha gente piensa que las emociones hacen que la vida tenga brillo y color y que, en definitiva, merezca la pena ser vivida (Aguado, 2005).

También sabemos que no todas las personas reaccionan ante situaciones similares con la misma emoción o con idéntica intensidad. Esas diferencias individuales reflejan nuestra diversidad de metas y creencias, que influyen en la forma en la que valoramos cada situación. Somos seres sociales que cuentan con reglas éticas, prejuicios y protocolos que están por encima de aquellas otras que nos proporciona la biología, moldeando nuestra forma de pensar, sentir y actuar. De ahí que las personas no sólo difieran en los patrones de respuesta emocional individuales, sino también en la cultura y, en consecuencia, en la expresión y regulación de sus emociones (Moltó, 1995).

Desde un punto de vista evolutivo, las emociones son reacciones básicas que nos permiten adaptarnos al contexto, pero en determinados escenarios, como el laboral, pueden convertirse en condiciones clínicas, perdiendo así su carácter adaptativo y convirtiéndose en un problema que puede interferir y generar malestar físico y/o psicológico en el individuo (Cano-Vindel y Miguel Tobal, 2001). En los siguientes apartados se tratarán los diferentes componentes y la funcionalidad de las emociones desde la perspectiva clásica que distingue entre emociones básicas y secundarias (o sociales), para subrayar la relevancia del ajuste emocional en el bienestar físico, mental y social de las personas en el trabajo.

### 4.2.1. El triple sistema de respuesta emocional

Actualmente numerosos autores coinciden en señalar que las emociones no pueden considerarse como un concepto unitario, sino que son «fenómenos complejos multifactoriales» (Birbaumer y Öhman, 1993), y aceptan la propuesta sobre el triple sistema de respuesta del profesor Peter J. Lang (1968, 1978). De acuerdo con este planteamiento, las emociones son «disposiciones para la acción» que se originan ante estímulos significativos para un organismo y se manifiestan en tres sistemas reactivos relativamente independientes: 1) neurofisiológico-bioquímico; 2) conductual-expresivo, y 3) experiencial-subjetivo.

Cuando experimentamos emociones intensas, en nuestro cuerpo ocurren reacciones fisiológicas relativamente incontrolables. Éste es el componente neurofisiológico-bioquímico, que incluye tanto aspectos anatómicos y fisiológicos de las estructuras cerebrales y circuitos neurales que intervienen en las emociones, como aspectos endocrinológicos y psicofarmacológicos (hormonas y neurotransmisores) de los mismos. Por ejemplo, cuando sentimos ira por una bronca que creemos injusta por parte de nuestro superior inmediato, nuestro corazón empieza a latir con fuerza, nuestra

respiración se acelera y nuestros músculos se tensan. Estos cambios fisiológicos que afectan a las vísceras y al aparato cardiovascular resultan de la activación combinada del sistema nervioso autónomo y de las glándulas endocrinas. Igualmente, cuando una persona tiene miedo puede correr, gritar o incluso atacar, y su expresión facial o vocal es muy diferente de la que puede tener cuando está alegre o satisfecha por algo. Todas estas manifestaciones forman parte del componente conductual-expresivo de la emoción, que incluye las expresiones faciales, la expresión vocal, la postura, los gestos, las conductas observables y los movimientos de la cara, de los ojos y de la musculatura (Izard, 1993). Sin ningún lugar a dudas, el aspecto más investigado y que mayor repercusión teórica ha tenido ha sido el de las expresiones faciales prototípicas como indicadores de los fenómenos emocionales (Ekman, 2004).

Finalmente, cuando vemos algo que nos asusta sentimos miedo, o cuando nos encontramos con un buen compañero de trabajo nos alegramos. El componente cognitivo-experiencial de la emoción se refiere a esos estados subjetivos (sentimientos) que sólo podemos conocer mediante una introspección consciente y suele evaluarse a través de autoinformes. No obstante, debido a las limitaciones inherentes a esta metodología, la validez de estos datos dependerá de la relación con los otros dos componentes que nos ayudan a predecir o explicar las reacciones emocionales.

### 4.2.2. Emociones primarias y secundarias

Las emociones de alegría, tristeza, miedo, ira o asco que experimentan o expresan bebés y adultos no pueden entenderse como iguales, ni tampoco parece asumible que los sustratos neurológicos sean idénticos. Igualmente, no parece razonable apelar a los mismos mecanismos para explicar emociones tan dispares como el miedo que sentimos ante estímulos biológicamente preparados —donde la evaluación de la amenaza se produce por mecanismos automáticos— y el miedo al fracaso —donde la evaluación de la amenaza recae sobre mecanismos conscientes—. Estas diferencias son quizá más evidentes cuando se refieren a emociones más elaboradas y cognitivas como los celos, la vergüenza o la culpa, donde la influencia del aprendizaje, la cultura y la cognición tienen un mayor peso.

De acuerdo con Damasio (2006), estas discrepancias pueden explicarse atendiendo a la categorización de las emociones como primarias vs. secundarias.

Las emociones primarias consisten en mecanismos biológicamente primitivos, evolutivamente antiguos y que aparecen muy pronto en el desarrollo del individuo. Se trata de unos mecanismos de supervivencia automáticos, comunes a todos los seres humanos, que ayudan a los organismos a clasificar las cosas como buenas o malas en función de su posible impacto. A nivel neural, dependen de los circuitos del sistema límbico, se activan de forma rápida y automática, se expresan mediante movimientos faciales prototípicos que pueden reconocerse universalmente y se corresponden con una

actividad del sistema nervioso autónomo diferenciada.

Las emociones secundarias, sin embargo, aparecen más tarde en el desarrollo del individuo, se activan de manera relativamente lenta y parecen «construidas» por las personas; pueden ser difíciles de conocer a partir de la expresión facial o de otras conductas no verbales, y pueden compartir patrones de reactividad autonómica con otras emociones. Además, es probable que necesiten un procesamiento cortical, y pueden estar al servicio de la motivación compleja de las personas, aportando muchos de los matices de nuestro entorno social. Por tanto, es necesario incluir la participación de la corteza prefrontal y somato-sensorial, es decir, las estructuras neocorticales que conforman el sector evolutivamente más moderno del cerebro.

### 4.2.3. Funcionalidad de las emociones

Las emociones cumplen diversas funciones que les confieren utilidad y permiten que las personas ejecuten las reacciones conductuales apropiadas (Reeve, 2003). Incluso las emociones negativas tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal.

La función adaptativa sirve para preparar al organismo para ejecutar eficazmente una conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizando la energía necesaria para ello y dirigiendo la conducta (acercando o alejándola) hacia un objetivo determinado. La función de la sorpresa es la exploración, que sirve para facilitar la aparición de la reacción emocional y comportamental apropiada ante situaciones nuevas. La del asco es el rechazo, que sirve para producir respuestas de escape o evitación ante estímulos desagradables o que son potencialmente dañinos para la salud y para potenciar el desarrollo de hábitos saludables e higiénicos. La función de la alegría es la afiliación, que sirve para generar actitudes positivas tanto hacia uno mismo como hacia los demás y establecer nexos de unión entre las personas. La función primordial del miedo es la protección, y sirve para facilitar la aparición de respuestas de escape o evitación ante situaciones peligrosas. En el caso de la ira es la autodefensa y la eliminación de obstáculos que impiden la consecución de los objetivos y metas deseadas, mientras que la principal función de la tristeza es la reintegración, que sirve para aumentar la cohesión con otras personas y fomentar la aparición de empatía y otros comportamientos altruistas.

La función social de las emociones permite a las demás personas predecir el comportamiento que vamos a desarrollar y a nosotros el suyo, lo que tiene un indudable valor en los procesos de relación interpersonal. Según Izard (1993), las emociones facilitan la interacción social, controlan la conducta de los demás, permiten la comunicación de los estados afectivos y promueven la conducta prosocial. La represión de las emociones, por su parte, también puede cumplir una función social; inhibir la manifestación de ciertas reacciones emocionales en determinadas situaciones puede evitar

que se alteren seriamente las relaciones sociales y el funcionamiento de los grupos, como ocurre en el llamado «trabajo emocional». Sin embargo, la inhibición emocional también puede generar malos entendidos y reacciones indeseables, que no se hubieran producido si los demás conocieran el genuino estado emocional.

### 4.2.4. Emociones y salud ocupacional

Las emociones influyen sobre la salud a través de su relación con diversos sistemas fisiológicos (cardiovascular, endocrino, etc.) y de sus propiedades motivacionales para promover conductas, que pueden ser «saludables» en el caso de las emociones positivas (ocio, descanso, ejercicio físico, dieta equilibrada, etc.), o bien «no saludables» en el caso de las emociones negativas (p. ej., abuso de alcohol, tabaco, sedentarismo, mala alimentación) (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001). Además, cuando en determinados contextos algunas respuestas emocionales negativas son demasiado intensas o frecuentes, o se mantienen excesivamente en el tiempo, acaban convirtiéndose en patológicas (desarrollando, por ejemplo, un cuadro de ansiedad clínica, depresión o síndrome de *burnout*). En ese preciso momento comienzan a afectar a la calidad de vida del individuo, pues interrumpen su rutina diaria y afectan no sólo al rendimiento (académico, laboral, etc.), sino también a las relaciones sociales.

Un ejemplo concreto son las situaciones vitales estresantes que nos desbordan, pues se convierten en una amenaza para el bienestar de uno mismo y de los seres significativos. Aunque estamos biológicamente preparados para desarrollar respuestas emocionales intensas, e incluso para repetirlas cuando sea necesario, a medio plazo pueden agotarse nuestros recursos físicos, sociales o materiales, o alterarse algunas funciones asociadas a las reacciones emocionales. Aquí los factores psicológicos, la evaluación cognitiva sobre la demanda situacional y los recursos que posee el individuo para afrontar el problema pueden desempeñar un papel esencial en el desarrollo de enfermedades (Oblitas, 2004), actuando como precipitantes (factores de riesgo) o protectores (resiliencia).

Entre estos factores de riesgo tienen un papel destacado el miedo, la tristeza, la ira, la vergüenza, la culpa, la envidia, los celos o el asco (tanto las reacciones emocionales negativas normales y adaptativas como sus formas clínicas: la ansiedad, la depresión y la ira persistente). Cuando una persona se encuentra en un estado afectivo intenso y muy desagradable es más probable desarrollar enfermedades físicas relacionadas con el sistema inmune (cáncer, alergias, asma), digestivo (úlceras, dispepsia) y cardiovascular (arritmias, hipertensión arterial). También puede empeorar o agravar su estado si ya padece alguna enfermedad, o incluso adquirir hábitos poco saludables como las adicciones (alcohol, tabaco, cocaína), que a la larga pueden minar la salud y el bienestar subjetivo (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2004). En cambio, las emociones positivas, como la felicidad y el optimismo, resultan esenciales para mantener (y recuperar) un estilo de

vida saludable. Además, los estados afectivos agradables se contagian «haciéndonos más atractivos para los demás». De esta forma, estos buenos hábitos se pueden fortalecer tanto en una dimensión individual como en las relaciones sociales o laborales (Figueras, 2006).

## 4.3. PSICOLOGÍA DE LA SALUD OCUPACIONAL, EMOCIONES Y GÉNERO

Una vez descritas y definidas la PSO y las emociones, así como sus principales teorías y características, a partir de esta sección se analizarán teniendo en cuenta el género. Y es que la salud, tanto de hombres como de mujeres, merece atención específica (Messing y cols., 2003), y por tanto el estudio de la salud ocupacional debe hacerse sensible a la perspectiva de género.

De acuerdo con la EU-OSHA (2005), tradicionalmente se han tomado cuatro perspectivas a la hora de abordar el género en relación con la seguridad y la salud ocupacional: 1) el género estereotipado, donde las diferencias son aceptadas o exageradas (p. ej., las mujeres son vistas como el género débil); 2) el género neutro/ciego, donde se promociona la igualdad ignorando las diferencias, lo cual puede ser un tipo de discriminación si el acercamiento a la salud y la seguridad se hace basándose en normas masculinas; 3) sensibilidad al género, basados en la incorporación de diferencias de género, aspectos y desigualdades en las estrategias/ acciones de seguridad y salud, y 4) incorporación de la perspectiva de género en todos las fases, desde la planificación a la implantación y evaluación de todas las políticas y/o actividades de seguridad y salud. Es esta última la que engloba el espíritu de este capítulo en particular, y del libro en general.

### 4.3.1. Mujeres y hombres en el mundo laboral

El mundo laboral nunca ha sido el mismo para mujeres y hombres y, por desgracia, sigue sin serlo (Eikhof, 2012; Glauber, 2011; Jarman, Blackburn y Racko, 2012). Son muchos los autores que hoy en día continúan hablando sobre la segregación por género en el lugar de trabajo, incluso a pesar de los cambios llevados a cabo en las prácticas laborales (Baird, 2012).

Esta división del trabajo en el mundo laboral es tanto horizontal como vertical, de forma que las mujeres se concentran en determinados sectores de actividad y en ciertas profesiones (segregación horizontal) y, además, si tenemos en cuenta una sola empresa, en las categorías inferiores de la jerarquía profesional (segregación vertical). Pero lo que es más preocupante, dentro de los mismos trabajos a mujeres y hombres se les asignan tareas diferentes y, por tanto, están expuestos a diferentes condiciones laborales (Artazcoz, Borrell, Cortès, Escribà-Agüir y Cascant, 2007).

El gran problema de esta división laboral es que las mujeres son las que mayoritariamente forman parte de los grupos con trabajos menos prestigiosos, peor

remunerados y más inestables (Gauchat, Kelly y Wallace, 2012). Aunque pueda parecer que la segregación por género sea algo ya del pasado, Jarman y cols. (2012) llevaron a cabo un estudio muy interesante sobre segregación por género estudiando quince países, entre los que se encontraba España. Estos autores concluyeron que existe un considerable grado de segregación por género en todos los países industriales. Además, afirman que el componente horizontal de la segregación es generalmente mucho mayor que el vertical.

Aunque en este punto parecen obvias las terribles consecuencias para la sociedad por culpa de esta segregación, como lo son la enorme pérdida de talento y dinero por la pérdida de eficiencia si los talentos de cualquier tipo no son los que están llevando a cabo el trabajo por la única causa de pertenecer a un género u otro (Blackwell, 2003), este apartado se va a centrar en cómo la segregación ocupacional de las mujeres y hombres implica que los sexos experimenten diferentes contextos laborales. Es de vital importancia analizar cuáles son las diferencias que la literatura empírica ha mostrado sobre las variables que afectan al bienestar de mujeres y hombres en el trabajo.

### 4.3.2. Aproximación empírica: diferencias de género en la salud ocupacional

Dentro de la salud ocupacional, una de las variables que más atención ha recibido en cuanto a las diferencias de género es el estrés. Aun así, y pese a toda la atención científica que ha recibido, la relación entre el estrés y el género todavía no está clara.

Por un lado, existen numerosos estudios que se centran en el estrés ocupacional y no encuentran ninguna diferencia entre géneros (Deaux, 1984; Martocchio y O'Leary, 1989; Osipow, Doty y Spokane, 1985; Plaisier y cols., 2007; Roxburgh, 1996; Thompson, Kirk y Brown, 2005). Por otro lado, existen estudios que sí muestran diferencias significativas. Entre éstos se encuentran los que apoyan que los hombres sufren mayores niveles de estrés (Choi y Ha, 2009; Cooper, Rout y Faragher, 1989; Rosen, Wright, Marlowe, Bartone y Gifford, 1999). Se han identificado como estresores: trabajar horas extraordinarias, hacer frente a las crisis y no tener suficiente personal para llevar a cabo sus obligaciones (Vagg y Spielberger, 1998), finanzas (McDonough y Walters, 2001), asuntos de poder relacionados con el trabajo, la falta de participación y conflictos con otros departamentos (Spielberger y Vagg, 1999; Vagg, Spielberger y Wasala, 2002), responsabilidad laboral (Sharada y Raju, 2001), sobrecarga de trabajo y errores laborales (Liu, Spector y Shi, 2008).

A continuación se enumerarán diversas características laborales que la investigación empírica ha señalado como causantes de estrés en ambos géneros.

#### A) Estrategias de afrontamiento

Entre los estudios que confirman que son las mujeres las que sufren más estrés, una

de las causas más señaladas es que las mujeres utilizan estrategias de afrontamiento menos eficaces que los hombres (McDonough y Walters, 2001; Roxburgh, 1996; Vermeulen y Mustard, 2000).

En concreto, algunos estudios han mostrado que las mujeres usan estrategias más paliativas que los hombres (Matud, 2004; Ptacek, Smith y Dodge, 1994), demandan más apoyo social (Day y Livingstone, 2003; González-Morales, Peiró, Rodríguez y Greenglass, 2006; Ptacek y cols., 1994) y reciben más apoyo social que los hombres (Ashton y Fuehrer, 1993). Además, mientras que los hombres usan más estrategias focalizadas en el problema (Folkman y Lazarus, 1980; Hurst y Hurst, 1997), las mujeres se centran en estrategias más emocionales (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Hurst y Hurst, 1997; Tamres, Janicki y Helgeson, 2002). También los hombres usan más frecuentemente las drogas y el alcohol como estrategias de afrontamiento (Carver y y cols., 1989).

Por otro lado, hay estudios que muestran más similitudes que diferencias entre los géneros en cuanto al uso de estrategias de afrontamiento. Por ejemplo, González-Morales y cols. (2006) no encontraron diferencias de género cuando se controlaron variables como ocupación, tipo de organización y la posición dentro de la empresa. En esta línea, Long (1990) mantiene que, puesto que los estudios que muestran diferencias de género en el afrontamiento se han llevado a cabo en diferentes contextos, la creencia de que las mujeres utilizan unas estrategias de afrontamiento más pasivas que los hombres puede ser vista como un estereotipo de género. De esta forma, Greenglass (2002) confirmó que cuando se controlaba la educación, la ocupación y la posición, se encontraban pocas diferencias en cuanto al género.

### B) Conflicto familia-trabajo

Otra razón de que las mujeres reporten más estrés laboral que los hombres se debe a los roles de ambos géneros. Galanakis, Stalikas, Kallia, Karagianni y Karela (2009) explicaron que las mujeres poseen al menos cuatro roles —esposas, madres, empleadas y amas de casa—, y que las demandas de estos roles pueden ser incongruentes y contradictorias. Y aunque las múltiples funciones deberían representar una fuente de estrés para ambos, mujeres y hombres empleados, es un hecho que las mujeres siguen siendo las principales responsables del cuidado de sus hogares, niños y ancianos (Apostal y Helland, 1993; Demo y Acock, 1993; Hochschild, 1989; Jamieson, 1998). Por tanto, como otros muchos autores afirman (p. ej., García, Mariscal, García y Ritzel, 2012), la causa principal de las diferencias entre hombres y mujeres en los niveles de estrés laboral es la doble carga de trabajo de las mujeres.

Mientras que algunos estudios sugieren que las mujeres y los hombres poseen los mismos niveles de conflicto familia-trabajo (Eagle, Miles y Icenogle, 1997; Emslie, Hunt y Macintyre, 2004; Hughes y Galinsky, 1994; Winslow, 2005), son mayoría los que sí que encuentran diferencias. Emslie y Hunt (2009) encontraron que la presencia de niños

en el hogar se asocia con una falta de equilibrio entre la vida laboral y personal, tanto para mujeres como para hombres, aunque estas dificultades se prolongaron durante más tiempo —y se complicaron más— en el caso de las mujeres. En este sentido, Calvo-Salguero, Salinas y Aguilar-Luzón (2012) afirman que las expectativas creadas por los roles de género pueden influir en la percepción del nivel de conflicto, ya sea directamente o como un moderador de la relación entre el tiempo dedicado a cada dominio y el grado percibido de conflicto. Estos autores concluyen que las mujeres están más socializadas para asumir responsabilidades familiares que los hombres, por lo que son más sensibles al tiempo que dedican a trabajar en detrimento de la familia. Al contrario, los hombres están más socializados para asumir las responsabilidades del trabajo, de modo que son más sensibles al tiempo que pasan con la familia en detrimento del dedicado al trabajo. Para una mayor profundización sobre este aspecto de conflicto familia-trabajo, véase el capítulo 5 de este mismo libro.

### C) Brecha salarial

Vagg y Spielberger (1998) señalaron la brecha salarial entre hombres y mujeres como causa de estrés. Y es que la brecha salarial se trata de un recordatorio constante de la desigualdad de género y la injusticia económica para las mujeres de todo el mundo (Hegewisch, Liepmann, Hayes y Hartmann, 2010). Y es que, aunque mujeres y hombres alcancen un prestigio ocupacional similar, el pago por dicho prestigio es mayor en el caso de los hombres (Magnusson, 2010). En un informe reciente, la Unión General de Trabajadores (2014) ha afirmado que la brecha salarial se sitúa ya en un 22,99 por 100 de media anual, incrementándose un 0,5 por 100 respecto al año anterior, por lo que las mujeres españolas tendrían que trabajar 84 días más que los hombres para percibir el mismo salario.

Lo que sí que podemos asegurar es que dicha brecha no se debe a las habilidades. Perales (2013) encontró que los trabajadores en ocupaciones en las que predominan las mujeres reciben salarios más bajos que los de otras ocupaciones después de controlar la especialización de las competencias. Este autor concluyó que, efectivamente, una parte considerable de la brecha salarial se debe únicamente a la segregación por el género de los trabajadores.

Petersen y Morgan (1995) explicaron que la discriminación de género en los salarios podría ser el resultado de tres procesos distintos, pero no excluyentes. En primer lugar, la discriminación en la asignación, es decir, los prejuicios de género en la contratación y promoción, da como resultado la asignación desproporcionada de las mujeres en ocupaciones de baja remuneración. En segundo lugar, la discriminación en la evaluación, es decir, aquellas ocupaciones y puestos de trabajo que están dominados numéricamente por las mujeres, se caracteriza por tener salarios más bajos que las ocupaciones y puestos de trabajo dominados por los hombres. En tercer lugar, la discriminación salarial dentro de un mismo puesto de trabajo, que aparece cuando las mujeres ganan salarios más bajos

que los hombres en el mismo trabajo.

**D) Conflictos interpersonales**

Liu y cols. (2008) destacan los conflictos interpersonales como causa de estrés diferente en mujeres y hombres. Por un lado, está ampliamente aceptado que las relaciones interpersonales son más importantes para las trabajadoras que para los trabajadores (Stewart y Lykes, 1985). En esta línea, Liu y cols. (2008) encontraron que, controlando el efecto de la ocupación, el género modula la relación entre los conflictos interpersonales y las emociones negativas. Encontraron que los conflictos interpersonales tienen un impacto más fuerte en los hombres que en las mujeres. En la mayoría de los casos, mientras los hombres reportaban ira, las mujeres reportaron una variedad más amplia de emociones menos intensas, como la frustración. Por tanto, llegaron a la conclusión de que los hombres pueden experimentar reacciones emocionales más intensas en los conflictos, y las mujeres pueden tener mejores habilidades sociales, y por tanto pueden lidiar mejor que los hombres con los conflictos.

**E) Ergonomía**

Como subrayan Habib y Messing (2012), aunque el género y el sexo son relativamente temas nuevos de investigación ergonómica, es fundamental para el análisis de accidentes. Es muy importante tener en cuenta que, incluso dentro de un mismo puesto de trabajo, los hombres y las mujeres pueden ser asignados a diferentes tareas (Messing y cols., 2003). Además, debido a las diferencias en las mediciones antropométricas, incluso el mismo lugar de trabajo no es vivido de la misma manera por mujeres y hombres de tamaño medio. Por tanto, el diseño de herramientas, la altura de la superficie de trabajo y las dimensiones de los equipos pueden tener exigencias muy diferentes dependiendo de las dimensiones de los trabajadores (Courville, Vézina y Messing, 1991; Punnett y Bergqvist, 1999; Stevenson, Greenhorn, Bryant, Deakin y Smith, 1996).

**F) Bienestar**

Todas estas características pueden influir no solo en el estrés, sino también en el bienestar, tal como señalaban los modelos teóricos (Warr, 1987, 2007)

La investigación empírica sobre el bienestar parece contradictoria. Aunque parece claro que los diferentes roles de mujeres y hombres en la vida laboral y familiar afectan a los niveles de su bienestar psicológico y físico (Frone, Russell y Cooper, 1992; Schwartzberg y Dytell, 1996; Shelton y John, 1996), algunos autores defienden que las experiencias dentro del dominio de trabajo han demostrado ser cruciales para el bienestar de los hombres, mientras que las vivencias dentro del dominio de la familia son

considerados como los principales determinantes del bienestar de las mujeres (Parasuraman, Greenhaus y Granrose, 1992).

Sin embargo, otros estudios no encuentran diferencias significativas entre mujeres y hombres (p. ej., Cifre, Vera, Rodríguez-Sánchez y Pastor, 2013). Los que sí encuentran diferencias se centran en qué género tiene mayores niveles de bienestar; en esta línea, Miller, Greyling, Cooper, Lu y Sparks (2000) encontraron que los hombres exhibían mayor bienestar físico y mental que las mujeres. Otros estudios con diferencias se centran en las causas de dicha diferencia por ejemplo, Boye (2009) encontró que las mujeres europeas tienen mayor bienestar cuantas más horas de trabajo pagadas y menos horas de trabajo doméstico tienen, mientras que el bienestar de los hombres no estaba relacionado con el tiempo que dedicaban ni al trabajo remunerado ni al doméstico.

**G) Preferencias en las características y valores laborales**

Además de tener diferentes características, hombres y mujeres pueden tener diferentes preferencias hacia ellas.

Con respecto al género, a lo largo de los años la literatura ha demostrado que las mujeres difieren en sus valores laborales. Por ejemplo, los hombres dan más importancia al sueldo (Major y Konar, 1984; Sampson, Stripling y Loesch, 1979), a las oportunidades para el uso de habilidades y al control personal (Centers y Bugental, 1966; Cifre, Salanova y Franco, 2011; Neil y Snizek, 1988). Por su parte, las mujeres están más preocupadas por los aspectos sociales del puesto de trabajo (Converse y Robinson, 1972) y por enriquecer el trabajo (Terpstra, 1983).

Por otro lado, son muchos los estudios que no han encontrado diferencias entre los dos géneros. Por ejemplo, mujeres y hombres evalúan la significación del trabajo como el atributo más importante del trabajo (Lacy, Bokemeier y Shepard, 1983), y ambos seleccionan dos valores intrínsecos de trabajo —la oportunidad de aprender cosas nuevas y utilizar habilidades— como las más importantes (Harris y Earle, 1986). En esta línea, en un estudio reciente Cifre y cols. (2013) encontraron que, aunque sí existen diferencias significativas en la percepción de las características laborales, esas diferencias desaparecen en cuanto a los niveles ideales a los que les gustaría llegar.

### 4.3.3. Diferencias en los componentes fisiológico, psicológico y social de las emociones en el trabajo en función del género

Las emociones implican mecanismos fisiológicos, componentes cognitivos y expresiones comportamentales, en continua interacción con condicionantes sociales y culturales. La complejidad del fenómeno emocional se acentúa cuando incluimos como variable el género, muy influenciado a su vez por las normas, los estereotipos y los roles sociales. Esta compleja interacción entre factores biológicos, cognitivos y socioculturales

se hace igualmente evidente cuando se tienen en cuenta las funciones comunicativas y motivacionales de las emociones. De hecho, fruto del proceso de socialización, mujeres y hombres pueden llegar a tener diferentes motivos y objetivos en la vida, siendo ésta una posible causa de por qué los estudios acaban encontrando diferencias en el modo en que experimentan y expresan sus emociones (Brody y Hall, 2008).

En las culturas occidentales, las mujeres suelen ser más expresivas que los hombres y poseen un mayor vocabulario emocional (Simon y Nath, 2004). Las diferencias de género se centran fundamentalmente en la expresión emocional, siendo las mujeres más propensas que los hombres a expresar emociones en general (Brody y Hall, 2008). Además, los hombres tienden a expresar emociones positivas —como calma y entusiasmo—, mientras que las mujeres expresan con mayor frecuencia emociones negativas —como ansiedad y tristeza— (Simon y Nath, 2004). Otros autores señalan que las mujeres tienden a expresar con mayor frecuencia algunas emociones específicas —felicidad, tristeza y miedo—, mientras que los hombres expresan mejor otras emociones —ira y cólera— (Gross y John, 2003). También es probable que mujeres y hombres utilicen estrategias de regulación emocional muy diferentes en un mismo contexto. Cuando los hombres sienten enojo, lo dirigen al exterior, contra otras personas o contra la situación, y utilizan estrategias como la resolución de problemas, la supresión y técnicas distractoras o de evitación. Por el contrario, las mujeres se perciben como la fuente del problema y dirigen su enfado contra sí mismas, al tiempo que buscan apoyo social y utilizan la rumiación u otras estrategias pasivas centradas en el afecto negativo (Cramer, 2002).

El hecho de que los hombres sean menos emocionales que las mujeres se ha convertido en un estereotipo ampliamente aceptado en numerosas culturas (Timmers, Fisher y Manstead, 2003). Pero quizá sea fruto de la socialización; los hombres serían «internalizadores» porque han aprendido a inhibir mejor la expresión de las emociones (muestran reacciones similares a las mujeres cuando se toman indicadores fisiológicos), mientras que las mujeres serían «externalizadoras», pues están más acostumbradas a hablar abiertamente de sus sentimientos (Brody y Hall, 2008). Otro estereotipo ampliamente extendido es que algunas emociones como la tristeza, la empatía, la compasión o el sufrimiento son «poco masculinas» y, por ese motivo, en muchas culturas se entrena a los niños desde una temprana edad para suprimirlas en público. Igualmente, los hombres son menos propensos a buscar ayuda al enfrentarse a problemas emocionales (Komiya, Good y Sherrod, 2000), quizá como resultado de este proceso de socialización temprano.

Los resultados de la investigación también apuntan a que mujeres y hombres difieren notablemente en su habilidad para interpretar las señales no verbales de la emoción. Las mujeres parecen ser más hábiles que los hombres para decodificar las expresiones faciales, las señales corporales y los tonos de voz (Hall, Carter y Morgan, 2000). Entre las hipótesis explicativas se ha planteado que las mujeres han sido tradicionalmente las

cuidadoras principales de los hijos, de modo que están preparadas (biológicamente) para detectar las sutilezas de las microexpresiones emocionales (Taylor, Peplau y Sears, 1994). Otra explicación de las diferencias de género se basa en la desigualdad de poder y estatus entre mujeres y hombres, junto con la necesidad de adaptarse de manera más precisa a las demostraciones emocionales de los demás, en particular las de quienes ocupan las posiciones de mayor poder (en muchas culturas, los hombres).

A modo de conclusión, aunque existe abundante literatura acerca de las diferencias de género en el funcionamiento emocional, también es cierto que existen demasiadas inconsistencias debido a la falta de control en dichos estudios de variables de personalidad, socioculturales y/o situacionales, así como la poca sistematización acerca de los tipos de procesos emocionales explorados o incluso las propias tareas experimentales utilizadas en los estudios (Brody y Hall, 2008).

## 4.4. MÁS ALLÁ DE LA PREVENCIÓN: PROMOCIONANDO LA SALUD OCUPACIONAL DE AMBOS GÉNEROS

Hasta ahora ha quedado claro que siguen existiendo diferencias entre mujeres y hombres dentro del mundo laboral. Y aunque existen muchas similitudes entre los dos géneros, las diferencias afectan a la salud ocupacional de ambos. En este punto, es muy importante destacar dos aspectos claves que afectan muy negativamente a las mujeres hoy en día: la brecha salarial y la segregación por género. Las mujeres siguen siendo el grupo más mayoritario en los trabajos peor valorados y menos remunerados, e incluso cuando mujeres y hombres ocupan el mismo puesto laboral no realizan las mismas tareas.

En este sentido es importante hablar del *tokenism*, que podríamos traducir por falsas políticas de integración de minorías. Según la teoría *tokenism* (Kanter, 1977), las personas que pertenecen a un grupo minoritario dentro de un lugar de trabajo experimentan consecuencias negativas debido a su visibilidad como *tokens*. Este fenómeno suele ocurrir cuando las mujeres son las primeras en entrar en puestos de dirección, o cuando ocupan trabajos tradicionalmente no femeninos, como la construcción o la policía, viéndoseles como mujeres *token* o mujeres símbolo. En estos casos suelen aparecer peligros ambientales, ya que estas mujeres tienen más dificultades en la obtención de la información, no se incluyen en las redes informales, pueden carecer de poder legítimo en las organizaciones y son más propensas al acoso sexual (Nelson y Burke, 2002). Sin embargo, no parece ser el caso de los hombres *tokens,* que parecen beneficiarse de su condición de minoría de género (Karlsen, 2012).

Por ello es muy importante que, una vez que sabemos que esto ocurre y las consecuencias que tiene, enseñemos a las empresas y a la sociedad en general no sólo a prevenirlo, sino a promocionar lugares de trabajo totalmente sanos y saludables para ambos géneros. En este sentido, Garrosa y Gálvez (2013) propusieron la integración de

la perspectiva de género en la evaluación de riesgos laborales psicosociales. La perspectiva de género requería ser tenida en cuenta en todas las fases: *identificación de peligros* (análisis de los datos teniendo en cuenta el género, y también incluyendo a los trabajadores a tiempo parcial, principalmente mujeres), *valoración del riesgo* (el estudio de las tareas y el contexto de trabajo, evitando el sesgo de género en la priorización de los riesgos), *búsqueda de soluciones* (asegurando la formación en seguridad y salud, tanto para las mujeres como para hombres), y *control de la salud* (que incluye los protocolos específicos para mujeres y hombres, y las herramientas de evaluación adaptados a ambos géneros).

A la hora de planificar los puestos de trabajo para mujeres y hombres, las empresas han de ser conscientes de las consecuencias a largo plazo de sus decisiones. Un claro ejemplo es la flexibilización de los puestos de trabajo. Lo que a priori parece que sólo tiene consecuencias positivas, sobre todo para las mujeres, se puede convertir en algo muy perjudicial. Eikhof (2012) lo explica perfectamente como una espada de doble filo. Según esta autora, el trabajo se ha hecho mucho más flexible por tres razones principalmente: el auge del trabajo del conocimiento, el aumento del uso de las nuevas tecnologías de la información y la necesidad de un mejor equilibrio entre la vida laboral y la personal.

A continuación se explican, una a una, estas tres razones y sus repercusiones en la discriminación de la mujer en el mundo laboral desde el punto de vista en todo momento de Eikhof (2012). En primer lugar, el auge del trabajo del conocimiento debería haber eliminado cualquier rastro de discriminación, pero sin embargo parece provocarla. La clave es que cada vez más este tipo de trabajo está asociado con los trabajos temporales y el auto-empleo. Aunque saber «venderse» a uno mismo es esencial en cualquier tipo de trabajo, lo es especialmente en el auto-empleo, y estas presiones son especialmente problemáticas para los trabajadores autónomos con cargas familiares —ya sean hijos, cónyuges o padres ancianos—, con lo que las mujeres tienen una gran desventaja con respecto a los hombres.

En segundo lugar, el uso de las nuevas tecnologías (o tecnologías de la información y la comunicación, TIC), en principio, parece que también puede ser de gran ayuda para las mujeres, ya que pueden trabajar en cualquier sitio a cualquier hora, algo muy útil para las mujeres con familia. No obstante, desde una perspectiva de género, esta flexibilización del trabajo se convierte, de nuevo, en un arma de doble filo. Debido a las TIC, existe una disociación del trabajo del tiempo y el espacio, y esto efectivamente puede facilitar la conciliación de la vida laboral y familiar. Pero, al mismo tiempo, las personas que poseen más cargas familiares —y éstas suelen ser las mujeres— pueden hacer que sea más difícil atender a la disponibilidad temporal (y ya no hablemos de la geográfica) requerida. Es más fácil que los hombres puedan estar «siempre conectados» que las mujeres.

En tercer lugar, la necesidad de equilibrar mejor la vida laboral y familiar ha llevado a

muchas empresas a instaurar el teletrabajo, lo que, de nuevo, parece una gran ventaja para las mujeres. Pero la combinación de trabajo y vida en el mismo espacio deja con frecuencia a los trabajadores en una situación muy difícil, pues se sienten culpables ante su familia por no estar disponibles estando físicamente en el hogar, y ante sus clientes o empleadores por no estar haciendo su trabajo mientras están atendiendo a la familia. Además, independientemente del tipo de trabajo, el trabajo de las mujeres llevado a cabo en el hogar a menudo se percibe como poco real, o por lo menos como poco serio. En cuanto al espacio que ocupan, mientras que los hombres teletrabajan en espacios dedicados para ello (oficinas y estudios dentro de la casa), las mujeres tienden a conformarse con espacios domésticos compartidos como la mesa de la cocina o del salón. Además, y a diferencia del teletrabajo de los hombres, de las mujeres que trabajan desde su casa se espera que integren a su trabajo el cuidado de la casa y de los niños. Por último, cualquier traslado de trabajo de las mujeres a la casa corre el riesgo de que las mujeres pierdan colectivamente su voz e influencia en las empresas, ya sean públicas o privadas.

Aunque es imprescindible tener en cuenta y controlar los efectos de las medidas ambientales y estructurales de la empresa, es igualmente importante centrarse en la persona, y ofrecer formación en el aumento de los recursos personales (asertividad, competencia emocional, autoeficacia, autoestima, etc.). Esto, sin ninguna duda, ayudará a las mujeres a hacer frente a las dificultades de trabajo, incluidos los que provienen de su rol de género y estereotipos culturales y/o sociales.

---

## REFERENCIAS


Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo (2014). *Women and Health at Work*. Extraído el 20 de junio de 2014 desde https://osha.europa.eu/en/priority_groups/gender/index_html.

Aguado, L. (2005). *Emoción, afecto y motivación*. Madrid: Alianza.

Apostal, R. A. y Helland, C. (1993). Commitment to and role changes in dual career families. *Journal of Career Development, 20,* 121-129.

Artazcoz, L., Borrell, C., Cortès, I., Escribà-Agüir, V. y Cascant, L. (2007). Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research. *Journal of Epidemiology & Community Health, 61,* 39-45.

Ashton, W. A. y Fuehrer, A. (1993). Effects of gender and gender-role identification of participant and type of social support resource on support seeking. *Sex Roles, 28,* 461-476.

Baird, C. L. (2012). Going Against the Flow: A Longitudinal Study of the Effects of Cognitive Skills and Gender Beliefs on Occupational Aspirations and Outcomes. *Sociological Forum, 27,* 986-1009.

Bandura, A. (1999). Social Cognitive Theory of Personality. En L. A. Pervin y O. P. John (eds.), *Handbook of Personality* (pp. 154-196). New York: Guildford Press.

Barling, J. y Griffiths, A. (2002). A History of Occupational Health Psychology. En J. Campbell y L. E. Tetrick (eds.), *Handbook of Occupational Health Psychology* (pp. 19-33). Washington DC: American Psychological Association.

Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. A. (2004). Promoción de los estilos de vida saludables. En *Investigación en Detalle, 5*. Bogotá: ALAPSA.

Birbaumer, N. y Öhman, A. (eds.) (1993). *The structure of emotion. Psychophysiological, Cognitive and Clinical Aspects*. Bern: Hogrefe y Huber Pu.

Blackwell, L. (2003). Gender and Ethnicity at Work: Occupational Segregation and Disadvantage in the 1991 British Census. *Sociology, 37,* 713-731.
Boye, K. (2009). Relatively Different? How do Gender Differences in Well-Being Depend on Paid and Unpaid Work in Europe? *Social Indicators Research, 93,* 509-525.
Brody, L. R. y Hall, J. A. (2008). Gender and Emotion in Context. En M. Lewis, J. M. Haviland-Jones y L. Feldman-Barrett (eds.), *Handbook of emotions* (pp. 631-641). Nueva York: Guilford Press.
Cable, D. M. y Edwards, J. R. (2004). Complementary and supplementary fit: a theoretical and empirical integration. *Journal of Applied Psychology, 89,* 822-834.
Calvo-Salguero, A., Salinas, J. M. y Aguilar-Luzón, M. C. (2012). Gender and work-family conflict: Testing the rational model and the gender role expectations model in the Spanish cultural context. *International Journal of Psychology, 47,* 118-132.
Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J. J. (2001). Emociones y salud. *Ansiedad y estrés, 7,* 111-121.
Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56,* 267-283.
Centers, R. y Bugental, D. E. (1966). Intrinsic and extrinsic job motivations among different segments of the working populations. *Journal of Applied Psychology, 50,* 193-197.
Chang, T. (2003). A social psychological model of women's gender-typed occupational mobility. *Career Development International, 8,* 27-39.
Choi, E. S. y Ha, Y. (2009). Work-related stress and risk factors among Korean employees. *Journal of Korean Academy of Nursing, 39,* 549-561.
Cifre, E., Salanova, M. y Franco, J. (2011). Riesgos psicosociales de hombres y mujeres en el trabajo: ¿Una cuestión de diferencias? *Gestión Práctica de Riesgos Laborales, 82,* 28-36.
Cifre, E., Vera, M., Rodríguez-Sánchez, A. y Pastor, M. C. (2013). Job-person fit and well-being from a gender perspective. *Journal of Work and Organizational Psychology, 29,* 161-168.
Converse, P. y Robinson, J. (1972). The structure and meaning of time use. En A. Szalai (ed.), *The use of time.* The Hague: Mouton.
Cooper, C. L., Rout, U. y Faragher, B. (1989). Mental health, job satisfaction and job stress among general practitioners. *British Medical Journal, 298,* 366-370.
Courville, J., Vézina, N. y Messing, K. (1992). Analysis of ergonomic factors that can lead to exclusion of women from postal package sorting. *Le travail humain, 55,* 119-134.
Cramer, P. (2002). The study of defense mechanisms: Gender implications. En R. F. Bornstein y J. M. Masling (eds.), *The psychodynamics of gender and gender role* (pp. 81-128). Washington, DC: American Psychological Association.
Damasio, A. R. (2006). *El error de Descartes: la emoción, la razón y el cerebro humano*. Barcelona: Ediciones Destino.
Day, A. L. y Livingstone, H. A. (2003). Gender differences in perceptions of stressors and utilization of social support among university students. *Canadian Journal of Behavioural Science, 35,* 73-83.
Deaux, K. (1984). From individual differences to social categories: Analysis of a decade's research on gender. *American Psychologist, 39,* 105-116.
Demo, D. H. y Acock, A. L. (1993). Family diversity and the division of domestic labor: How much have things really changed. *Family Relations, 42,* 323-331.
Eagle, B. W., Miles, E. W. y Icenogle, M. L. (1997). Inter-role conflicts and the permeability of work and family domains: are there gender differences? *Journal of Vocational Behavior, 50,* 168-184.
Eikhof, D. R. (2012). A double-edged sword: twenty-first century workplace trends and gender equality. *Gender in Management: An International Journal, 27,* 7-22.
Ekman, P. (2004). *Emotions Revealed: Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life*. London: Phoenix.
Emslie, C. y Hunt, K. (2009). «Live to Work» or «Work to Live»? A Qualitative Study of Gender and Work-life Balance among Men and Women in Mid-life. *Gender, Work and Organization, 16,* 151-172.
Emslie, C., Hunt, K. y Macintyre, S. (2004). Gender, work-home conflict and morbidity amongst white-collar bank employees in the UK. *International Journal of Behavioral Medicine, 11,* 127-134.
Figueras, A. (2006). *Optimizar la vida: Claves para reconocer la felicidad*. Barcelona: ALIENTA.
Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21,* 219-239.
Frone, M. R., Russell, M. y Cooper, M. L. (1992). Antecedents and outcomes of work-family conflict: Testing a model of the work-family interface. *Journal of Applied Psychology, 77,* 65-78.
Galanakis, M., Stalikas, A., Kallia, H., Karagianni, C. y Karela, C. (2009). Gender differences in experiencing

occupational stress: the role of age, education and marital status. *Stress and Health, 25,* 397-404.
García, S., Mariscal, M. A., García, J. y Ritzel, D. O. (2012). Influence of task demands on occupational stress: Gender differences. *Journal of Safety Research, 43,* 365-374.
Garrosa, E. y Gálvez, M. (2013). Género y salud laboral. En B. Moreno y E. Garrosa (eds.), *Salud laboral. Riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral* (pp. 67-82). Madrid: Ediciones Pirámide.
Gauchat, G., Kelly, M. y Wallace, M. (2012). Occupational gender segregation, globalization, and gender earnings inequality in U.S. metropolitan areas. *Gender & Society, 26,* 718-747.
Glauber, R. (2011). Limited access: Gender, Occupational Composition, and Flexible Work Scheduling. *The Sociological Quarterly, 52,* 472-494.
González-Morales, M. G., Peiró, J. M., Rodríguez, I. y Greenglass, E. R. (2006). Coping and Distress in Organizations: The Role of Gender in Work Stress. *International Journal of Stress Management, 13,* 228-248.
Greenglass, E. R. (2002). Work stress, coping and social support: Implications for women's occupational well-being. En D. L. Nelson y R. J. Burke (eds.), *Gender, Work Stress and Health* (pp. 85-96). Washington, DC: American Psychological Association.
Gross, J. J. y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85,* 348-362.
Habib, R. R. y Messing, K. (2012). Gender, women's work and ergonomics. *Ergonomics, 55,* 129-132.
Hall, J. A., Carter, J. D. y Horgan, T. G. (2000). Gender differences in the nonverbal communication of emotion. En A. H. Fischer (ed.), *Gender and emotion: Social psychological perspectives* (pp. 97-117). Paris: Cambridge University Press.
Harris, C. T. y Earle, J. R. (1986). Gender and work values: Survey findings from a working class sample. *Sex Roles, 15,* 487-494.
Hegewisch, A., Liepmann, H., Hayes, J. y Hartmann, H. (2010). *Separate and not equal? Gender segregation in the labor market and the gender wage gap. Institute for Women's Policy Research Briefing Paper, IWPR C377*. Washington, DC: Institute for Women's Policy Research. Extraído el 10 de enero de 2014 desde http://www.iwpr.org.
Hochschild, A. (1989). *The second shift*. New York: Avon.
Hughes, D. L. y Galinsky, E. (1994). Gender, job and family conditions, and psychological symptoms. *Psychology of Women Quarterly, 18,* 251-270.
Hurst, T. E. y Hurst, M. H. (1997). Gender differences in mediation of severe occupational stress among correctional officers. *American Journal of Criminal Justice, 22,* 121-137.
Instituto Nacional de Estadística (2013). *Encuesta de Población Activa (EPA). Tercer trimestre de 2013*. Extraído el 17 de febrero de 2014 desde http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0313.pdf.
Izard, C. E. (1993). Organizacional and motivacional functions of discrete emotions. En M. Lewis (ed.), *Handbook of emotions* (pp. 631-641). Nueva York: Guilford Press.
Jamieson, L. (1998). *Intimacy: Personal relationships in modern societies*. Malden, MA: Polity.
Jarman, J., Blackburn, R. M.y Racko, G. (2012). The Dimensions of Occupational Gender Segregation in Industrial Countries. *Sociology, 46,* 1003-1019.
Kanter, R. M. (1977). Some effects of proportions on group life: skewed sex ratios and responses to token women. *American Journal of Sociology, 82,* 965-990.
Karlsen, H. (2012). Gender and ethnic differences in occupational positions and earnings among nurses and engineers in Norway: identical educational choices, unequal outcomes. *Work, employment and society, 26,* 278-295.
Komiya, N., Good, G. E. y Sherrod, N. B. (2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking professional help. *Journal of Counseling Psychology, 47,* 138-143.
Lacy, W. B., Bokemeier, J. L. y Shepard, J. M. (1983). Job attribute preferences and work commitment of men and women in the United States. *Personnel Psychology, 36,* 315-329.
Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En J. M. Shlien (ed.), *Research in psychotherapy, 1,* 90-102. Washington, D.C.: American Psychological Association.
Lang, P. J. (1978). Anxiety: Forward psychophysiological definition. En H. S. Akiskal y W. L. Webb (eds.), *Psychiatric diagnosis: Exploration of biological criteria* (265-389). Nueva York: Spectrum.
Liu, C., Spector, P. E. y Shi, L. (2008). Use of Both Qualitative and Quantitative Approaches to Study Job Stress in Different Gender and Occupational Groups. *Journal of Occupational Health Psychology, 13,* 357-370.
Long, B. C. (1990). Relation between coping strategies, sex-typed traits, and environmental characteristics; A comparison of male and female managers. *Journal of Counselling Psychology, 37,* 185-194.
Magnusson, C. (2010). Why Is There a Gender Wage Gap According to Occupational Prestige? An Analysis of the Gender Wage Gap by Occupational Prestige and Family Obligations in Sweden. *Acta Sociologica, 53,* 99-

116.
Major, B. y Konar, E. (1984). An investigation of sex differences in pay expectations and their possible causes. *Academy of Management Journal, 27,* 777-792.
Martocchio, J. J. y O'Leary, A. M. (1989). Sex differences in occupational stress. A meta-analytic review. *Journal of Applied Psychology, 74,* 495-501.
Matud, P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personal and Individual Differences, 37,* 1401-1405.
McDonough, P. y Walters, V. (2001). Gender and health: Reassessing patterns and explanations. *Social Science and Medicine, 52,* 547-559.
Messing, K., Punnett, L., Bond, M., Alexanderson, K., Pyle, J., Zahm, S., Wegman, D., Stock, S. R. y de Grosbois, S. (2003). Be the Fairest of Them All: Challenges and Recommendations for the Treatment of Gender in Occupational Health Research. *American Journal of Industrial Medicine, 43,* 618-629.
Miller, K., Greyling, M., Cooper, C., Lu, L. y Sparks, K. (2000). Occupational stress and gender: a cross-cultural study. *Stress Medicine, 16,* 271-278.
Moltó, J. (1995). *Psicología de las emociones: entre la biología y la cultura*. Valencia: Albatros.
National Institute for Occupational Safety and Health (2014). *Occupational Health Psychology*. Extraído el 28 de octubre de 2014 desde http://www.cdc.gov/niosh/topics/ohp/.
Neil, C. C. y Snizek, W. E. (1988). Gender as a moderator of job satisfaction: A multivariate assessment. *Work and Occupations, 15,* 201-219.
Nelson, D. L. y Burke, R. J. (2002). A framework for examining gender, work stress, and health. En D. L. Nelson y R. J. Burke (eds.), Gender, work stress, and health (pp. 1-14). Washington, DC: American Psychological Association.
Oblitas, L. A. (2004). *Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria*. Bogotá: Psicom.
Organización Mundial de la Salud (1948). Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud tal y como fue adoptada por la Conferencia Internacional de Salud, New York, 19-22 June, 1946; firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Archivos oficiales de la OMS, núm. 2, p. 100) y entrada en vigor el 7 de abril de 1948. Extraído el 18 de julio de 2014 desde http://www.who.int/about/definition/en/print.html.
Osipow, S. H., Doty, R. E. y Spokane, A. R. (1985). Occupational stress, strain, and coping across the life span. *Journal of Vocational Behavior, 27,* 98-108.
Ostroff, C. y Judge, T. A. (2007). *Perspectives on organizational fit*. New York: Erlbaum.
Parasuraman, S., Greenhaus, J. H. y Granrose, C. S. (1992). Role stressors, social support, and well-being among two-career couples. *Journal of Organizational Behavior, 13,* 339-356.
Perales, F. (2013). Occupational sex-segregation, specialized human capital and wages: evidence from Britain. *Work, employment and society, 0,* 1-21.
Petersen, T. y Morgan, L. (1995). Separate and unequal: occupation-establishment sex segregation and the gender wage gap. *American Journal of Sociology 101,* 329-365.
Plaisier, I., de Bruijn, J. G. M., de Graaf, R., Have, M. t, Beekman, A. T. F. y Penninx, B. W. J. H. (2007). The contribution of working conditions and social support to the onset of depressive and anxiety disorders among male and female employees. *Social Science & Medicine, 64,* 401-410.
Ptacek, J. T., Smith, R. E. y Dodge, K. L. (1994). Gender differences in coping with stress: When stressor and appraisal do not differ. *Personality and Social Psychology Bulletin, 20,* 421-430.
Punnett, L. y Bergqvist, U. (1999). Musculoskeletal disorders in visual display unit work: Gender and work demands. *Occup Med State Art Rev, 14,* 113-124.
Reeve, J. (2003). *Motivación y emoción,* 3.ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana.
Rosen, L. N., Wright, K., Marlowe, D., Bartone, P. y Gifford, R. K. (1999). Gender differences in subjective distress attributable to anticipation of combat among US soldiers deployed to the Persian Gulf during Operation Desert Storm. *Military Medicine, 164,* 753-757.
Roxburgh, S. (1996). Gender differences in work and well-being: Effects of exposure and vulnerability. *Journal of Health and Social Behavior, 37,* 265-277.
Sampson, J. P., Stripling, R. O. y Loesch, L. C. (1979). Male and female preferences in selected career factors. *Journal of Employment Counseling, 14,* 103-109.
Schwartzberg, N. S. y Dytell, R. S. (1996). Dual-earner families: The importance of work stress and family stress for psychological well-being. *Journal of Occupational Health Psychology, 1,* 211-223.
Sharada, N. y Raju, M. V. R. (2001). Gender and role stress in organizations. *Journal of Indian Psychology, 19,* 50-55.
Shelton, B. A. y John, D. (1996). The division of household labor. *Annual Review of Sociology, 22,* 299-322.

Simon, R. W. y Nath, L. E. (2004). Gender and emotion in the United States: Do men and women differ in self-reports of feelings and expressive behavior? *American Journal of Sociology, 109*, 1137-1176.
Spielberger, C. D. y Vagg, P. R. (1999). *The Job Stress Survey: JSS professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
Stevenson, J. M., Greenhorn, D. R., Bryant, J. T., Deakin, J. M. y Smith, J. T. (1996). Selection test fairness and the incremental lifting machine. *Applied Ergonomics, 27,* 45-52.
Stewart, A. J. y Lykes, M. B. (1985). Conceptualizing gender in personality theory and research. En A. J. Stewart y M. B. Lykes (eds.), *Gender and personality: Current perspectives on theory and research* (pp. 2-13). Durham, NC: Duck University.
Tamres, L. K., Janicki, D. y Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta- analytic review and an examination of relative coping. *Journal of Personality and Social Psychology Review, 6,* 2-30.
Taylor, S. E., Peplau, L. A. y Sears, D. O. (1994). *Social Psychology.* New Jersey: Prentice-Hall.
Terpstra, D. E. (1983). Investigation of job-seeker preferences through multiple methodologies. *Journal of Employment Counseling, 20,* 169-178.
Tetrick, L. E. y Campbell, J. (2002). Prevention at Work: Public Health in Occupational Settings. En J. Campbell y L. E. Tetrick, *Handbook of Occupational Health Psychology* (pp. 3-17). Washington DC: American Psychological Association.
Thompson, B. M., Kirk, A. y Brown, D. (2005). Work based support, emotional exhaustion, and spillover of work stress to the family environment: A study of police-women. *Stress and Health, 21,* 199-207.
Timmers, M., Fischer, A. H. y Manstead, A. S. R. (2003). Ability versus vulnerability: Beliefs about men's and women's emotional behavior. *Cognition and Emotion, 17,* 41-63.
Unión General de Trabajadores (2014). *Para evitar «un suicidio social» hay que hacer políticas de igualdad*. Extraído desde http://www.ugtcyl.es/portal/para-evitar-"un-suicidio-social"-hay-que-hacer-politicas-de-igualdad.
Vagg, P. R. y Spielberger, C. D. (1998). Occupational stress measuring job pressure and organizational support in the workplace. *Journal of Occupational Health Psychology, 3,* 294-305.
Vagg, P. R., Spielberger, C. D. yWasala, C. F. (2002). Effects of organizational level and gender on stress in the workplace. *International Journal of Stress Management, 9,* 243-261.
Vermeulen, M. y Mustard, C. (2000). Gender differences in job strain, social support at work and psychological distress. *Journal of Occupational Health Psychology, 5,* 428-440.
Warr, P. B. (1986). Job Characteristics and Mental Health. En P. Warr (ed.), *Psychology at work* (pp. 247-269). England: Penguin Books.
Warr, P. B. (1987). *Work, unemployment, and mental health*. Oxford: Oxford University Press.
Warr, P. B. (2007). *Work, happiness, and unhappiness*. New York, NY: Erlbaum/Routledge.
Warr, P. B. (2013). Jobs and job-holders: Two sources of happiness and unhappiness. En S. A. David, I. Boniwell y A. C. Ayers (eds.), *The Oxford handbook of happiness* (pp. 733-750). Oxford y New York: Oxford University Press.
Winslow, S. (2005). Work-family conflict, gender, and parenthood, 1977-1997. *Journal of Family Issues, 26,* 727-755.

---

**NOTAS**

1 Instituto Superior Tecnológico Cordillera, Ecuador.

2 Universitat Jaume I, España.

# PARTE SEGUNDA
# Factores que afectan a la salud ocupacional considerando el género

# 5

# Conflicto trabajo-familia y salud: ¿Afectan los mismos factores familiares y laborales a hombres y mujeres?

FRANCISCO JAVIER CERRATO ALLENDE[1] Y EVA CIFRE GALLEGO[2]

## 5.1. INTRODUCCIÓN

Cuando se piensa en salud, trabajo y género, la primera idea que puede venir a la cabeza son las diferencias en salud en cuanto a las diferentes condiciones laborales que pueden tener los trabajos de los hombres y de las mujeres (basadas principalmente en segregación horizontal y vertical). Sin embargo, existen también diversas condiciones extralaborales que pueden estar afectando a su salud. En este sentido, generalmente mujeres y hombres tienen diferentes responsabilidades en el hogar. De este modo, siguen siendo las mujeres las que suelen tener dos trabajos (en el hogar y fuera de éste) en lo que se ha conocido generalmente como doble turno o doble presencia (EU-OSHA, 2014), con un todavía bajo grado de corresponsabilidad en el hogar, debido, entre otras cosas, a que los hombres se siguen encontrando con mayores dificultades para compatibilizar la vida laboral con su vida social y familiar (23,8 por 100 frente un 21,2 por 100 de las mujeres, según la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, INSHT, 2011).

Cuando se habla del conflicto en general entre el trabajo y la familia se designa esto con la expresión *conflicto trabajo-familia,* mientras que cuando nos refiramos a la influencia negativa que el trabajo ejerce sobre el ámbito familiar hablaremos de *interferencia trabajo-familia.*

Este capítulo se centrará en la interacción entre las esferas de la vida laboral con la vida social y familiar, principalmente en lo que se ha denominado Conflicto Familia-Trabajo (CFT) o Facilitación Familia-Trabajo (FFT), considerando el factor género como modulador de las variables que afectan al conflicto o la facilitación, así como las posibles consecuencias para la salud de las personas trabajadoras que el estrés debido al CTF puede generar.

## 5.2. CONFLICTO TRABAJO-FAMILIA

En la literatura científica psicosocial existen múltiples estudios acerca del interfaz entre el trabajo y la familia (p. ej., Carlson y Kacmar, 2000; Kopelman, Greenhaus y Connolly, 1983; Pitt-Catsouphes, Kossek y Sweet, 2006). Tradicionalmente las aproximaciones conceptuales utilizadas con el fin de comprender las interrelaciones entre los roles laboral y familiar han sido dos (Michel y Hargis, 2008), y ambas se han formulado desde la incompatibilidad entre ambas esferas: la que se basa en el estudio de los mecanismos que generan el *conflicto* entre ambas esferas como tal (Greenhaus y Beutel, 1985; Ford, Heinen y Langkamer, 2007), por una parte, y la que se basa en los mecanismos de *segmentación* entre la esfera familiar y la laboral (Ashforth, Kreiner y Fugate, 2008), por otra. Ambas aproximaciones conceptualizan de forma diferente la interacción entre estas dos esferas de la vida (Edwards y Rothard, 2000). A estas dos aproximaciones clásicas hay que añadir otras dos que han aparecido recientemente: una que aborda las relaciones entre la familia y el trabajo en términos antagónicos a los anteriores, como una sinergia recíproca en la que las consecuencias provenientes de uno de los ámbitos no entra en conflicto con el otro, sino que es beneficioso para éste (Beutell, 2005); y otra que explica el conflicto trabajo-familia sobre los efectos cruzados que uno de los dos contextos ejerce en el otro a través de los miembros de la pareja (Westman y Etzioni, 2002).

El modelo del *conflicto trabajo-familia* especifica las conexiones indirectas entre el trabajo y la familia, sugiriendo que los factores presentes en uno de los dominios pueden influir indirectamente sobre el otro, de manera que el aumento del esfuerzo requerido en uno de ellos puede influir sobre el esfuerzo realizado en el otro (Zedeck y Mosier, 1990). El conflicto trabajo-familia (CTF) o el conflicto familia-trabajo (CFT) es definido como «una forma de conflicto inter-rol en el que las presiones de los roles en los dominios laboral y familiar son, de alguna manera, mutuamente incompatibles» (Greenhaus y Beutell, 1985, p.77). El incremento del rendimiento en uno de estos dominios implicaría el decremento del realizado en el otro. Es decir, el CTF se genera por el grado en que los factores de la esfera laboral afectan a la satisfacción familiar; recíprocamente, el CFT se genera por el grado en el que los factores de la esfera familiar afectan a la satisfacción laboral. Ciertas investigaciones han demostrado que las presiones del rol en cada uno de estos dominios genera consecuencias negativas en el otro de forma bidireccional, de manera que el grado de participación en la familia generará dificultades para la participación en el trabajo, dando lugar al CFT, y que el grado de participación en el trabajo puede dificultar el desempeño del rol familiar, produciendo un incremento del CTF (p. ej., Ford, Heinen y Langkamer, 2007). Esta aproximación se basa en la teoría de la escasez de Goode (1960), según la cual las consecuencias negativas de múltiples roles debido a la alta demanda en determinada dimensión vital pueden limitar la capacidad de un individuo para satisfacer las demandas de otra, y ha sido utilizada de manera intensiva en la mayoría de los estudios sobre las conexiones entre el trabajo y la familia.

En la literatura científica se han señalado tres formas de conflicto entre los roles laboral y familiar, conocidas como factores de presión por incompatibilidad (Carlson, 1999), así como diversos factores asociados a ellos:

— La primera de estas tres formas de conflicto es el basado en el *tiempo,* que se produce cuando el tiempo requerido por la familia y el trabajo genera una incompatibilidad recíproca. El tiempo es un recurso limitado, no pudiendo expandirse para ejecutar diferentes roles y, por tanto, el tiempo dedicado a los requerimientos provenientes de una esfera vital representa el tiempo que no puede ser dedicado a otras esferas.
— La segunda es el conflicto basado en la *tensión,* y tiene lugar cuando la tensión proveniente de un rol vital afecta al desempeño de otro.
— La tercera es el conflicto basado en el *comportamiento* y se presenta cuando el comportamiento requerido para el desempeño de un rol no es compatible con el comportamiento necesario para el desempeño de otro. Por ejemplo, cuando una persona se ve obligada a tener comportamientos competitivos y no colaborativos en el ámbito laboral, esto es incompatible con un comportamiento de colaboración y ayuda y soporte que es deseable en el ámbito familiar (más aún cuando existen hijos).

Por otra parte, el *modelo de la segmentación* (Kreiner, 2006) entre el trabajo y la familia es una perspectiva alternativa y complementaria al modelo del conflicto. Este modelo ha sido probado recientemente por Michel y Hargis (2008), evidenciándose que la relación entre los factores antecedentes en cada uno de los ámbitos familiar y laboral y el conflicto en cada uno de ellos (modelo de la segmentación) es mucho más significativa que la relación cruzada entre los factores antecedes familiares y el conflicto en el trabajo (CT) y los factores antecedentes laborales y el conflicto en la familia (CF) (modelo del conflicto). Este modelo, en contraste con el del conflicto, especifica las conexiones directas dentro de cada esfera, en la medida en que se asume que los factores presentes en una de ellas afectan sólo a ésta y no a la otra. Por tanto, los requerimientos provenientes de una de las esferas de la vida no interferirían ni afectarían a la otra, en la medida en que ambos contextos son considerados como separados (Lambert, 1990). Las investigaciones realizadas sobre la base de este modelo parecen evidenciar que los antecedentes del dominio laboral afectan fundamentalmente a la propia satisfacción laboral, debido a la segmentación y, en menor medida, a la satisfacción familiar; al contrario, los antecedentes del dominio familiar afectan sobre todo a la satisfacción familiar y en menor medida a la satisfacción laboral, gracias a la segmentación de ambos ámbitos. Por ejemplo, Michel y Hargis (2008) encuentran que las relaciones trabajo-familia basadas en la segmentación son más significativas que las basadas en el conflicto, y sugieren que las intervenciones encaminadas a facilitar el equilibrio entre el trabajo y la familia deberían de realizarse dentro de cada uno de dichos ámbitos y centrarse en ellos

más que diseñarse en función del otro.

La mayor parte de la investigación sobre el interfaz trabajo-familia se ha focalizado en el modelo de conflicto, haciendo que se prestara poca atención a este otro modelo antagónico: la *facilitación trabajo-familia* (FTF), o conexión positiva entre el trabajo y la familia (Boyar y Mosley, 2007; Frone, 2003; Parasuraman y Greenhaus, 2002). Este modelo de facilitación entre el trabajo y la familia ha sido utilizado de forma intercambiable recientemente por diversos autores bajo las denominaciones de *enriquecimiento trabajo-familia* (Nicklin y McNail, 2013) o *enhacement* (Greenhaus y Powell, 2006). La facilitación trabajo-familia es definida como «el grado en que la participación en el trabajo o en el hogar resulta beneficiada por la experiencia, habilidades o éxito en el otro ámbito» (Frone, 2004, p. 145), lo que puede beneficiar tanto a la familia como a la organización, por ejemplo mediante el tiempo de descanso, que, a través de las actividades con la familia, puede contribuir a la recuperación del estrés y el cansancio generado en el trabajo (Volman, Bakker y Xanthopoulou, 2013). Beutell (2005) se refiere en este sentido a la *sinergia* entre el trabajo y la familia, también denominada balance positivo (Greenhaus y Powell, 2006) o facilitación trabajo-familia (Hill, 2005). La utilización de este modelo está justificada por los cambios sociales que caracterizan los valores de las nuevas generaciones, la generación X (población nacida en los años 80) (O'Bannon, 2001; Westerman y Yamamura, 2006), que parece considerar que tanto el trabajo como la familia son igualmente importantes en su vida, y trata de buscar la manera más adecuada de conciliar ambas facetas (Beutell y Witting-Bergman, 2008). Los nuevos cambios socioestructurales y económicos a que ha dado lugar la globalización en la actual era postindustrial (Bell, 1973; Cerrato y Palmonari, 2007) han afectado al trabajo, dando lugar a nuevas prácticas de trabajo y transformando su significado. Dichos cambios estructurales han dado lugar a cambios en el mundo laboral, como la diversificación de las formas de trabajo, la incorporación progresiva de la mujer al mercado laboral y un papel más relevante del ocio, con una pérdida correlativa de la función socializadora del trabajo y un mayor peso de la vida social y familiar en la estructuración de la identidad del individuo (Peiró y Prieto, 1996; Cerrato, Villarreal, Apodaca, Ugarteburu y Rubio, 2003; Viguer y Serra, 1998).

El CTF y la FTF no son distintos grados de un mismo fenómeno, sino que son fenómenos diferentes y que incluso pueden darse simultáneamente (Voydanoff, 2004). La mayor parte de la investigación sobre la relación trabajo-familia confirma una relación negativa entre ambas esferas; ello no es de extrañar, debido a que el modelo del conflicto de roles ha sido el más utilizado para ello (Eby y cols., 2003).

Debido a que en el mundo occidental desarrollado es la generación X la parte más representativa de la población con hijos menores de 10 años, la perspectiva de la facilitación podría revelarse como la más adecuada para estudiar la interacción entre el trabajo y la familia, unas veces en conflicto, pero otras facilitándose mutuamente. Ésta es la perspectiva que han adoptado recientemente Demerouti, Bakker y Voydanoff (2010)

en su estudio sobre cómo la vida familiar puede tanto interferir como facilitar el rendimiento laboral. Estos autores afirman que hace ya tiempo se ha demostrado que el trabajo y la familia no son ámbitos o roles separados, sino que son interdependientes y sus límites son mutuamente permeables (Kanter, 1977; Peck, 1977). De este modo, aunque existe evidencia de que el funcionamiento en el trabajo puede tener un impacto negativo sobre el funcionamiento en el hogar (Byron, 2005), este efecto puede también ser positivo, por ejemplo cuando el funcionamiento en el hogar es facilitado por recursos adquiridos en el entorno de trabajo (Demerouti, Geurts y Kompier, 2004); del mismo modo, el funcionamiento en el trabajo también puede influenciar el funcionamiento en el hogar de una manera positiva o negativa (Byron, 2005; Eby y cols., 2005). Dentro de este juego de influencias recíprocas, hasta ahora los investigadores se han focalizado principalmente en el estudio de la influencia negativa del trabajo en la vida familiar, por lo que nuestro conocimiento de los efectos (positivos o negativos) de la familia sobre el trabajo es muy limitado.

## 5.3. CONFLICTO TRABAJO-FAMILIA Y GÉNERO

Los principales factores tanto objetivos como perceptuales que han sido estudiados como antecedentes del CTF (Greenhaus y Beutel, 1985) y de la FTF (Parasuraman y Greenhaus, 2002) pertenecen tanto al entorno laboral como al familiar o al individual. En el entorno laboral se han estudiado factores tales como las características del liderazgo o la autoridad (Grzywacz y Butler, 2005), así como el apoyo social y las horas de trabajo (Hill, 2005); en el entorno familiar se han analizado factores como el número de hijos (Grzywacz y Marks, 2000) y el ajuste entre los miembros de la pareja (Demerouti, Bakker y Tetrick, 2014); finalmente, se han estudiado factores de tipo individual tales como el género (Grzywacz y Marks, 2000; Hill, 2005).

El género es una dimensión esencial para comprender el interfaz trabajo-familia, por razones históricas y culturales que han condicionado el papel que tradicionalmente el hombre y la mujer han desempeñado de forma diferencial en el trabajo fuera del hogar y en la familia. Esta importancia, por otra parte, se demuestra en el meta-análisis realizado por Eby, Casper, Lockwood, Bordeaux y Bridley (2005), que pone de manifiesto diferencias entre hombres y mujeres en la experiencia del CTF (Behson, 2002; Frone, Russel y Cooper, 1992; Gutek, Searle y Klepa, 1991; Loerch, Russell y Rush, 1989; Wallace, 1999) y diferencias en los antecedentes del ámbito laboral (Duxbury y Higgins, 1991; Greenhaus, Parasuraman, Granrose, Rabinowitz y Beutell, 1989; Wallace, 1999) y familiar (Duxbury y Higgins, 1991; Loerch y cols., 1989). También se ha evidenciado que, en las parejas de doble ingreso (en las que los dos miembros de la pareja trabajan fuera de casa), las mujeres tienen más dificultades para relajarse después del trabajo que los hombres (Frankenhaeuser y cols., 1989; Parasuraman y Simmers, 2001) y que manifiestan mayores niveles de estrés que los hombres (Lewis y Cooper, 1987).

Pero no parece ser tanto el género como la implicación en los roles familiares lo que explica estas diferencias. De este modo, Rantanen, Kinnunen, Feldt y Pulkkinen (2008) mostraron en una muestra finlandesa, en la que los hombres y las mujeres invertían por término medio la misma cantidad de tiempo, atención y energía en los roles familiar y laboral, que existen efectos similares en la experiencia de hombres y mujeres en relación a ambos roles. Se trata de sujetos de nacionalidad finlandesa, siendo este país uno de los Estados nórdicos en los que, según indican Rantanen y cols. (2008), el grado de implicación de hombres y mujeres en los roles familiar y laboral es similar.

Sin embargo, no se han evidenciado diferencias claras en el grado de CTF entre hombres y mujeres. A este respecto la investigación no es concluyente, ya que los resultados de algunos de estos estudios son divergentes: mientras que unos no evidencian diferencias significativas (Eagle, Miles y Icenogle, 1997), otros evidencian un grado mayor de conflicto en las mujeres (Behson, 2002; Nielson, Carlson y Lankau, 2001) o en los hombres (Parasuraman y Simmers, 2001).

Recientemente, Cerrato y Cifre (2015a) no encuentran diferencias estadísticamente significativas por género en ningún tipo de conflicto: ni en el CTF, ni en el conflicto en la familia (CF), ni en el conflicto en el trabajo (CT), lo que daría apoyo a la hipótesis según la cual el género por sí mismo no da lugar a diferencias en el conflicto entre el trabajo y la familia entre hombres y mujeres, sino que hay otras variables a considerar.

Una de estas variables a considerar como predictor diferencial por género del CTF parece ser la implicación en los diferentes ámbitos, ya que no afecta de la misma manera a hombres y mujeres. De este modo, mientras que la implicación en el trabajo es un fuerte predictor del CTF para las mujeres, la implicación en la familia lo es en los hombres (Duxbury y Higgins, 1991). En términos de expectativas en el trabajo y en la familia, las expectativas laborales son un predictor del CTF en mayor medida para el hombre que para la mujer, mientras las expectativas familiares son un fuerte predictor del CF en las mujeres (Gutek y cols., 1991).

La explicación de esta falta de coincidencia en los resultados parece radicar en las diferentes influencias que las esferas laboral y familiar ejercen sobre hombres y mujeres, y que estarían relacionadas con los roles tradicionales de género. En general, los problemas familiares afectan a la vida laboral en mayor medida a las mujeres que a los hombres (CFT), mientras que en el caso de los hombres es más frecuente la intrusión de los problemas laborales en el ámbito familiar (CTF) (Loscocco, 1997; Peck, 1977). Esto se puede explicar aplicando el modelo de los roles tradicionales de género, según el cual las mujeres son responsables en mayor medida de la esfera familiar, y los hombres de la esfera del trabajo remunerado. También existe alguna evidencia de que el género podría moderar el efecto enriquecedor o agotador de la interacción entre el trabajo y la familia (Rothard, 2001), pero la investigación al respecto no es concluyente.

Los roles tradicionales de género prescriben que el trabajo es más importante para los hombres, mientras las responsabilidades familiares y el mantenimiento del hogar son más

importantes para la mujer (Gutek, Searle y Klepa, 1991). Esta tradición, que tiene un origen biosocial y cultural, fue explicitada por Parsons y Bales (1955) en su delineación de los roles instrumentales (hombre) y expresivos (mujer). Desde este punto de vista, el modelo de los roles de género supone que la naturaleza de las demandas de rol difieren del hombre a la mujer y actuarían como moderadores del conflicto entre las esferas laboral y familiar (Barnett, Raudenbush, Brennan, Pleck y Marshall, 1995).

## 5.4. EFECTO DIFERENCIAL DE LAS VARIABLES FAMILIARES EN EL CONFLICTO TRABAJO-FAMILIA

En el contexto de la interconexión entre los ámbitos laboral y familiar, la gran mayoría de los estudios realizados se han centrado en analizar cómo el conflicto y las tensiones generadas en el trabajo afectan a la familia y a la convivencia familiar, mientras que apenas se ha estudiado la forma en que las variables familiares, como el tipo de familia (hijos, perfil, número de miembros, etc.), las características de la interacción familiar o las tensiones generadas en la familia, afectan al comportamiento laboral (Kinman, 2009).

En lo referente a los antecedentes de la tensión trabajo-familia en la esfera familiar, el factor generador de tensión más importante proviene de las exigencias y requerimientos de los hijos, factor que está negativamente correlacionado con la satisfacción respecto al equilibrio entre el trabajo y la familia (Valcour, 2007). El cuidado de los hijos e hijas requiere una gran cantidad de tiempo de dedicación, de energía y de recursos psicológicos, lo que incrementa la dificultad de conciliar estos requerimientos con aquéllos pertenecientes al ámbito laboral. Ya desde hace tiempo (Greenhaus y Beutell, 1985) se sabe con certeza que las parejas de doble ingreso y con descendencia tienden a sufrir mayor cantidad de conflictos familiares y de estrés que sus homólogas sin ella, lo que impide una recuperación psicofísica adecuada para el retorno al trabajo, generando un efecto boomerang y un círculo de conflicto recíproco y permanente entre el trabajo y la familia (Volman, Bakker y Xanthopoulou, 2013). El número de hijos e hijas ha sido una variable estudiada como predictora del conflicto entre el trabajo y la familia, como mediadora del mismo y como consecuencia (Eby y cols., 2005).

Según el estudio de Cerrato y Cifre (2015a), parece que existe una interacción entre el número de hijos e hijas y el género en relación al conflicto trabajo-familia. En general, el número de descendientes genera diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en el CTF y en el CF, pero no en el CT. El nivel tanto de CTF como de CF entre hombres y mujeres es muy similar cuando no existen hijos e hijas o sólo hay uno o dos; sin embargo, cuando el número de hijos e hijas se eleva a tres ambos tipos de conflictos son más elevados en los hombres.

En las parejas de doble ingreso también existen diferencias en el conflicto trabajo-familia entre hombres y mujeres en función de las características del trabajo de la pareja. En este sentido, se ha evidenciado que la satisfacción laboral de las mujeres está

influenciada por la seguridad del puesto de trabajo de sus parejas, lo cual no ocurre en el caso contrario (Lambert, 1991). También existe una relación entre el aumento de las horas de trabajo en los hombres y una menor implicación laboral de sus parejas femeninas, probablemente debido al incremento de sus responsabilidades familiares. Por otra parte, en las mujeres se verifica el efecto opuesto: cuando aumentan las horas de trabajo en las mujeres, sus parejas masculinas aumentan su implicación laboral debido a que el hombre percibe una responsabilidad menor para con la familia que la mujer (Staines, Pottick y Fudge, 1986), mientras que las mujeres valoran el rol familiar más que el hombre (Cinamon y Rich, 2002).

Sin embargo, Cerrato y Cifre (2015a) encontraron que el puesto de trabajo sólo genera diferencias estadísticamente significativas por género en el CT. Entre ellas, las más destacables son las que tienen que ver con los puestos de manager, técnico, profesor no universitario, autónomo y profesional liberal. A excepción de los autónomos, el conflicto en el trabajo siempre es mayor cuando lo desempeña un hombre que una mujer, sobre todo en los puestos de manager. Entre los mandos intermedios, los trabajadores de oficina, los trabajadores no cualificados y los profesores universitarios no existen diferencias en el conflicto en el trabajo entre géneros.

Estos resultados evidencian que el puesto no influye directamente en el conflicto trabajo-familia, sino en el conflicto en el trabajo, y que éste aumenta entre los hombres cuando el puesto es cualificado (managers, técnicos, profesores no universitarios y profesionales liberales). El único puesto en el que el conflicto en el trabajo es superior en la mujer es el de autónomo.

Desde el modelo de los roles de género cabría deducir que el hombre, a causa de su mayor implicación en el trabajo, transmitirá a la esfera familiar la tensión creada en el trabajo, por lo que cuanto mayor sea su carga de trabajo, o la demanda emocional que éste implica, mayor tensión trasladará a la familia a causa de las preocupaciones de su trabajo. En consecuencia, en los hombres las tensiones en el trabajo estarán más fuertemente asociadas al CTF que en las mujeres. A su vez, cuanto mayor sea la experiencia de CTF en el hombre, mayores serán las responsabilidades de las mujeres en la familia, con el consiguiente aumento del estrés debido a este efecto cruzado (Westman y Etzioni, 2002). Por ejemplo, Pittman, Solheim y Blanchard (1996) aportan evidencia para esta idea mostrando que la contribución de la mujer en las tareas del hogar es mayor aquellos días en que los maridos manifestaban mayores niveles de estrés generado en el trabajo. Sin embargo, los hombres no ajustan su contribución a las tareas domésticas cuando sus esposas trasladan al hogar el estrés generado en su trabajo. Por consiguiente, la relación entre el CTF en los hombres y el nivel de demandas de la familia en sus mujeres es mayor que la relación entre el CTF en las mujeres y el aumento de responsabilidades familiares en los hombres (Bakker, Dollard y Demerouti, 2008). Como el modelo de los roles de género propugna que las responsabilidades familiares y el cuidado de la familia son más importantes para las mujeres que para los hombres, cabría

esperar que las mujeres sean más propensas a trasladar al trabajo sus tensiones familiares, y, por tanto, estas tensiones estarán más asociadas al CFT en las mujeres que entre los hombres.

Sin embargo, esta idea no siempre se confirma. En un estudio de Cerrato y Cifre (2015b), en el que se trató de comprobar el efecto de la interacción del género con la implicación en las tareas domésticas en el conflicto trabajo-familia, se evidencia que cuando el CT es alto aumentan la conflictividad marital y el CTF, y disminuye la implicación en las tareas domésticas no sólo de los hombres sino también de las mujeres. Este dato podría hacer pensar que este efecto cruzado no sólo se diera del hombre hacia la mujer, sino también al revés. Esto sería difícilmente explicable por la teoría de los roles tradicionales de género (Parsons y Bales, 1955).

Aunque el estudio de Cerrato y Cifre parece demostrar que el género es una variable muy importante en la implicación en las tareas del hogar, siendo mayor en las mujeres, también parece apuntar que los efectos cruzados por los que se traslada la tensión en el trabajo a la conflictividad en el hogar con la pareja no es exclusivo de los hombres, sino que también se da entre las mujeres. Esto podría ser un indicador del cambio que se comenzó a producir en el modelo de los roles tradicionales de género a partir de los años 80, por el cual las nuevas generaciones han ido equiparando la importancia de las esferas laboral y familiar, tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres. Sin embargo, los efectos de estos cambios sociales en las relaciones entre el trabajo y la familia no se pueden detectar utilizando solamente un modelo del conflicto, sino que ello requeriría también la operacionalización de modelos de sinergia o facilitación, ya que el observar la relación trabajo-familia desde esta nueva perspectiva nos permitiría comprender realmente el alcance de la influencia recíproca entre el trabajo y la familia, y cuál es realmente el papel del género en la misma. La investigación sobre los efectos recíprocos positivos del trabajo y la familia es fundamental para entender la complejidad de la interacción trabajo-familia (Greenhaus y Parasuraman, 1999).

## 5.5. EFECTO DIFERENCIAL DE LAS VARIABLES LABORALES EN EL CONFLICTO TRABAJO-FAMILIA

Existen diferencias entre mujeres y hombres que emergen de forma repetida en la investigación sobre conflicto trabajo-familia y que tienen que ver con aspectos organizacionales como el horario, las actitudes laborales y la carrera profesional. En general, la mujer da prioridad a su responsabilidad por el cuidado de hijos e hijas y las tareas del hogar incluso entre las parejas de doble ingreso, por lo que experimenta más interrupciones de su carrera profesional que el hombre (Allen y Finkelstein, 2014; Craig, 2006; Kirchmeyer, 1998; Lewis y Cooper, 1987; Lyness y Thompson, 1997; Lundberg y Frankenhauser, 1999). Del mismo modo, ya desde hace tiempo se ha constatado que la mujer también tiende en mayor medida que el hombre a reestructurar su trabajo para

cumplir con las demandas familiares, así como a acogerse a la flexibilidad horaria y a concretarlo en una mejora de la calidad de la vida familiar (Boris y Lewis, 2006; Karambayya y Reilly, 1992; Loscocco, 1997; Staines y Pleck, 1986; 2006; Warton, 2006).

En general, las características del horario laboral pueden influenciar la calidad de la vida familiar y laboral, y tanto es así que han de ser incluidas entre los factores de riesgo psicosociales relacionados con el contenido del trabajo (Hacker, 1991).

El horario de trabajo genera mayores consecuencias negativas sobre la vida familiar en las mujeres que en los hombres (Gutek y cols., 1991). Esto puede ser explicado por el hecho de que, a pesar de que la participación de la mujer en la fuerza de trabajo tiende a ser similar a la de los hombres en las sociedades occidentales, éstas tienden a dedicar también mucho más tiempo que los hombres a las tareas domésticas y al cuidado de los hijos (Sarkisian y Gerstel, 2004), lo que genera entre las mujeres una mayor presión temporal (Baltes y Heydens-Gahir, 2003). En cuanto a la población española se refiere, según la Encuesta de Empleo del Tiempo (INE, 2011) la mujer dedica una media de 4 horas a realizar actividades relacionadas con la familia, como son el mantenimiento del hogar, hacer compras o cuidar a los hijos, frente a 1 hora y 50 minutos que dedican los hombres, es decir, menos de la mitad. Del mismo modo, según la Encuesta de Calidad de Vida Laboral 2008-2010, realizada entre parejas con hijos de menos de 3 años en las que ambos miembros trabajan, el 36,5 por 100 de los varones afirma que es su pareja femenina quien se encarga principalmente del cuidado de los hijos diariamente durante la jornada laboral, frente al 10,3 por 100 de las mujeres que afirman esto de sus parejas, aumentando estos porcentajes hasta un 46,5 por 100 y un 29 por 100 respectivamente cuando los hijos tienen entre 3 y 14 años.

De todas formas, la capacidad que se tenga para ajustar el horario laboral hace que el conflicto entre el trabajo y la familia sea bastante menor tanto para los hombres como para las mujeres (Cerrato y Cifre, 2015a). También se ha evidenciado que el mayor impacto negativo de las jornadas laborales prolongadas sobre la satisfacción en el trabajo que manifiestan las mujeres es debido a que continúan percibiéndose como más identificadas con la esfera familiar, considerando este ámbito más importante para su identidad que los hombres, siendo para ellas muy importante el responder adecuadamente a los requerimientos familiares (Baltes y Heydens-Gahir, 2003). Además, la mujer sigue soportando una mayor carga doméstica que los hombres y tienen una elevada probabilidad de ser las únicas responsables de los requerimientos familiares, como por ejemplo permanecer en casa con un hijo enfermo o ir a recogerle al colegio, requiriendo por tanto la familia su tiempo en mayor medida que a los hombres (Scott y McClellan, 1990; Parasuraman y Simmers, 2001), lo que se suele traducir en una elevada tasa de absentismo laboral entre las mujeres (Vistnes, 1997).

Por último, otros estudios han evidenciado cómo en las parejas de doble ingreso el CTF basado en el tiempo está determinado de manera diferencial por el grado de

implicación en el trabajo de la pareja: mientras entre los hombres una mayor implicación laboral de sus parejas femeninas se traduce en un mayor conflicto basado en el tiempo (han de cubrir la horas que sus parejas no pueden estar con la familia por su trabajo) y manifiestan un menor nivel de satisfacción con el trabajo y con la vida que aquellos cuyas esposas no trabajan, entre las mujeres el conflicto basado en el tiempo es debido no a la mayor implicación laboral de sus parejas masculinas, sino al excesivo número de horas de trabajo, a la baja autoestima que le puede provocar un trabajo no recompensante, a la elevada complejidad de la tarea y a la sobrecarga del rol laboral (Greenhaus, Parasuraman, Granrose, Robinowitz y Beutell, 1989; Hammer, Allen y Grigsby, 1997; Lambert, 1991; Lewis y Cooper, 1987; Staines y cols., 1986).

Parecer ser que, más que la posibilidad de acogerse a medidas de conciliación, lo que realmente aminora el CFT es una cultura organizacional basada en valores que reconozcan la importancia de la familia para la vida de sus trabajadores. Existe un reconocimiento creciente de que las medidas de conciliación, tales como horario flexible o dedicación parcial, son insuficientes para reducir el CTF (Allen, 2001; Friedman, 1990; Friedman y Galinsky, 1992) por sí mismas. Cuando existe una cultura organizacional que realmente reconoce a la familia de los trabajadores y la situación personal de éstos promoviendo la flexibilidad, la tolerancia y un apoyo adecuado para las obligaciones y necesidades respecto a la familia, ello hace disminuir el CTF (Mauno, 2010; Kossek y Lautsch, 2012). El conflicto trabajo-familia disminuye en las mujeres cuando la cultura organizacional es innovadora o no-tradicional, por ser un tipo de cultura integradora que facilita la conciliación trabajo-familia (Cerrato y Cifre, 2015a).

La filosofía que sustenta este tipo de cultura organizacional es aquélla en la que se entiende que el éxito no es la máxima prioridad en la vida de los trabajadores, de modo que la presencia física en el trabajo y las jornadas laborales prolongadas no sean indicadores absolutos para la organización del compromiso organizacional de los trabajadores ni de su valor para la organización (Lapierre y cols., 2008; Perlow, 1995). Esta filosofía podría, en teoría, reducir la incompatibilidad entre el trabajo y las demandas de la familia, de modo que los trabajadores podrían dedicar más tiempo y esfuerzo al cuidado de sus familias (utilizando medidas de conciliación), sin miedo a las repercusiones negativas que ello podría suponer para su carrera profesional (Allen, 2001; Friedman y Galinski, 1992).

Por otra parte, las demandas en el trabajo y en la familia están relacionadas con la interferencia de un campo en el otro, ya que las demandas en uno de ellos implican esfuerzo, y ello genera una saturación de los recursos individuales necesarios para el funcionamiento en el otro. Por el contrario, los recursos adquiridos en uno de los campos están más relacionados con la facilitación que un campo produce sobre el otro, ya que éstos proporcionan al individuo medios que le ayudan al funcionamiento en el campo contrario (Bakker y Geurts, 2004; Demerouti, Geurts y Kompier, 2004; Voydanoff, 2004). Dado que generalmente el puesto de trabajo de las mujeres suele ser de categoría

inferior al de los hombres, menos cualificado y menos estable temporalmente, esto influirá en el aumento del conflicto trabajo-familia en la mujer, dificultando la facilitación.

## 5.6. APOYO SOCIAL, GÉNERO Y CONFLICTO TRABAJO-FAMILIA

En el caso de la mujer, si a los requerimientos incompatibles entre trabajo y familia se le añade el hecho de un escaso apoyo familiar por parte de su pareja, el peligro de exposición a riesgos psicosociales generadores de estrés es mayor (Hacker, 1991). Cuando la mujer percibe un mayor apoyo por parte de su pareja, menor es su nivel de estrés y depresión generado por la incompatibilidad entre el trabajo y la familia; si este apoyo es bajo, mayor es su autopercepción de responsabilidad en el ámbito familiar, asumiendo un nivel de exigencia mayor y generando ello mayores niveles de conflicto y estrés (Rosenbaum y Cohen, 1999). También existen evidencias de que los hombres reciben de sus parejas mayor apoyo familiar que el que ellos ofrecen, así como de que las mujeres reciben más apoyo social fuera de la familia, por parte de amigos u otras personas significativas (Elliott, 2003; Van Daalen, Sanders y Willemsen, 2005).

Un estudio de Van Daalen, Willemsen y Sanders (2006) ha examinado la relación entre el CTF basado en el tiempo y en la tensión y cuatro fuentes distintas de apoyo social: dos de fuera del contexto laboral (pareja, amigos) y dos presentes en él (supervisor y colegas). Los resultados muestran una diferencia por género: el apoyo proveniente de la esfera laboral correlaciona negativamente tanto con la interferencia trabajo-familia como con la interferencia familia-trabajo sobre todo en los hombres, mientras en el caso de las mujeres ambos conflictos son también menores cuando el apoyo social proviene de la esfera familiar.

Heilman y Haines (2005) han demostrado que las mujeres no utilizan generalmente el apoyo de su colegas o supervisores del mismo modo que los hombres; es más, el conflicto trabajo-familia basado en el tiempo aumenta cuando utilizan dicho apoyo social, puesto que se sienten en la obligación de ofrecer también un apoyo recíproco, lo que les obligaría a acabar el trabajo apresuradamente para después atender a la familia. Por el contrario, en el hombre el apoyo social en el trabajo reduce el conflicto trabajo-familia mediante su impacto positivo de manera directa o aminorando el efecto del estrés. En este sentido, Carlson y Perrewé (1995) indican que el apoyo social en el trabajo reduce el conflicto trabajo-familia, disminuyendo la ambigüedad del rol laboral (por su incompatibilidad con el familiar) y aminorando las presiones temporales por la colaboración entre compañeros. Por otra parte, Thomas y Ganster (1995) han demostrado que el apoyo social y el apoyo ofrecido por la supervisión reduce de forma tanto directa como indirecta el conflicto trabajo-familia, mejorando la percepción de control que las personas trabajadoras tienen de sus esferas familiar y laboral.

Sin embargo, el hecho de que exista un mayor apoyo social en la familia no siempre supone una disminución del conflicto trabajo-familia en la mujer, como han demostrado

Cerrato y Cifre (2015a). Estos autores han encontrado que el conflicto trabajo-familia es más alto en la mujer cuando tiene apoyo familiar, lo que querría decir que ese apoyo viene proporcionado por la magnitud del conflicto, pero no lo reduce. Además, cuando el apoyo familiar es bajo aumenta el conflicto trabajo-familia y el conflicto en el trabajo entre los hombres, lo que querría decir que la falta de apoyo externo hace que el hombre se tenga que implicar más en la familia, con el consiguiente aumento del conflicto con el trabajo.

## 5.7. CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD DEL CONFLICTO TRABAJO-FAMILIA EN FUNCIÓN DEL GÉNERO

El CTF puede tener consecuencias en diferentes aspectos de la vida de los miembros de la pareja, tanto físicas-psicosomáticas como psicosociales y conductuales (Cifre y Salanova, 2004). Tradicionalmente, las consecuencias del CTF se han estudiado en sentido negativo, es decir, estudiando las consecuencias que tienen principalmente sobre la salud (o más concretamente, la enfermedad). De acuerdo con las autoras, en general las consecuencias respecto a la salud física de CFT son las mismas consecuencias físicas o psicosomáticas del estrés, tales como dolor de cabeza y de espalda, molestias estomacales, fatiga, mareos y dolor en la zona del pecho o del corazón. Las consecuencias psicosociales estudiadas principalmente han sido el *strain* general (ansiedad y depresión) y los estados emocionales negativos (como impulsos agresivos, ira, irritación e insomnio) que surgen tanto por una mala gestión de las demandas familiares y laborales (generalización del estrés, o *stress spillover*) como por un contagio de las experiencias estresantes entre ambos miembros de la pareja (traspaso del estrés, o *stress crossover*) (Piotrkowski, 1979). Finalmente, se han estudiado las consecuencias conductuales del conflicto de la familia con el trabajo y viceversa, tanto a nivel individual como organizacional. Así, a nivel individual los resultados muestran que se incrementa el consumo de estimulantes (sobre todo el alcohol en el CTF), un abuso de medicación y una falta de ejercicio regular (en particular, en el CFT). A nivel organizacional, la evidencia longitudinal sobre la influencia del conflicto familia/trabajo sobre el abandono, el absentismo y la reducción del desempeño es limitada. Algunas de las explicaciones sobre esta falta de relación pueden ubicarse, en primer lugar, debido a la existencia de variables moduladoras, como la alta conexión entre la familia y el trabajo.

Como ya se ha mencionado, en general se han estudiado las consecuencias negativas de la interacción familia/trabajo. Sin embargo, desde un enfoque más positivo, ya existen estudios que señalan que el hecho de ser capaz de compaginar los dos roles es considerado como un índice positivo de salud (Rodríguez y Nouvilas, 2003), así como de calidad de vida (Greenhaus, Collins y Shaw, 2003).

Concretando en relación al género, se ha visto que el CFT actúa de manera diferente en hombres y mujeres. En este sentido, Kinnunen, Geurts y Mauno (2004) mostraron en

un estudio longitudinal que, en el caso de las mujeres, el CTF actuaba como predecesora de la insatisfacción, el estrés parental y síntomas de estrés, mientras que en el caso de los hombres el CTF actuaba como consecuencia de una baja satisfacción marital, estrés parental y síntomas físicos. Para explicar estos resultados, Calvo-Salguero, Salinas y Aguilar-Luzón (2012) argumentaron que las expectativas creadas por los roles de género influían en los niveles de conflicto, bien de manera directa o como moderador. Dado que las mujeres han sido socializadas para asumir mayores responsabilidades en las familias que los hombres, serían más sensibles al tiempo que pasan trabajando en detrimento del que pasan en la familia. El caso contrario ocurriría en el caso de los hombres. Como novedad, Cifre, Salanova y Franco (2011), con una muestra de profesores universitarios, comprobaron que incluso aun cuando el CTF puede afectar de igual manera a la salud (*burnout* y *engagement*) de hombres y mujeres, los hombres consideran que cuentan con menor apoyo organizacional para lograr una mayor conciliación.

De este modo, este modelo de los roles de género también permite explicar la diferente repercusión en la salud psicológica que el conflicto trabajo-familia genera en hombres y mujeres. Investigaciones como la de Schawartzberg y Dytell (1996) han examinado el efecto del estrés laboral y familiar sobre la salud psicológica de parejas trabajadoras con hijos, tomando en consideración dos dimensiones: la autoestima y la depresión. En el caso de los padres, altos niveles de estrés laboral y familiar predicen una baja autoestima, mientras que para las madres tal resultado es predicho sólo por altos niveles de estrés laboral. Es más, para los padres, altos niveles de estrés familiar, debido a la falta de apoyo por parte de la madre o un rol familiar débil, están asociados con la depresión; para las madres, un alto nivel de estrés laboral y familiar, así como a un rol laboral débil y falta de reparto de las tareas domésticas, se asociaba a un nivel alto de depresión. Es decir, las consecuencias psicológicas del conflicto trabajo-familia en parejas de doble ingreso varían en función del género, así como de las dimensiones psicológicas estudiadas.

Finalmente, en relación con los tres tipos de consecuencias sobre la salud, Lineweber, Baltzer, Magnusson y Westerblund (2013) encontraron que el CFT se asociaba a un mayor problema con la bebida (consecuencia conductual) en los hombres, y a una peor salud física en las mujeres. No había diferencias, sin embargo, en el nivel de agotamiento emocional (consecuencia psicosocial). Los autores concluyen que aunque las mujeres parecen experienciar ligeramente mayor conflicto entre la vida laboral y la familiar, las consecuencias negativas de este conflicto afectan tanto a hombres como a mujeres.

## 5.8. CONCLUSIÓN

La falta de evidencia sobre una relación predictiva clara entre el género y el conflicto trabajo-familia se ha tratado de explicar en base a las diferentes influencias que las esferas laboral y familiar ejercen sobre hombres y mujeres y que producen un efecto

diferencial tanto en la experiencia como en la frecuencia y la intensidad del conflicto trabajo-familia entre ambos géneros.

La aplicación de la teoría de los roles tradicionales de género ha sido utilizada tradicionalmente para explicar estas diferencias entre hombres y mujeres en el conflicto trabajo-familia. La mayor importancia otorgada por el hombre al ámbito laboral hace que el conflicto en el trabajo sea el principal antecedente, mientras que la mayor importancia otorgada por la mujer al ámbito familiar da lugar a que sea el conflicto en la familia el principal antecedente, además de experimentar el conflicto trabajo-familia con mayor intensidad.

Sin embargo, como ya ha sido mencionado anteriormente, existen algunos resultados que ponen en entredicho este modelo, pues el CTF no es siempre mayor entre las mujeres que entre los hombres, además de que los antecedentes y experiencias no siempre son correlativos a cada género.

Parece ser que hoy en día el modelo de los roles tradicionales de género (Parsons y Bales, 1955) comienza a ser insuficiente para explicar el efecto del género sobre el conflicto trabajo-familia, ya que algunas de las hipótesis formuladas desde este modelo no se cumplen, o lo hacen parcialmente.

Aun así, muchas de las hipótesis planteadas desde el modelo de los roles tradicionales de género se siguen cumpliendo, según los estudios analizados; concretamente, la relación entre una conflictividad marital alta y el aumento tanto del conflicto trabajo-familia en general como del conflicto en la familia en las mujeres, así como una conflictividad marital baja y un aumento del conflicto trabajo-familia entre los hombres. También lo es el hecho de que el conflicto trabajo-familia en general y el conflicto en el trabajo aumente en las mujeres cuando el puesto de sus parejas es de responsabilidad o alta cualificación; y que cuando la cultura organizacional es innovadora y facilita la conciliación el CTF disminuye en las mujeres, pero no entre los hombres.

Sin embargo, comienzan a aparecer ciertos estudios sobre el efecto del género en el conflicto trabajo-familia que apuntan en un sentido contrario al que se esperaría desde el modelo de los roles tradicionales de género, lo que requeriría hacer uso de un modelo interpretativo alternativo capaz de explicar, por ejemplo, por qué el conflicto trabajo-familia aumenta más en los hombres que entre las mujeres a partir del tercer hijo o cuando el puesto de sus parejas femeninas es de nivel medio o poco cualificado; por qué el conflicto en el trabajo aumenta más entre los hombres cuando su puesto es cualificado; por qué la flexibilización de los horarios hace disminuir por igual el conflicto trabajo-familia en hombres y mujeres y no sólo en ellas, y por qué el apoyo social en el trabajo no aminora el CTF en el hombre, pero sin embargo el apoyo familiar bajo les hace aumentar el CTF, mientras que cuando es más alto aumenta en la mujer.

Ciertos resultados en la investigación sobre conflicto trabajo-familia apuntan a una incorporación del hombre a la esfera de la familia y la aparición gradual de un papel cada vez más importante dentro de la misma, y a una disminución de la importancia que la

esfera laboral tiene para ellos a favor de una mayor implicación de la familia. Al mismo tiempo, evidencian que la gradual incorporación de la mujer plenamente al mundo del trabajo disminuye su presencia hegemónica en la familia, lo que fuerza a la acción y colaboración de ambos miembros de la pareja para una gestión adecuada del ámbito familiar (corresponsabilidad), que luego puede ser beneficioso en el contexto laboral (Demerouti, Bakker y Tetrick, 2014).

Posiblemente, los resultados de muchas investigaciones sobre conflicto trabajo-familia son contradictorios con el modelo de los roles tradicionales de género debido a que desde los años ochenta hasta la actualidad las nuevas generaciones ha ido equiparando la importancia de las esferas laboral y familiar tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres. Sin embargo, los efectos de estos cambios sociales en las relaciones entre el trabajo y la familia no se pueden detectar utilizando solamente un modelo del conflicto, por lo que se requeriría también la operacionalización de modelos de sinergia o facilitación. Observar la relación trabajo-familia desde esta nueva perspectiva nos permitirá comprender realmente el alcance de la influencia recíproca entre el trabajo y la familia, y cuál es realmente el papel del género en la misma. Por tanto, como señalaban Greenhaus y Parasuraman ya en 1999, la investigación sobre los efectos recíprocos positivos del trabajo y la familia es fundamental para entender la complejidad de la interacción trabajo-familia.

---

## REFERENCIAS


Allen, T. D. (2001). Family-supportive work environments: The role of organizational perceptions. *Journal of Vocational Behavior, 58,* 414-435.

Allen, T. D. y Finkelstein, L. M. (2014). Work-Family Conflict among members of full-time dual-earner couples: An examination of family life stage, gender, and age. *Occupational Health Psychology, 19*(3), 376-384.

Ashforth, B. E., Kreiner, G. E. y Fugate, M. (2000). All in a day's work: Boundaries and micro role transitions. *The Academy of Management Review, 25*(3), 472-492.

Bakker, A. B. y Geurts, S. A. E. (2004). Towards a dual-process model of work-home interference. *Work and Occupations, 31,* 345-366.

Bakker, A. B., Dollard, M. F. y Demeroutti, E. (2008). How job demands affect partners' experience of Eshaustion: Integrating Work-Family Conflict and Crossover Theory. *Journal of Applied Psychology, 93*(4), 901-911.

Baltes, B. y Heydens-Gahir, H. (2003). Reduction of work–family conflict through the use of selection, optimization, and compensation behaviors. *Journal of Applied Psychology, 88,* 1005-1018.

Barnett, R. C., Raudenbush, S. W., Brennan, R. T., Pleck, J. H. y Marshall, N. L. (1995). Changes in job and marital experience and change in psychological distress: A longitudinal study of dual-earner couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 69,* 839-850.

Behson, S. J. (2002). Coping with family-to-work conflict: The role of informal work accommodations to family. *Journal of Occupational Health Psychology*, *7*, 324-341.

Bell, D. (1973). *El advenimiento de una sociedad posindustrial*. Madrid: Alianza Editorial.

Beutell, N. J. (2005). The structure of the relationship between work and family from a national sample. Investigación no publicada.

Beutell, N. J. y Witting-Bergman, U. (1999). Predictors of Work-Family Conflict and satisfaction with family, job, career, and life. *Psychological Reports, 85,* 893-903.

Boris, E. y Lewis, C. H. (2006). Caregiving and Wage-earning: A historical Perspective on work and family. En

M. Pitt-Catsouphes, E. E. Kossek y S. Sweet, *The Work and Family Hondbook: Multidisciplinary Perspectives and Approaches* (pp. 73-99). New Jersey: LEA.
Boyar, S. L. y Mosley, D. C. (2007). The relationship between core self-evaluations and work and family satisfaction: The mediating role of work-family conflict and facilitation. *Journal of Vocational Behavior, 71,* 265-281.
Byron, K. (2005). A meta-analytic review of work-family conflict and its antecedents. *Journal of Vocational Behavior, 67,* 169-198.
Calvo-Salguero, A., Salinas, J. M. y Aguilar-Luzón, M. C. (2012). Gender and work-family conflict: Testing the rational model and the gender role expectations model in the Spanish cultural context. *International Journal of Psychology, 47,* 118-132.
Carlson, D. S. (1999). *Personality and role variables as predictors of three forms of work-family conflict*. *Journal of Vocational Behavior, 55,* 236-253.
Carlson, D. S. y Kacmar, K. M. (2000). Work-family conflict in the organization. *Journal of Management*, *26,* 1031-1054.
Carlson, D. S. y Perrewé, P. L. (1999). The role of social support in the stressor-strain relationship: An examination of work-family conflict. *Journal of Management, 25*(4), 329-349.
Cerrato, F. J. y Cifre, E. (2015a). Influencia del género en el conflicto trabajo-familia desde la teoría de los roles tradicionales de género. En revisión.
Cerrato, F. J. y Cifre, E. (2015b). Traditional gender roles and marital conflict effects on subject implication with household chores. En revision.
Cerrato, F. J. y Palmonari, A. (2007). *Representaciones sociales y psicología social: Comportamiento, globalización y posmodernidad*. Valencia: Promolibro.
Cerrato, F. J., Villarreal, M., Apodaca, E., Ugarteburu, I. y Rubio, E. (2003). Nuevas prácticas de trabajo, representaciones sociales del trabajo e identidad social en la sociedad posindustrial. *Revista de Psicología Social Aplicada, 13*(2), 79-123.
Cifre, E. y Salanova, M. (2004). Estrategias de conciliación familia/trabajo: buscando la calidad de vida laboral. *Estudios financieros, 259,* 111-154.
Cifre, E., Salanova, M. y Franco, J. (2011). Riesgos psicosociales de hombres y mujeres en el trabajo: ¿ una cuestión de diferencias? *Gestión Práctica de Riesgos Laborales, 82,* 28-36.
Craig, L. (2006). Does father care mean fathers share?: A comparison of how mothers and fathers in intact families spend time with children. *Gender & Society, 20*(2), 259-281.
Cinamon, R. G. y Rich, Y. (2002). Profiles of attribution of importance to life roles and their implications for the work-family conflict. *Journal of Counseling Psychology, 49*(2), 212-220.
Demerouti, E., Bakker, A. B. y Tetrick, L. E. (2014). Regulatory focus and the family-work interface: the role of regulatory fit between cohabiting partners. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 23*(1), 118-130.
Demerouti, E., Bakker, A. B. y Voydanoff, P. (2010). Does home life interfere with or facilitate job performance? *European Journal of Work and Organizational Psychology, 2*, 128-149.
Demerouti, E., Geurts, S. A. E. y Kompier, M. (2004). Positive and negative work-home interaction: Prevalence and correlates. *Equal Opportunities International, 23*, 6-35.
Duxbury, L. E. y Higgins, C. A. (1991). Gender differences in work-family conflict. *Journal of Applied Psychology, 76*, 60-73.
Eagle, B. W., Miles, E. W. e Icenogle, M. L. (1997). Interrole conflicts and the permeability of work and family domains: Are there gender differences? *Journal of Vocational Behavior, 50,* 168-184.
Eby, L. T., Casper, W. J., Lockwood, A., Bordeaux, C. y Brinley, A. (2005). Work and family research in IO/OB: content analysis and review of the literature (1980-2002). *Journal of Vocational Behavior, 66,* 124-197.
European Agency for Safety and Health at Work (2014). *Women and Health at Work*. Extraído el 6 de octubre de 2014 desde https://osha.europa.eu/en/priority_groups/gender/index_html.
Ford, M. T., Heinen, B. A. y Langkamer, K. L. (2007). Work and Family Satisfaction and Conflict: A Meta-Analysis of Cross-Domain Relations. *Journal of Applied Psychology, 92*(1), 57-80.
Frankenhaeuser, M., Lundberg, U., Fredrikson, M., Melin, B., Tuomisto, M., Myrsten, A., Hedman, M., Bergman-Losman, B. y Wallin, L. (1989). Stress on and off the job as related to sex and occupational status in white-collar workers. *Journal of Organizational Behavior, 10,* 321-346.
Friedman, D. E. (1990). Work and family: The new strategic plan. *Human Resource Planning, 13,* 79-89.
Friedman, D. E. y Galinsky, E. (1992). Work and family issues. A legitimate business concern. En S. Zedeck (eds.). *Work, families, and organizations* (pp. 168-207). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
Frone, M. R. (2003). Work-family balance. En J. C. Quick y L. E. Tetrick (eds.), *Handbook of occupational*

*health psychology* (pp. 143-162). Washington, DC: American Psychological Association.
Frone, M. R., Russel, M. y Cooper, M. L. (1992). Antecedents and outcomes of work-family conflict: Testing a model of the work-family interface. *Journal of Applied Psychology, 77,* 65-78.
Goode, W. J. (1960). A Theory of role strain. *American Sociological Review, 28*, 483-496.
Greenhaus, J. H. y Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of Management Review, 10,* 76-88.
Greenhaus, J. H., Collins, K. M. y Shaw, J. D. (2003). The relation between work-family balance and quality of life. *Journal of Vocational Behavior, 63*(3), 510-531.
Greenhaus, J. H. y Parasuraman, S. (1999). Research on work, family, and gender: Current status and future directions. En G. N. Powell (ed.). *Handbook of gender and work* (pp. 391-412). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.
Greenhaus, J. H. y Powell, G. (2006). When work and family are allies: a theory of work-family enrichment. *Academy of Management Review, 31,* 72-92.
Greenhaus, J. H., Parasuraman, S., Granrose, C. S., Rabinowitz, S. y Beutell, N. J. (1989). Sources of work-family conflict among two-careers couples. *Journal of Vocational Behavior, 34,* 133-153.
Grzywacz, J. G. y Butler, A. B. (2005). The impact of job characteristics on work-to-family facilitation: Testing a theory and distinguishing a construct. *Journal of Occupational Health Psychology, 10,* 97-109.
Grzywacz, J. G. y Marks, N. F. (2000). Reconceptualizing the work-family interface: An ecological perspective on the correlates of positive and negative spillover between work and family. *Journal of Occupational Health Psychology, 5,* 111-126.
Gutek, B., Searle, S. y Klepa, L. (1991). Rational versus gender role explanations for work-family conflict. *Journal of Applied Psychology, 76,* 560-568.
Hacker, W. (1991). Objective work environment: Analysis and evaluation of objective work characteristics. Comunicación presentada en *Healthier Work Environment: Basic Concepts & Methods of Measurement.* Hogberga, Lidingo, Stockholm.
Hammer, L. B., Allen, B. y Grigsby, T. D. (1997). Work-family conflict in dual-earner couples: Within-individual and crossover effects of work and family. *Journal of Vocational Behavior, 50,* 185-203.
Heilman, M. E. y Haynes, M. C. (2005). No credit where credit is due: Attributional rationalization of women's success in male/female teams. *Journal of Applied Psychology, 90*(5), 905-916.
Hill, E. J. (2005). Work-family facilitation and conflict, working fathers and mothers, work-family stressors and support. *Journal of Family Issues, 26,* 793-819.
Instituto Nacional de Estadística (INE) (2011). *Encuesta de empleo del tiempo 2009-2010*. Extraído desde http://www.ine.es/prensa/np669.pdf.
Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) (2011). *VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, 2011*. Extraído el 5 de mayo de 2014 desde http://encuestasnacionales.oect.es/.
Kanter, R. M. (1977). *Work and family in the United States: A critical review and agenda for research and policy*. New York: Russell Sage Foundation.
Karambayya, R. y Reilly, A. H. (1992). Dual earners couples: Attitudes and actions in restructurings work for family. *Journal of Organizational Behavior, 13,* 585-601.
Kinman, G. (2009). Emotional labour and strain in «front-line» service employees: Does mode of delivery matter? *Journal of Managerial Psychology, 24*(2), 118-135.
Kirchmeyer, C. (1998). Determinants of managerial career success: Evidence and explanation of male/female differences. *Journal of Management, 24*(6), 673-692.
Kopelman, R. E., Greenhaus, J. H. y Connolly, T. F. (1983). A model of work, family and interrole conflict: A construct validation study. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 32,* 198-215.
Kossek, E. E. y Lautsch, B. A. (2012). Work-family boundary management styles in organizations: A cross-level model. *Organizational Psychology Review, 2*(2), 152-171.
Kreiner, G. E. (2006). Consequences of work-home segmentation or integration: A person-environment fit perspective. *Journal of Organizational Behavior, 27,* 485-507.
Lambert, S. J. (1991). The combined effect of and family characteristics on the job satisfaction, job involvement, and intrinsic motivation of men and women workers. *Journal of Organizational Behavior, 12,* 341-363.
Lapierre, L. M., Spector, P. E., Allen, T. D., Poelmans, S., Cooper, G. L., O'Driscoll, M. P., Sanchez, J. I., Brough, P. y Kinnunen, U. (2008). Family-supportive organization perceptions, multiple dimensions of work-family conflict, and employee satisfaction: A test of model across five samples. *Journal of Vocational Behavior, 73,* 92-106.
Lewis, S. y Cooper, C. L. (1987). Stress in two earner couples and stage in the life cycle. *Journal of Occupational Psychology, 60,* 289-303.

Lineweber, C., Baltzer, M., Magnusson, L. L. y Westerblund, H. (2013). Work-family conflict and health in Swedish working women and men: a 2-year prospective analysis (the SLOSH study). *The European Journal of Public Health, 23*(4), 710-716.
Loerch, K. J., Russell, J. E. y Rush, M. C. (1989). The relationships among family domain variables and work-family conflict for men and women. *Journal of Vocational Behavior, 35,* 288-308.
Loscocco, K. A. (1997). Work-family linkages among self-employed women and men. *Journal of Vocational Behavior, 50,* 204-226.
Lundberg, U. y Frankenhaeuser, M. (1999). Stress and workload of men and women in high-ranking positions. *Journal of Occupational Health Psychology, 4,* 142-151.
Mauno, S. (2010). Effects of work-family culture on employee well-being: exploring moderator effects in a longitudinal sample. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 6*(19), 675-695.
Michel, J. S. y Hargis, B. (2008). Linking mechanisms of work-family conflict and segmentation. *Journal of Vocational Behavior, 73,* 509-522.
Nicklin, J. M. y McNail, L. A. (2013). Work-family enrichment, support, and satisfaction: A test of mediation. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 1,* 67-78.
Nielson, T. R., Carlson, D. S. y Lankau, M. J. (2001). The supportive mentor as a means of reducing work-family conflict. *Journal of Vocational Behavior*, *59,* 364-481.
O'Bannon, G. (2001). Managing our future: the generation X factor. *Public Personnel Management, 30,* 95-109.
Parasuraman, S. y Greenhaus, J. H. (2002). Toward reducing some critical gaps in work-family research. *Human Resource Management Review, 12,* 299-312.
Parasuraman, S. y Simmers, A. C. (2001). Type of employment, work-family conflict and well-being: A comparative study. *Journal of Organizational Behavior, 22,* 551-568.
Parsons, T. y Bales, R. F. (1955). *Family, socialization and interaction process*. Glencoe, IL: Free Press.
Peck, J. H. (1977). The work-family role system. *Social problems, 24,* 417-442.
Peiró, J. M. y Prieto, F. (1996) (eds.). *La actividad laboral en su contexto*. Madrid: Síntesis.
Perlow, L. A. (1995). Putting the work back into work/family. *Group & Organization Management, 20,* 227-239.
Piotrkowski, C. S. (1979). *Work and the family system: A naturalistic study of working class and lowe middle-class families.* New York: Free Press.
Pitt-Catsouphes, M., Kossek, E. E. y Sweet, S. (2006). *The Work and Family Handbook: Multidisciplinary Perspectives and Approaches*. New Jersey: LEA.
Pittman, J. F., Solheim, C. A. y Blandchard, D. (1996). Stress as a driver of the allocation of housework. *Journal of Marriage and the Family, 58,* 456-468.
Rantanen, J., Kinnunen, U., Feldt, T. y Pulkkinen, L. (2008). Work-family conflict and psychological well-being: Stability and cross-lagged relations within one- and six-year follow-ups. *Journal of Vocational Behavior, 73,* 37-51.
Rodríguez, M. y Nouvilas, E. (2007). Conflicto trabajo-familia como fuente de estrés: el papel modulador de las atribuciones. *Ansiedad y Estrés, 13* (2-3), 177-189.
Rosenbaum, M. y Cohen, E. (1999). Egalitarian marriages, spousal support, resourcefulness, and psychological distress among Israeli working women. *Journal of Vocational Behavior, 54,* 102-113.
Rothbard, N. P. (2001). Enriching or depleting? The dynamics of engagement in work and family roles. *Administrative Science Quarterly, 46,* 655-684.
Sarkisian, N. y Gerstel, N. (2004). Explaining the gender gap in help to parents: The importance of employment. *Journal of Marriage and Family, 66*(2), 431-452.
Schwartzberg, N. S. y Dytell, R. S. (1996). Dual-earners families: The importance of work stress and family stress for psychological well-being. *Journal of Occupational Health Psychology, 1,* 211-223.
Scott, K. D. y McClellan, E. (1990). Gender differences in absenteeism. *Public Personnel Management, 19*(2), 229-253.
Staines, G. L. y Pleck, J. H. (1986). Work schedule flexibility and family life. *Journal of Occupational Behavior*, *7*, 147-153.
Stainess, G. L., Pottick, K. J. y Fudge, D. A. (1986). Wives' employment and husbands' attitudes toward work and life. *Journal of Applied Psychology, 71,* 118-128.
Thomas, L. T. y Gangster, D. C. (1995). Impact of family-supportive work variables on work-family conflict and strain: A control perspective. *Journal of Applied Psychology, 80,* 6-15.
Valcour, M. (2007). Work-based resources as moderators of the relationship between work hours and satisfaction with work-family balance. *Journal of Applied Psychology, 92*(6), 1512-1523.
Van Daalen, G., Sanders, K. y Willemsen, T. M. (2005). Sources of social support as predictors of health, psychological well-being and life satisfaction among Dutch male and female dual-earners. *Women and Health,*

*41,* 43-46.
Van Daalen, G., Willemsen, T. M. y Sanders, K. (2006). Reducing work-family conflict through different sources of social support. *Journal of Vocational Behavior, 69,* 462-476.
Viguer Seguí, P. y Serra Desfilis, E. (1998). *La infancia de fin de siglo*. Madrid: Síntesis.
Vistnes, J. P. (1997). Gender differences in days lost from work due to illness. *Industrial and Labor Relations Review, 50,* 304-323.
Volman, F. E., Bakker, A. B. y Xanthoupoulou. D. (2013). Recovery at home and performance at work: A diary study on self-family facilitation. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 2,* 218-235.
Voydanoff, P. (2002). Linkages between the work-family interface and work, family, and individual outcomes. *Journal of Family Issues*, *23*, 138-164.
Voydanoff, P. (2004). The effects of work demands and resources on work-to-family conflict and facilitation. *Journal of Marriage and Family, 66,* 398-412.
Wallace, J. E. (1999). Work to non-work conflict among married male and female lawyers. *Journal of Organizational Behavior, 20,* 797-816.
Westerman, J. W. y Yamamura, J. H. (2006). Generational preferences for work environment fit: effect on employee outcomes, *Career Development International, 12,* 150-161.
Westman, M. y Etzioni, D. (2005). The crossover of work-family conflict from one spouse to the other. *Journal of Applied Social Psychology, 35,* 1936-1959.
Wharton, A. M. (2006). Understanding diversity of work on the 21st century and its impact on the work-family area study. En M. Pitt-Catsouphes, E. E. Kossek y S. Sweet (eds.), *The Work and Family Handbook: Multidisciplinary Perspectives and Approaches* (pp. 17-41). New Jersey: LEA.
Zedeck, S. y Mosier, K. L. (1990). Work in the family and employing organization. *American Psychologist, 45,* 240-251.

---

**NOTAS**

1 Universidad del País Vasco.

2 Universitat Jaume I.

# 6

# Violencia de género en el trabajo

ASUNCIÓN VENTURA FRANCH[1] Y SANTIAGO GARCÍA CAMPÁ[1]

## 6.1. CONCEPTOS BÁSICOS PARA LA DEFINICIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Según G. Rubin (1986), el sistema sexo/género debe ser entendido como un conjunto de disposiciones por las que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos humanos. El sexo lleva la marca de la biología, y el género la marca de la cultura. Por tanto, el género es el conjunto de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual.

En la estructura del sistema sexo/género el género que ejerce el poder es el masculino. La violencia de género presupone una posición de poder de los hombres en la sociedad, de modo que el ejercicio de la violencia, como producto de las construcciones culturales, está destinado a obtener el control y la dominación de otras personas (Corsi y Peyrú, 2003). En nuestro objeto de estudio, la violencia se ejerce con el ánimo de controlar y subordinar a las mujeres, en la medida que la estructuración del sistema sexo/género comporta necesariamente la represión de aquellas conductas que se aparten del modelo. En último término, se trata de una violencia basada en el hecho de ser mujer (Bosch, Ferrer, Ferreiro y Navarro, 2013).

La violencia generada por el sistema sexo/género ha sido denominada de diferentes formas. En las últimas décadas el término «violencia de género» se ha extendido para designar algunas de las agresiones que los hombres infligen a las mujeres. Pero el concepto no tiene un único significado y, en la mayoría de los casos, se utiliza de forma parcial para designar alguno de los tipos en los que se manifiesta la violencia contra las mujeres (Ferrer, 2007).

La violencia contra las mujeres se denominó inicialmente violencia doméstica, aunque también fue calificada en muchas ocasiones como malos tratos, de tal manera que las denominaciones difuminaban en gran medida el origen de la violencia y la posición de los sujetos. Si la denominación de los problemas está directamente relacionada con su grado de asunción en una sociedad determinada, en el caso de la violencia contra las mujeres se tendió en un primer momento a buscar denominaciones genéricas en las que resultaba difícil identificar los sujetos que intervienen en la relación; en el caso que nos ocupa, el agresor y la víctima. Ello no es casual, porque de esta manera parece que los sujetos

pueden ser intercambiables.

En la medida que los estudios fueron confirmando que la violencia doméstica se fundamenta en el sistema sexo/género, se dieron los primeros pasos para que las organizaciones internacionales comenzaran a reconocer y consolidar que la violencia doméstica es un tipo concreto de violencia que tiene su raíz en las relaciones de poder que se han establecido en la sociedad, en las que las mujeres ocupan una posición de inferioridad respecto de los hombres. Pero resulta complicado resolver el problema conceptual, porque es difícil asumir socialmente que el sistema sexo/género ha consolidado un tipo de organización social que impide la implantación de una sociedad estructurada sobre la base de la igualdad de la ciudadanía, a pesar de los esfuerzos políticos y legislativos que se están realizando.

Por este motivo es necesario acudir también al concepto de patriarcado para comprender y conceptuar la violencia contra las mujeres en su justa medida, puesto que se constituye en el modo de dominación de los varones sobre las mujeres con efectos sistémicos (Amorós, 2008).

De hecho, la violencia que los hombres ejercen sobre las mujeres ha resultado ser un motivo de gran preocupación para el movimiento feminista. Desde los años sesenta del siglo pasado el movimiento feminista centró su atención en la violencia sexual y en la violencia contra las mujeres en un doble sentido: por una parte, deslegitimando la violencia como un instrumento de resolución de conflictos, y, por otra, elaborando nuevas propuestas de análisis. En la década de los setenta la violencia ejercida contra las mujeres en las relaciones de pareja comenzó a denunciarse de forma específica como problema. El movimiento de mujeres maltratadas nació en Inglaterra con la apertura de una casa de acogida, práctica que poco a poco se fue extendiendo a otros países europeos. En la década de los ochenta, las feministas europeas comenzaron a presionar a sus respectivos gobiernos a adoptar medidas para la erradicación de la violencia y la protección de las mujeres maltratadas (Bosch, Ferrer y Alzamora, 2006).

A partir de estos acontecimientos se amplió el debate acerca de la violencia contra las mujeres durante la década de los noventa. Los organismos internacionales asumieron esta problemática y elaboraron declaraciones contra la violencia que se ejerce sobre las mujeres.

Entre ellas sobresale la Resolución 48/104, de 20 de diciembre de 1993, de la Asamblea General de Naciones Unidas, que contiene la declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Esta Declaración concibe la violencia como una consecuencia de la situación de subordinación que padecen las mujeres: «la violencia contra la mujer constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto

del hombre». La Resolución del Parlamento Europeo sobre Tolerancia Cero de 1997 se asienta sobre los mismos presupuestos, puesto que considera que «la violencia contra las mujeres está sin duda alguna vinculada al desequilibrio en las relaciones de poder entre los sexos en los ámbitos social, económico, religioso y político, pese a las legislaciones nacionales e internacionales a favor de la igualdad».

La violencia contra las mujeres, que en todo caso representa una violación de los derechos humanos, puede manifestarse de diferentes formas: física, psicológica, sexual, incluidas las amenazas, coacciones o privación arbitraria de la libertad. Debe tenerse además en cuenta que los comportamientos enumerados pueden manifestarse tanto en la vida privada, en el contexto familiar, como en la vida pública, esto es, en cualquier otro tipo de relaciones fuera de la familia, sin que necesariamente medien relaciones de afectividad.

Esta configuración deja la puerta abierta a la existencia de una tipología más amplia, dentro de la que la violencia en el ámbito familiar o en las relaciones de afectividad conforma un tipo de violencia contra la mujer, entre otras muchas tanto en el ámbito privado como en el público. De hecho, la tipología fue ampliada por el grupo de especialistas para combatir la violencia contra las mujeres del Consejo de Europa en 1997, que incluyeron también la violencia económica, estructural, espiritual, política e institucional y, finalmente, simbólica.

## 6.2. EL CONCEPTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA LEGISLACIÓN ESPAÑOLA: ESTADO Y COMUNIDADES AUTÓNOMAS

La legislación española ha experimentado una serie de cambios en la denominación de violencia de género, que coinciden básicamente con lo que ha ocurrido en el ámbito internacional. Se ha pasado de denominar la violencia de género como malos tratos, violencia doméstica o violencia contra las mujeres, a pasar a denominarse violencia de género de forma general.

Sin embargo, todavía no existe en nuestro país un concepto unificador acerca de la violencia de género, ni desde el punto de vista terminológico ni conceptual. La normativa española sobre violencia de género, tanto si se trata de normas de ámbito estatal como autonómico, refleja esta confusión no sólo entre las diferentes normas que regulan aspectos relacionados con la violencia de género, sino incluso dentro de una misma norma.

Un análisis de las normas existentes permite constatar una gran variedad terminológica. Junto a los términos ya conocidos —violencia de género, violencia contra las mujeres y violencia doméstica—, se emplean otras denominaciones como malos tratos, violencia sexista, violencia hacia la mujer, violencia machista y violencia sobre la mujer.

La variedad de nomenclaturas para designar la violencia contra las mujeres está

además acompañada de una cierta confusión a la hora de conceptuarla. Si se analizan las definiciones de la violencia que realizan cada una de estas normas, se observa una falta de conexión entre el término utilizado en el enunciado para designar la violencia y su posterior definición en la mayoría de los casos.

La definición de la violencia contra las mujeres de la Declaración de la Asamblea General de Naciones Unidas de 1994 está fundamentada en el concepto de patriarcado, como se ha señalado anteriormente. En cambio, muchas de las leyes en nuestro país, a pesar de invocar en sus respectivas exposiciones de motivos la citada Declaración, circunscriben en el texto articulado la violencia de género a uno de sus tipos, esto es, a la violencia que se produce en las relaciones de afectividad.

Una de las normas más significativa a este respecto es la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (BOE del 29). Este texto legislativo, como ha señalado Rubio (2006), se dota de una Exposición de Motivos con un diagnóstico muy profundo que hacía prever un articulado ambicioso que, desafortunadamente, no ha cumplido las expectativas creadas. Se trata de una aseveración que puede aplicarse al concepto y definición legales de la violencia de género. Si se analiza con detenimiento la Exposición de Motivos, se puede concluir que la ley ha incorporado las declaraciones internacionales sobre la violencia de género. Así, sitúa el origen de la violencia fuera del ámbito privado y considera que es el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad. Se trata de una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, en tanto en cuanto sus agresores las perciben carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión. Incluso se hace eco de la definición técnica del síndrome de la mujer maltratada y reconoce los tres ámbitos relacionales básicos de la persona: maltrato en las relaciones de pareja, agresión sexual en la vida social y acoso en el medio laboral.

Sin embargo, incluso reconociendo que el fundamento de la violencia son las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, cuando la Ley define la violencia de género la circunscribe sólo a la que se produce entre los que sean o hayan sido sus cónyuges o entre quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia.

También las Comunidades Autónomas han desarrollado leyes contra la violencia de género que han contribuido a generar un estado de opinión favorable a dicha regulación, en su mayoría con posterioridad a la Ley Orgánica 1/2004, citada, de carácter estatal.

Los títulos de las leyes autonómicas son variados, pero pueden identificarse dos grandes bloques: el primero formado por aquellos textos que incorporan como título la violencia de género, y el segundo formado por las leyes autonómicas que eligen otras denominaciones, como violencia sexista, machista, doméstica, malos tratos y violencia contra las mujeres (véase cuadro 6.1).

Si seguidamente se analiza el concepto de violencia de género y las formas en que puede manifestarse, en términos generales puede afirmarse que las leyes autonómicas

realizan una definición correcta del concepto de violencia de género, con independencia de su concreta denominación con una expresión u otra. Vinculan el origen de la violencia con las relaciones de poder existentes entre los sexos, que han situado a los hombres en posición de superioridad y en condiciones de ejercer violencia contra las mujeres, y a éstas en posición de desigualdad y discriminación.

CUADRO 6.1

*Cronología de las leyes sobre violencia de género en España*

| Año | Disposición legal | Ámbito territorial |
|---|---|---|
| 2001 | Ley 5/2001, de 17 de mayo, de prevención de los malos tratos y de protección a las mujeres maltratadas (BOE de 21 de junio). | Castilla-La Mancha |
| 2002 | Ley Foral 22/2002, de 2 de julio, para la adopción de medidas integrales contra la violencia sexista (BOE de 20 de agosto). | Navarra |
| 2003 | Ley 16/2003, de 8 de abril, de prevención y protección integral de las mujeres contra la violencia de género (BOE de 8 de julio). | Canarias |
| 2004 | Ley 1/2004, de 1 de abril, integral para la prevención de la violencia contra las mujeres y la protección de sus víctimas (BOE del 26). | Cantabria |
| | **Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género (BOE del 29).** | Estado |
| 2005 | Ley 5/2005, de 20 de diciembre, integral contra la violencia de género en la Comunidad de Madrid (BOE de 2 de marzo de 2006). | Madrid |
| | Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la igualdad de mujeres y hombres del País Vasco (BOE de 14 de noviembre de 2011). | País Vasco |
| 2007 | Ley 4/2007, de 22 de marzo, de prevención y protección integral a las mujeres víctimas de violencia en Aragón (BOE de 13 de junio). | Aragón |
| | Ley 11/2007, de 27 de julio, gallega para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género (BOE de 20 de septiembre). | Galicia |
| | Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género (BOE de 13 de febrero de 2008). | Andalucía |
| | Ley 7/2007, de 4 de abril, para la igualdad de mujeres y hombres y de protección contra la violencia de género en la Región de Murcia (BOE de 22 de julio). | Murcia |
| 2008 | Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista (BOE de 30 de mayo). | Cataluña |
| 2011 | Ley del Principado de Asturias 2/2011, de 11 de marzo, para la igualdad de mujeres y | Asturias |

| | | |
|---|---|---|
| | hombres y la erradicación de la violencia de género (BOE de 4 de mayo). | |
| | Ley 8/2011, de 23 de marzo, de igualdad de mujeres y hombres y contra la violencia de género en Extremadura (BOE de 13 de abril). | Extremadura |
| 2012 | Ley 7/2012, de 23 de noviembre, integral contra la violencia sobre la mujer en el ámbito de la Comunidad Valenciana (BOE de 11 de diciembre). | Comunidad Valenciana |

La intensificación en la definición del concepto varía de unas leyes a otras. Pueden encontrarse leyes con definiciones muy extensas y otras que se limitan a señalar que toda agresión física ejercida contra una mujer es violencia de género. Lo que queda meridianamente claro en todas las definiciones del concepto de violencia es que el sujeto activo es un hombre y el sujeto pasivo una mujer.

Los textos legales desarrollan una tipología amplia de las formas de violencia de género, de modo que muy pocas restringen su ámbito de aplicación a la violencia que se produce en las relaciones de afectividad.

También debe subrayarse que los Estatutos de Autonomía modificados desde el año 2006 en Andalucía, Aragón, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Illes Balears y Extremadura incluyen alguna referencia a la violencia de género (Calvet, Sevilla, 2008). En algunos casos se contempla expresamente la competencia autonómica para adoptar medidas y planificar políticas para la detección, prevención y protección contra la violencia de género. Otros en cambio no la incluyen en la relación competencial (Ventura Franch, 2013).

En todos los estatutos modificados en esta última fase existe cierta unanimidad a la hora de utilizar el término violencia de género, aunque ninguno lo define, por lo que es necesario acudir a la definición contemplada en la ley de la comunidad autónoma o, si no existe, en la ley del Estado. Pero la dispersión terminológica y conceptual sobre la violencia de género y las diferentes tipologías incluidas en la ley estatal y en las leyes autonómicas pueden crear disparidades a la hora de determinar los niveles de protección de las víctimas de violencia de género. En función de la vecindad de la comunidad autónoma que le corresponda a la víctima de violencia de género puede corresponderle un nivel de protección u otro, puesto que si la concreta manifestación de violencia de género no puede incluirse en su definición, o no está contemplada entre sus formas de aparición, puede quedar excluida del sistema de prevención o de protección correspondiente.

En consecuencia, sería conveniente armonizar el concepto de violencia de género porque, en definitiva, una mayor precisión conceptual va a favorecer el desarrollo y la aplicación de las normas, a la vez que puede incrementar su eficacia estableciendo una protección mejor de las víctimas de la violencia de género.

## 6.3. EL CONCEPTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA DOCTRINA DEL

## TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

El Tribunal Constitucional ha tenido ocasión de pronunciarse sobre las cuestiones señaladas en torno a la conceptuación de la violencia de género en su sentencia 59/2008, de 14 de mayo.

La sentencia resuelve una cuestión de inconstitucionalidad en torno a la modificación del art. 153.1 del Código Penal efectuada por la Ley Orgánica 1/2004, citada. En síntesis, la modificación suponía que el delito de maltrato ocasional tipificado en el art. 153.1 del Código Penal se castigara con la pena de prisión de seis meses a un año cuando el sujeto activo fuera un varón y el sujeto pasivo una mujer, mientras la misma conducta fuera castigada con la pena de prisión de tres meses a un año si el sujeto activo fuera una mujer y el sujeto pasivo un varón (art. 153.2). De acuerdo con esta modificación, la diferenciación entre un tipo penal y otro se establecía en función del sexo de los sujetos activo y pasivo, de tal manera que restringía la pena imponible en sentido agravatorio, pues de la pena del art. 153.1 del Código Penal queda excluido el tramo comprendido entre tres y seis meses de prisión, que sí forma parte del marco penal del art. 153.2 del Código Penal.

Antes de proseguir debe recordarse que la agravación de las penas en función de determinadas circunstancias no es ajena al derecho penal español. Así, el agravamiento de las penas ha tomado en consideración la pertenencia a grupos terroristas, la existencia de relaciones de parentesco entre agresores y víctimas o la pertenencia de la víctima a una minoría étnica o racial. Curiosamente, cuando el agravamiento de la pena se debe a la violencia de género se suscita un debate especialmente intenso que desemboca finalmente en un interrogante sobre su constitucionalidad.

En este contexto, puede afirmarse que la sentencia del Tribunal Constitucional, que desestima la cuestión de inconstitucionalidad, ha resultado muy llamativa para gran parte de la doctrina, fundamentalmente porque acude a la perspectiva de género para justificar la constitucionalidad de la diferencia de trato que la norma penal lleva a cabo. Sin embargo, desde nuestro punto de vista, la novedad debe circunscribirse a la citación expresa por parte del tribunal de la perspectiva de género, en la medida que su aplicación resultaba absolutamente necesaria por dos motivos: por una parte, porque, de acuerdo con un criterio estrictamente científico, es la mejor explicación de la existencia de una violencia estructural contra las mujeres vinculada al patriarcado; y, por otra, y como consecuencia de lo anterior, porque su introducción y conceptuación en la legislación española se han llevado a cabo, en mayor o menor medida, precisamente bajo esa perspectiva.

Pero, como se ha anticipado, la aplicación de la perspectiva de género no justifica automáticamente la diferencia de trato para el Tribunal Constitucional, sino que también acude a los criterios que debe reunir la legitimidad constitucional de cualquier diferencia de trato, a saber: desigualdad en los supuestos de hecho, finalidad constitucional de la

medida, adecuación da la medida a los fines y proporcionalidad y razonabilidad de la misma.

Como ocurre en general con la aplicación del derecho antidiscriminatorio (Barrère Unzueta y Morondo Taramundi, 2011), el Tribunal Constitucional se ve en la necesidad de testar la medida concreta para poder justificar su constitucionalidad. Y esto ocurre porque la presunción de constitucionalidad sigue siendo la igualdad formal, de modo que toda medida que rompe con la estricta igualdad formal debe ser justificada.

Una lectura atenta de la sentencia permite apreciar que son las circunstancias y no los sujetos los que dan lugar a la agravación de la pena. La justificación del Tribunal Constitucional considera que no es el sexo el que determina una diferencia de trato, sino el hecho de que «ciertas agresiones concretas que se producen en el seno de la pareja, o entre quienes lo fueron, al entender del legislador, como fundamento de su intervención penal, que las mismas se insertan en ciertos parámetros de desigualdad tan arraigados como generadores de graves consecuencias, con lo que aumenta la inseguridad, la intimidad y el menosprecio que sufre la víctima». En definitiva, la aplicación de la perspectiva de género es la que permite justificar la diferencia de trato. La agravación de las penas precisamente tiene justificación en el género, que introduce una diferencia en los supuestos de hecho. No es, por tanto, la personalidad del sujeto activo lo que condiciona la pena —alejando la posibilidad de acercamiento al denominado derecho penal de autor—, sino la posición de dominio que ostenta sobre la víctima.

Además, el tratamiento de las agresiones en un mismo tipo penal, el enunciado en el artículo 153, refleja que los conceptos de violencia de género y patriarcado no han sido acertadamente integrados en las conductas que son un producto o una manifestación de este tipo de violencia. El legislador debía haber distinguido de manera clara la violencia de género de otros tipos de violencia y haber creado un tipo diferente al de lesiones, por cierto con una penalización mayor, denominado «agresiones producidas por violencia de género», en el que no cabe discusión sobre el sexo del sujeto activo y pasivo de la violencia de género.

## 6.4. LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL TRABAJO

La violencia de género en el trabajo se refiere, en primer término, a la infligida a una mujer en el contexto de su prestación laboral. Las formas más habituales en que se manifiesta son el acoso sexual y el acoso por razón de sexo, dos comportamientos que deben ser considerados discriminatorios en todo caso, según el artículo 7 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (en adelante, LOI).

El acoso sexual se define legalmente como «cualquier comportamiento, verbal o físico, de naturaleza sexual que tenga como propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio,

degradante u ofensivo». El acoso por razón de sexo, en cambio, se lleva a cabo «en función del sexo de una persona»; en nuestro objeto de estudio, por el hecho de ser mujer (art. 7 LOI). La Ley del País Vasco, citada, ha entendido acertadamente que el acoso sexual es una especie de acoso por razón de sexo de índole sexual (art. 43). Estas definiciones, procedentes de la Directiva Europea 2002/73/CE, son independientes del tratamiento del delito de acoso sexual en el artículo 184 del Código Penal.

El acoso sexual acontece cuando concurren dos elementos: en primer lugar, un comportamiento de acoso, de carácter físico o verbal, como actos, gestos o palabras (p. ej., contactos corporales humillantes); y, en segundo lugar, un determinado efecto de tal comportamiento en la trabajadora —con independencia de que se haya buscado o no—, de acuerdo con un estándar objetivo (aquello que es ofensivo conforme a la conciencia social imperante y, en caso de duda, conforme al criterio de una mujer razonable) o subjetivo (aquello que es percibido por la trabajadora como indeseado o indeseable) (Lousada Arochena, 2012). En particular, cuando el comportamiento de acoso reviste tal gravedad que produce un clima radicalmente odioso e ingrato (p. ej., afecta al cumplimiento de la prestación laboral o interfiere en el equilibrio psicológico de la víctima) (Sentencias del Tribunal Constitucional 224/1999, de 13 de diciembre, y 136/2001, de 18 de junio). Se convertirá en acoso sexual en el trabajo cuando acontezca dentro del ámbito de organización y dirección del empresario.

Pueden describirse varios ejemplos que han merecido la calificación de acoso sexual en el trabajo:

— Un trabajador colocó un anuncio en el tablón de un supermercado con el número de teléfono móvil de una compañera de trabajo, de la que también era amiga, ofreciendo servicios sexuales, todo ello sin su consentimiento (Sentencia 218/2008, de 25 de marzo, del TSJ de Cantabria).
— Un trabajador, hijo del empresario, se bajó la ropa y le mostró los genitales a una compañera de trabajo y, unos días después, puso sobre una factura unas gominolas imitando la figura de los genitales masculinos, riéndose de la misma trabajadora cuando los encontró y sin que el empresario, conocedor de los hechos, adoptara ninguna medida [Sentencia 2662/2008, de 22 de julio, del TSJ de Andalucía (Sevilla)].
— Un trabajador remitió numerosos correos electrónicos de tipo personal a una compañera de trabajo, merodeó por su casa, intentó entrar en la escuela de baile donde asistía con el único propósito de verla bailar, la llamó por teléfono de madrugada, se subió a su coche sin su consentimiento e, incluso, fue a su domicilio sin mediar invitación previa de la misma trabajadora, quien debió llamar a una amiga porque tenía miedo [Sentencia 119/2010, de 19 de enero, del TSJ de Andalucía (Sevilla)].
— El superior jerárquico efectuó comentarios soeces, procaces y groseros a una

> trabajadora, siempre de contenido sexual explícito, así como requerimientos expresos para mantener relaciones sexuales. Cambiada la trabajadora de centro de trabajo, su nuevo superior jerárquico también le requirió abiertamente favores sexuales, se vanaglorió de su capacidad sexual y le dirigió apelativos absolutamente ofensivos y atentatorios de su dignidad (Sentencia 2390/2011, de 1 de abril, del TSJ de Cataluña).

Las consecuencias de orden psicológico que el acoso sexual ha producido en la salud de las trabajadoras han consistido en reexperimentación persistente, malestar psicológico intenso, evitación persistente de estímulos asociados al trauma, aumento de la activación, estado irritable y explosiones de ira, baja autoestima, angustia y ansiedad, síntomas depresivos, molestias somáticas, sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación, hostilidad, abatimiento, retraimiento social y desequilibrios afectivos.

A causa de estas secuelas, las víctimas no han podido desarrollar su trabajo con normalidad, han solicitado un cambio de puesto de trabajo, han suspendido su prestación laboral por incapacidad temporal o, incluso, han debido renunciar de modo definitivo a su empleo.

Las trabajadoras tienen derecho a que la empresa donde trabajan les proteja frente al acoso sexual o por razón de sexo de los integrantes de la plantilla, sean superiores de la trabajadora o compañeros de trabajo [art. 4.2.e) del Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, del Estatuto de los Trabajadores]. Con tal finalidad deben promover condiciones de trabajo que eviten el acoso sexual y el acoso por razón de sexo. También deben arbitrar procedimientos específicos para su prevención y para dar cauce a las denuncias o reclamaciones que puedan formular quienes hayan sido objeto del mismo (p. ej., protocolos para la prevención, detección y respuesta ante supuestos de acoso sexual y por razón de sexo). Pueden asimismo establecer otras medidas, como la elaboración y difusión de códigos de buenas prácticas, la realización de campañas informativas o de acciones de formación (art. 48 LOI).

La empresa dispone de diversos mecanismos de actuación frente al acoso sexual y por razón de sexo. Por un lado, los planes de igualdad en las empresas, entre cuyos contenidos debe figurar la prevención del acoso sexual y del acoso por razón de sexo (art. 46.2 LOI). Por otro lado, los convenios colectivos, en los que esta cuestión es tratada fundamentalmente en los capítulos dedicados a la salud laboral y a las infracciones y sanciones —tipificando el acoso sexual como falta grave o muy grave, e incluyendo un procedimiento de investigación y sanción específico— (Méndez Rodríguez, 2011).

La empresa incurre en una infracción muy grave si el acoso sexual o por razón de sexo se lleva a cabo en el ejercicio de las facultades de dirección empresarial, con independencia de la persona concreta que actúe, o si, una vez conocida su existencia, no se hubieran adoptado las medidas necesarias para impedirlo (art. 8.13 y 13 bis del Real

Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, de la Ley de infracciones y sanciones en el orden social). También debe tenerse en cuenta que el acoso sexual o por razón de sexo sobre el empresario o el resto de las personas que trabajan en la empresa está previsto expresamente como incumplimiento, que, según su gravedad, puede dar lugar al despido disciplinario del empleado [art. 54.2.g) del Estatuto de los Trabajadores].

La violencia de género en el trabajo también se refiere, en segundo término, a las consecuencias que produce la violencia de género en el trabajo de la mujer víctima, con independencia de que haya tenido lugar dentro o fuera del lugar de trabajo.

La legislación laboral española protege a las trabajadoras que son víctimas de la violencia de género con varias medidas que intentan minimizar los efectos perjudiciales que puedan afectar a la relación laboral. Las faltas de asistencia al trabajo debidas a la situación física o psicológica derivada de la violencia de género, debidamente acreditadas, no se computarán como tales a efectos de dar lugar a un despido objetivo de la trabajadora [art. 52.d) del Estatuto de los Trabajadores]. Las trabajadoras pueden reducir su jornada de trabajo según esté previsto en los convenios colectivos o en el acuerdo al que llegue con el empresario (art. 37.7 del Estatuto de los Trabajadores). Cuando se vea obligada a abandonar el puesto de trabajo en la localidad donde viniera prestando sus servicios, debido a la necesidad de hacer efectiva su protección o el derecho a la asistencia social integral, tiene derecho preferente a ocupar otro puesto de trabajo, del mismo grupo profesional o categoría equivalente, que la empresa tenga vacante en cualquier otro de sus centros de trabajo. También pueden suspender su contrato laboral si debe abandonar su puesto de trabajo como consecuencia de la violencia de género, con una duración inicial de seis meses como máximo [art. 45.1.n) del Estatuto de los Trabajadores]. Y, en último término, extinguir su relación laboral por este mismo motivo [49.1.m) del Estatuto de los Trabajadores]. Debe tenerse en cuenta que en estos dos supuestos, suspensión y extinción de la trabajadora víctima de violencia de género, ésta puede acceder a la prestación por desempleo (art. 208 del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, de la Ley General de la Seguridad Social). Otra medida de protección es la nulidad de su despedido cuando esté motivado en el ejercicio de los derechos que acaban de ser enumerados [art. 53.4.b) del Estatuto de los Trabajadores].

---

## REFERENCIAS


Amorós, C. (2008). Conceptualizar es politizar. En P. Laurenzo, M. L. Maqueda y A. Rubio (eds.), *Género, violencia y derecho*. Valencia: Tirant lo Blanch.

Barrère Unzueta, M. y Morondo Taramundi, D. (2011). Subordiscriminación y discriminación interseccional: elementos para una teoría del derecho antidiscriminatorio. *Anales de la Cátedra Francisco Suárez, 45,* 15-42.

Bosch, E., Ferrer, V. y Alzamora, A. (2006). *El laberinto patriarcal*. Barcelona: Anthropos Editorial.

Bosch, E., Ferrer, V., Ferreiro, A. y Navarro, C. (2013). *La violencia contra las mujeres. El amor como coartada*. Barcelona: Antrophos.

Calvet, D. y Sevilla, J. (2008). Reforma Estatutaria y perspectiva de género. *Corts. Anuario de derecho*

*parlamentario, 20,* 17-66.
Corsi, J. y Peyrú, G. M. (2003). *Violencias sociales*. Barcelona: Ariel.
Ferrer, V. (2007). Las diversas manifestaciones de la violencia de género. En E. Bosch (comp.). *La violencia de género: algunas cuestiones básicas*. Jaén: Formación Alcalá.
Lousada Arochena, F. (2012). El derecho a no sufrir acoso sexual o sexista en las relaciones laborales. En VV.AA, *Jornadas sobre acoso sexual y acoso por razón de sexo como formas de violencia de género.* Granada: Universidad de Granada.
Méndez Rodríguez, C. (2011). La regulación del acoso sexual en la negociación colectiva: propuestas de mejora. En W. Sanguinetti Raymond (dir.), *Propuestas para la igualdad de género en la negociación colectiva. Estudio a partir de la negociación colectiva en Castilla y León*. Albacete: Bomarzo.
Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la «economía política» del sexo. *Nueva Antropología, 8*(30), 95-145.
Rubio, A. (2006). La capacidad transformadora del Derecho en la violencia de género. En AA.VV. *Actas del II Congreso contra la Violencia Doméstica y de Género (Granada, 23-24 febrero)*. Sevilla: Observatorio contra la violencia doméstica y de género.
Ventura Franch, A. (2013). Comentario al artículo 49.1.26.ª En V. Garrido Mayol (dir.), *Comentarios al Estatuto de Autonomía de la Comunitat Valenciana*. Valencia: Tirant lo Blanch.

---

**NOTAS**

1 Universitat Jaume I.

# 7

# Conducta económica, género y bienestar subjetivo

MIGUEL ÁNGEL NADAL MARTÍNEZ[1], EVA CIFRE GALLEGO[1] Y CORINA MIRELA ILIN[2]

En los últimos años adquiere especial importancia la necesidad de conocer diferentes campos de estudio desde la perspectiva de género. En este capítulo abordamos cómo ampliar dicho conocimiento desde el ámbito de la psicología económica. Es evidente la influencia de la conducta de las personas sobre el ámbito de la economía, de igual forma que la economía influye en el comportamiento de las personas. Es una «causación dual», con importantes incidencias en el trabajo, la salud, la calidad de vida, etc.

La contribución de este capítulo es evidenciar esta perspectiva, así como reflexionar sobre situaciones actuales en el ámbito de la conducta económica, considerando la visión de género y el impacto que estos aspectos tienen en el bienestar subjetivo.

## 7.1. MÁS ALLÁ DE LA ECONOMÍA TRADICIONAL

¿Hay una única perspectiva de entender el mundo económico-financiero y los comportamientos económicos vinculados al mismo?

La característica común de la economía viene dada por la centralidad que se otorga a las actividades de mercado como objeto de estudio. Es decir, la disciplina económica clásica limita sus esferas de interés a los ámbitos de la producción, la distribución y el consumo mercantil. El planteamiento neoclásico que ha dominado el mundo económico tiene por objeto el estudio de la conducta humana con relación a fines y recursos escasos que tienen aplicaciones alternativas, entendiendo por recursos escasos aquellos que tienen precio (Espino, 2010).

Sin embargo, con el tiempo han tomado relevancia algunas actividades invisibles históricamente en la economía y que cuestionan los modelos convencionales y de carácter androcéntrico. Se introducen las relaciones y las desigualdades de género como una cuestión representativa en el ámbito económico (Benería, 1999), se sostiene una concepción del hombre que transciende el mero comportamiento racional, y entre sus temáticas se incluyen el uso del tiempo y los cuidados familiares, el bienestar, etc. Este enfoque se ha denominado economía feminista.

El desarrollo de la llamada economía feminista, como línea de investigación propia y

cuerpo teórico específico, ha tenido lugar fundamentalmente en las últimas décadas (Carrasco, 2006). El punto clave para el desarrollo de esta visión se sitúa en 1990. En esta fecha, la Conferencia Anual de la *American Economic Association* incluye por primera vez un panel relacionado específicamente con perspectivas feministas en economía. El proceso se consolida con la creación de la *Internacional Association For Feminist Economics* (IAFFE) en 1992 en Estados Unidos, organización planteada como un espacio de debate de las distintas corrientes de economistas feministas y que publica a partir de 1995 la revista *Feminist Economics*.

La economía feminista ha expuesto que, a pesar de que el trabajo de las mujeres históricamente ha sido invisible durante mucho tiempo, éste debería ser el centro de atención de la economía, porque las tareas de la mujer no sólo se han ocupado de las denominadas actividades domésticas (cocinar, limpiar, comprar, etc.), o de las específicas y diferenciales de las mujeres (gestación, alimentación y crianza de los bebés), o de los cuidados dedicados a los niños y niñas, a familiares mayores o enfermos; sino que las tareas de la mujer han proporcionado el equilibrio afectivo y emocional imprescindible para la buena salud de los familiares y para su capacidad de realizar otras tareas, sean o no productivas (Bosch, Carrasco y Grau, 2005).

Pese a su relativa juventud, el desarrollo de la denominada economía feminista ha presentado un largo recorrido donde se hacen evidentes diferentes líneas de investigación. Hoy en día se puede diferenciar entre dos campos de referencia: la economía feminista y la economía del género (Picchio, 2005). Se puede considerar que la economía feminista se centra en la reformulación de los conceptos centrales de los análisis de carácter de la teoría económica (Carrasco, 2009), mientras que la economía de género se centra en exponer o argumentar las desigualdades económicas-financieras entre hombres y mujeres, sin cuestionar el marco de la economía global. De esta forma, se propone analizar los problemas de la mujer en la actualidad en el ámbito económico-financiero y proponer soluciones que pueden resolverse en los márgenes que permite nuestra sociedad occidental actual. Para ello, pivota sobre diferentes ejes básicos de actuación que podrían englobarse bajo conceptos como: la diferente visión ante los aspectos financieros, la libertad financiera, la búsqueda de un pleno empleo de calidad, la atención a la dependencia, la conciliación de la vida familiar y laboral, la redistribución del trabajo no remunerado en el seno de los hogares, las parejas doble carrera, etc.

## 7.2. MÁS ALLÁ DE LA PSICOLOGÍA TRADICIONAL

Se hace evidente, con las aportaciones expuestas en el apartado anterior, que existe una alta influencia del ámbito económico-financiero sobre la toma de decisiones que todas las personas realizan en su vida diaria (ahorrar, gastar, invertir, endeudarse) y que constituyen una parte importante de los comportamientos sociales, de igual forma que la toma de decisiones basadas en el género afecta a la economía de una comunidad, un país

o a nivel global. Y desde esta perspectiva, la psicología económica aporta un importante campo de estudio sobre estos comportamientos y la forma de tomar decisiones económicas en las personas, presentando nuevas variables a considerar, como las expectativas, actitudes, percepciones, motivaciones que se asociación a los campamientos económicos, etc. (Katona, 1979).

Desde el ámbito de la psicología económica se pretende adquirir una base de conocimientos estudiando conjuntamente algunos fenómenos de la economía y la psicología (Quintanilla, 2005). De hecho, la psicología económica, como psicología aplicada, se preocupa del estudio del comportamiento económico y financiero, de las variables que inciden en la toma de decisiones económicas individuales y colectivas, de las formas como las personas comprenden el mundo de la economía y sus variaciones (Denegri, 2010).

Asimismo, las conductas económicas inciden en la calidad de vida de las personas, ya que cualquier decisión personal o familiar está atravesada por el ámbito económico-financiero, como por ejemplo tratar de independizarse cuando se es joven (o no tan joven), la posibilidad de casarse o no de acuerdo a unas expectativas, la decisión de tener descendencia o no, la educación que se quiere dar a dicha descendencia, hasta a veces las posibilidades de divorcio, la previsible jubilación, etc. Como señala Quintanilla (2010), se hace evidente que la economía, como una realidad social, tiene gran influencia sobre la vida de las personas, de igual manera que la conducta social, la que las personas desempeñan colectivamente, determina el curso de muchos de los asuntos económicos. Es decir, la economía influye en las conductas, pensamientos, actitudes, emociones y expectativas y, recíprocamente, todas ellas influyen sobre la economía. Así pues, se hace necesario recoger las recientes aportaciones de la economía conductual (Kahneman, 2012), al tener que considerar aspectos psicológicos tradicionalmente limitados a los estudios que relacionan la conducta económica, el género y el bienestar.

Las finanzas pueden ser entendidas como una parte de la economía que se encarga del estudio del flujo de dinero entre las personas, empresas o gobiernos. En particular, las finanzas personales se refieren a la forma de manejar y distribuir los recursos, bienes o dinero, y la forma en la que dicha utilización o distribución repercute en la relación de la persona con su entorno. Por ello, entre las nuevas aportaciones de la psicología económica destaca el desarrollo de la alfabetización económica-financiera. Se trata de un constructo que hace referencia al conjunto de conceptos, habilidades, destrezas y actitudes que permiten a una persona la comprensión del entorno económico cercano y global y la toma de decisiones eficientes de acuerdo a sus recursos financieros (Yamani, 1997). Ello supone nuevos retos para conocer cuál es el nivel de alfabetización financiera en función del género, y cómo repercute en sus emociones y en su bienestar, así como en su toma de decisiones y conductas económicas.

## 7.3. EL CICLO VITAL Y SU VINCULACIÓN CON LAS FINANZAS

A lo largo de nuestra vida ocurren múltiples acontecimientos y sucesos de todo tipo, estando influenciados por múltiples circunstancias. La complejidad de estos fenómenos condiciona o hace difícil conocer todas las variables y cómo es el nivel de repercusión que influye en nuestras conductas económicas. Sin embargo, es útil configurar un punto de partida común y aglutinar etapas que posibiliten exponer un conjunto de conductas sistémicas y sus condicionantes. Ampliando la propuesta de Cornachione (2008), se puede considerar que conocer el comportamiento ligado a los avatares económicos, desde una perspectiva evolutiva y de género, resulta imprescindible para comprender nuestra realidad cambiante y conocer qué es lo que influye e influirá en las percepciones del bienestar psicológico a lo largo de nuestro ciclo vital.

Teniendo en cuenta los períodos o etapas del desarrollo de una persona en su proceso evolutivo y el conjunto de posibles actividades vinculadas con nuestro ciclo vital netamente occidental, se presenta un conjunto de conductas y actitudes financieras que previsiblemente se vivirán, condicionarán, limitarán o potenciarán en función de sus resultados y del bienestar actual y futuro. Hay que tener en cuenta que las diferentes clasificaciones existentes del ciclo vital (psicoanalíticas, mecanicistas, cognoscitivas, humanistas, etc.) son parcialmente subjetivas y que todas las edades para el comienzo o final del período establecido son aproximadas, es decir, que la vida individual de las personas no está demarcada de una forma precisa.

La figura 7.1 ha sido desarrollada a partir de Merino Java (2006) y AVIVA (2013), e ilustra desde una perspectiva evolutiva las conductas que se repiten en mayor o menor medida, reflejando el ciclo de vida financiero de una persona media, con familia, que tiene descendencia a la que procura ofrecer educación superior, etc. La línea de tiempo refleja una serie de eventos, transiciones o sucesos relevantes que esta persona experimenta o probablemente experimentará, y que condicionará su grado de libertad de acción y sus conductas económicas y, por tanto, tendrá reflejo en su bienestar subjetivo, en función de los resultados que obtenga.

### 7.3.1. Niñez

En esta etapa no se puede considerar a los niños y niñas como entes autónomos capaces de tomar decisiones sobre cómo disponer de su dinero. Son los padres los que actúan como sus representantes o apoderados. Sin embargo, sí que se hacen evidentes las manifestaciones de independencia a través de la elección de las cosas, que se puede reflejar con comentarios como «me gusta» o «no lo quiero».

Cobran especial relevancia los denominados factores intervinientes (Denegri, Delval, Ripoll, Palavecinos y Keller, 1997). Entre ellos, el ambiente en que nos criamos, el género, las condiciones financieras de los progenitores y los valores y actitudes que transmiten el padre, la madre o la familia en su conjunto sobre el dinero, su uso (gasto o ahorro), etc.

### 7.3.2. Adolescencia-juventud

Se sigue viviendo bajo una tutela dirigida de los padres. Se caracteriza por una dependencia económica de los padres (familia) y se realizan los estudios oficiales. Se suele hacer frente a las posibles necesidades de bajo nivel a través de una paga semanal o una asignación. Algunos y algunas jóvenes, en un período ya avanzado de esta etapa, pueden realizar trabajos a tiempo parcial, normalmente no cualificado, con el fin de sufragar los gastos del tiempo de ocio, aligerar las cargas económicas de la familia, etc.

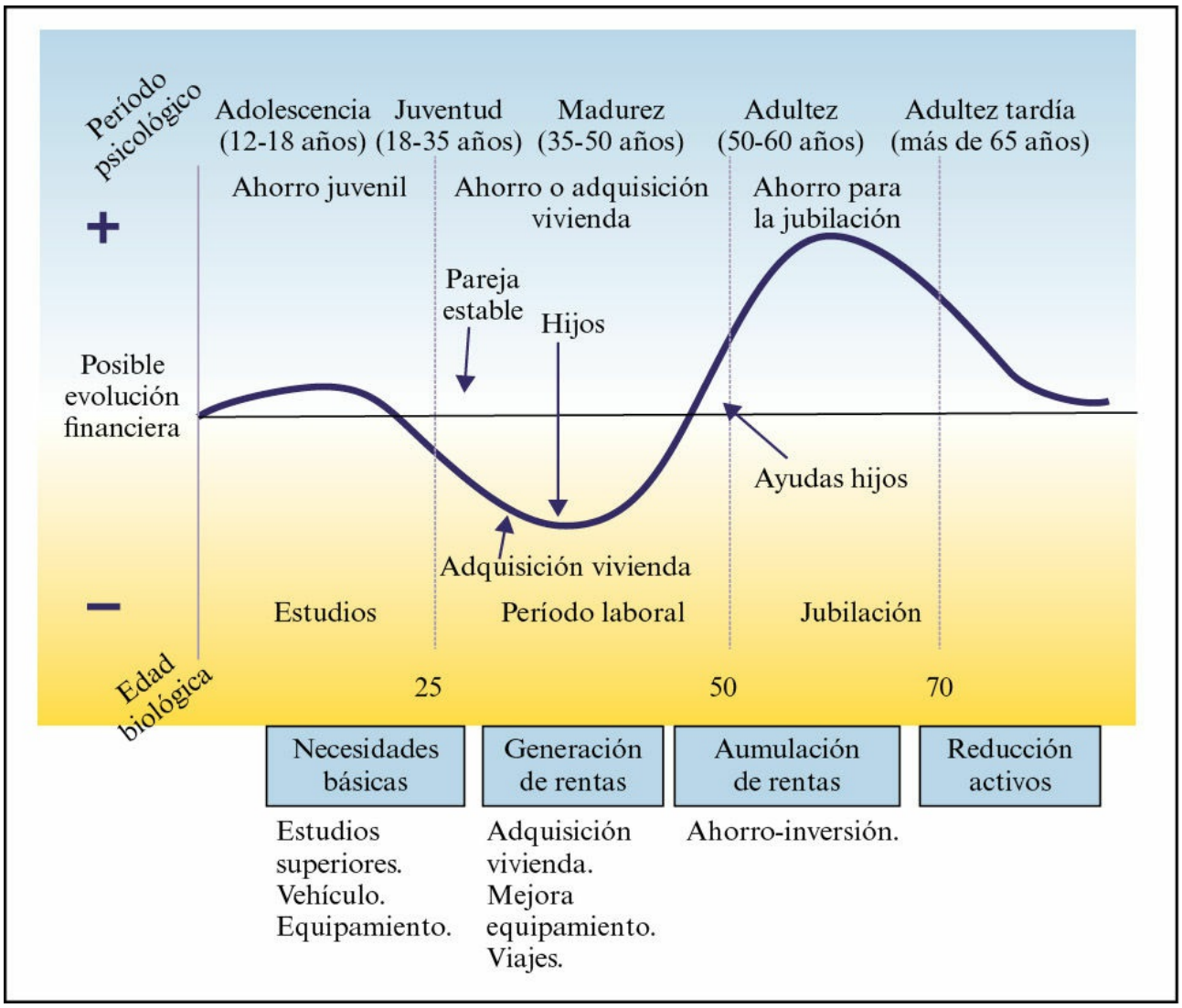


Figura 7.1.—El ciclo de vida en una «persona media». Adaptado de Merino Java (2006).

Al igual que en la fase anterior, en ésta resultará significativo para el futuro la adquisición de conocimientos, habilidades, conductas, opiniones, actitudes y representaciones sobre el mundo económico. Los mensajes que se reciben de la familia sobre qué es el dinero, cómo conseguir dinero, qué hacer con el dinero (ahorrar, gastar,

etc.) influirán sobre las conductas futuras.

### 7.3.3. Madurez: una fase caracterizada por la emancipación

Burgoyne, Lea, Webley y Young (1997) señalaron que esta es la fase de la vida en que las personas se vuelven independientes dentro del ámbito económico, al introducirse en el mercado laboral. Se podrá avanzar profesionalmente o estancarse, pero sobre todo se vuelve clave el manejo inicial de las finanzas, que influirá decisivamente para el resto de sus vidas. Ello implica la necesidad de manejar las finanzas personales y las decisiones económicas de cada día adecuadamente, o bien, en un extremo que repercutirá negativamente en su calidad de vida, hipotecar el futuro con un consumo impulsivo e irracional.

Asimismo, las opciones que se asumen en esta etapa son importantes. Por un lado, para otros agentes económicos con los cuales hay una relación (entidades financieras, empresas comerciales, etc.) y que están ansiosos por afianzar potenciales trabajadores y trabajadoras o clientes (Warneryd, 1999). Por otro lado, es el período habitual para conformar un hogar, emparejarse o casarse, plantearse la cuestión de la descendencia, etc. Más adelante hay una preocupación por la educación de la descendencia y gastos derivados de la misma. En resumen, este período está muy cargado de gastos, eso sí, coincidiendo a veces con posibles incrementos salariales y una posición laboral que se puede consolidar con el tiempo, o no, y otras veces con cambios de actividad laboral.

### 7.3.4. Adultez: con o sin tantas cargas familiares y con salarios o rendimientos adecuados a dicho estatus

Con la entrada al mundo adulto llega el enfrentamiento a la experiencia más directa con el funcionamiento del mercado, los impuestos, los seguros, las entidades financieras, las rentas, las hipotecas, los gastos familiares y otras formas vinculadas con el mundo económico-financiero; de igual manera, a mayor estabilidad profesional, mayor poder de consumo y compra se tiene.

Por ello, se podría esperar que durante la fase adulta se diera una significativa vinculación económica, especialmente en asociación con los cambios en el ciclo de vida y en los roles ocupacionales, maritales y familiares (Stacey, 1987; Webley, 1999). De hecho, una transición a la madurez o libertad económica comprende distintas transiciones. La posición monetaria puede pasar a estar en positivo. La casa en propiedad puede estar amortizada y, al tener menores gastos, la capacidad de ahorro se puede consolidar o simplemente empezar a tenerlo en cuenta. Se suele ahorrar e invertir, así como emplear el dinero sobrante en más ocio o potenciando una calidad de vida familiar. Aunque típicamente todos estos cambios no ocurren enseguida, y puede que para algunas personas nunca sucedan. También pueden generarse cambios en el entorno que hagan

dar un giro de 180 grados a la posición financiera de la personas, por ejemplo por una crisis económica. En esta etapa puede haber tiempo para realizar correcciones sobre la economía personal o familiar. Más allá de esta fase resultará difícil realizar cambios, y el desarrollo de la vida queda condicionado por las decisiones adoptadas hasta el momento.

### 7.3.5. Adultez tardía

Esta etapa coincide, en líneas generales, con el retiro laboral. Los posibles activos acumulados empezarán paulatinamente a deshacerse, para pasar a emplearse directamente como gasto. El fruto de los años de trabajo, la pensión pública o privada (si ha planificado dicha actuación), o simplemente todo lo bueno que se haya hecho antes se puede disfrutar en este período de la vida. Sin embargo, entran en juego nuevas actividades relacionadas con el cuidado de los nietos, los aspectos físicos propios de la edad, etc.

Todo lo expuesto resumidamente y representado a través de la figura 7.1. no son conductas generalizables a todas las personas, ya que, como indica Van Raaij (1986), existen características de personalidad del individuo, como su estilo de vida personal y familiar, el género, las normas y valores de su cultura, el nivel de alfabetización financiera o comprensión del mundo económico, que afectan a las tomas de decisiones que se puede adoptar. Estos factores personales son a su vez influidos por la región de residencia, el desarrollo económico y productivo del momento, etc., pero suponen un punto de partida para ser conscientes de las diferentes situaciones que en el contexto social occidental actual están incidiendo en las conductas económicas.

Cada caso es pues muy particular, no siendo posible exponer en el contexto del actual trabajo toda la gama de sucesos que pueden darse, ya que éstos pueden ser muy variados y entrarían en diferentes categorías: *a*) cambios esperables (o con frecuencia alta de ocurrencia), por los cuales atraviesan un elevado número de personas. Por ejemplo, la emancipación de los padres, la realización de trabajos temporales, separaciones matrimoniales, fases de desempleo, etc.; *b*) cambios fortuitos o inesperados, que sobrevienen bruscamente y que no están dentro de la línea evolutiva habitual esperada, por ejemplo la muerte temprana de los padres, de la pareja, etc., y *c*) el voluble contexto del momento determinado por factores socio-político-económicos que pueden generar, por ejemplo, la vuelta de los hijos al hogar por el desarrollo de una crisis económica, un despido, etc.

Cualquiera de estos sucesos, como muchos otros, pueden afrontarse por las personas de forma diferente, dependiendo de sus rasgos de personalidad, experiencias previas, conocimientos, recursos, etc. Por ello, cada persona puede especular, según su contexto particular, cómo podría ser su evolución financiera (su línea roja en el tiempo de acuerdo al gráfico expuesto anteriormente), pero debería tener presentes los eventos más relevantes por los que seguramente pasará en cada etapa, y, sobre todo, ser consciente de

su influencia en la conducta económica o financiera que adoptará. Sirva lo expuesto para disponer de un adecuado conocimiento de la posible evolución, posibles conductas alternativas y planificar el futuro.

## 7.4. LA ALFABETIZACIÓN FINANCIERA

Un aspecto relevante y clásico en torno al análisis de la conducta económica desde la perspectiva de género está en función de un elemento tan importante como son los recursos financieros disponibles actuales, los ingresos, cómo se gestionan y las repercusiones de los mismos a medio y largo plazo. Estos recursos, y sobre todo la retribución, se convierten en un factor clave para valorar la igualdad o las diferencias, generando además repercusiones significativas en la toma de decisiones de carácter económico.

El Instituto Nacional de Estadística, en su informe «Mujeres y hombres en España» (2013), permite realizar un acercamiento en base a los datos aportados. En dicho informe se señala que hay un mayor número de mujeres que de varones concentrados en niveles bajos de salarios y un menor número de mujeres en niveles altos. Según los resultados obtenidos en las diferentes fuentes de información utilizadas para realizar el informe, la ganancia media anual de las mujeres fue inferior a la de los hombres en todas las actividades económicas. Asimismo, según la encuesta de estructura salarial en el año 2011 los hombres tienen una mayor concentración relativa en salarios altos que las mujeres. La ganancia anual media de las mujeres fue de 19.767,59 euros frente a la de los varones de 25.667,89 euros. Por tanto, la ganancia media anual femenina supuso el 77 por 100 de la masculina.

Como indica el Instituto Nacional de Estadística (2013), la desigualdad de la distribución salarial entre sexos es apreciable. En el año 2011, el 16,38 por 100 de las mujeres tuvo ingresos salariales menores o iguales que el salario mínimo interprofesional (SMI), frente al 6,8 por 100 de los hombres. Si se tienen en cuenta los salarios más elevados, el 9,97 por 100 de los hombres presentaron unos salarios cinco veces superiores al SMI, frente al 4,41 por 100 de las mujeres. Otras medidas completan la descripción de la desigualdad de la distribución salarial, como son la proporción de trabajadores con ganancia baja (proporción de asalariados cuya ganancia hora está por debajo de los 2/3 de la ganancia mediana), que es del 18,9 por 100 y, de estos trabajadores, el 64,25 por 100 fueron mujeres (proporción de mujeres en el total de asalariados con ganancia baja).

Estos datos de carácter cuantitativo generan una elevada polémica, así como emociones y sentimientos encontrados en un tema tan relevante para la actualidad como para el futuro de las personas implicadas. Los datos aportan la base que argumenta la discriminación salarial por género, discriminación con importantes repercusiones sobre, por ejemplo, las pensiones, las decisiones de adquisición de bienes, inversiones, etc.

Sin embargo, un análisis más pormenorizado expone también el fenómeno tanto de la segregación horizontal (por profesiones) como de la segregación vertical. Los datos indican que las estadísticas expuestas reflejan únicamente los salarios medios de todos los hombres y mujeres. Como señala Mezo (2014), «sí, hombres y mujeres ganan, como media, sueldos distintos. Pero no sabemos realmente cuánto se debe a discriminación salarial (personas que haciendo lo mismo cobran distinto), cuánto a discriminación laboral (que a igualdad de condiciones las empresas elijan a hombres para puestos de más sueldo), y cuánto a características de los propios trabajadores, que hacen que haya más o menos hombres y mujeres interesados y capacitados para diferentes trabajos. Si hay menos mujeres con estudios de ingeniería, lógicamente habrá menos mujeres con trabajos que requieren esa cualificación y que están bien pagados. Dentro de los estudios de FP, no es lo mismo un estudio de administrativo que de mecánica del automóvil o de peluquería. Cada uno de ellos tiene sueldos distintos, y la proporción en ellos de hombres y mujeres es diferente».

Así pues, parece que las estadísticas actuales publicadas no permiten discernir bien actualmente el peso de cada factor. Por ello, la información sobre la desigualdad salarial se convierte es una especie de indicador sintético de la desigualdad laboral entre hombres y mujeres, del resultado final, en términos de remuneración, de la suma de tres factores posibles: la pura discriminación salarial, la discriminación laboral, y las diferencias cognitivas o actitudinales entre hombres y mujeres.

Debemos incluir un ámbito más allá de la retribución, del salario y de los datos cuantitativos. Se trata de transmitir la importancia de obtener una seguridad, una independencia o una libertad financiera que posibilite desarrollar o alcanzar mayores tasas de bienestar. Se trata de no contar con trabas para alcanzar o superar la escala de aspiraciones que ya expuso Maslow en 1943 en su obra *A theory of human motivation*, y uno de los posibles caminos para alcanzar esta meta es la puesta en práctica de conductas económicas que conlleven a un posible ahorro, posibilitar la inversión e inclusive la posible acumulación de un patrimonio suficiente para hacer frente a las situaciones que puedan generarse a lo largo del ciclo vital. Un medio para esta evolución se encuentra en disponer del adecuado nivel de alfabetización financiera. Esta alfabetización no supone evitar o reducir sólo nuestros gastos, nuestras necesidades básicas o, en el polo opuesto, cómo ganar más dinero o sueldo. Es conceptualmente diferente del nivel de renta o el bienestar material de las personas. Se trata de ampliar o cambiar la perspectiva sobre cómo alcanzar las metas previstas, o al menos saber hacer frente a las posibles situaciones adversas en donde los aspectos vinculados con el dinero son el elemento clave.

Atkinson (2006) considera que la alfabetización financiera supone la capacidad de administrar el dinero y tomar el control de las propias finanzas. Tiene que ver con la toma de decisiones financieras adecuadas, entender cómo manejar un crédito y la deuda, así como la adecuada identificación de productos y servicios (Mason y Wilson, 2000;

Noctor, 1992). Un adecuado nivel de alfabetización financiera y disponer de un conjunto de competencias apropiadas vinculadas con las finanzas facilitaría a las personas el poder mejorar su toma de decisiones así como, en caso necesario, prescindir de la dependencia de agentes externos a ellas mismas.

Obviamente, las necesidades variarán en función de una serie de factores, como el tamaño y composición del hogar, ingresos o salario y gastos de la persona o del grupo familiar, la edad de la persona, etc. Pero, en general, nuestros recursos financieros generales se diluyen a través de gastos en bienes de consumo (alimentación, compra, etc.), en bienes patrimoniales (la vivienda principalmente) o en ahorro e inversión (esto último en menor medida). Para mejorar, el primer paso a realizar consiste en analizar la «salud financiera» y conocer su estado actual, lo que permite ser conscientes de cuál es su fortaleza o debilidad.

La sorpresa proviene del bajo nivel de personas que disponen de un análisis de sus gastos y la distribución de los mismos. Muchas personas no disponen de un mínimo análisis personal o familiar de los gastos. Como se indica en la fundación laboral WWB en España (2008, p. 11), «si no sabemos cuánto nos gastamos, tampoco sabemos si ahorramos o no, y cuánto. Sólo llegado un momento determinado en el que queramos realizar una determinada inversión o gasto nos pondremos a echar cuentas». Un error demasiado común que genera despistes financieros y cuesta muchos disgustos y agobios en el corto plazo, mucho peor si no se ha tenido en cuenta qué se puede necesitar para un futuro.

Más allá del corto plazo, es necesario planificar el horizonte vital y reflexionar sobre las necesidades y objetivos que se van a requerir para un futuro. ¿Desea o debe pasar más tiempo con su familia? ¿Busca una jubilación sin excesivos contratiempos? ¿Desea disponer de libertad de elección o de actuación sin verse mediatizado por ninguna otra persona o institución?

Hay personas que disponen de información sobre dónde están financieramente hablando y hacia dónde quieren dirigirse. Sin embargo, lo más difícil es cómo alcanzar las metas propuestas. La adquisición de nuevos conocimientos que faciliten la gestión financiera personal es una decisión personal, pero fundamental. No se requiere un elevado conocimiento universitario para obtener unos buenos resultados. Lo que está asumido es que no disponer de un adecuado grado de alfabetización financiera sí que veta la posibilidad de disfrutar de sus beneficios y aumenta el riesgo de reducir el bienestar personal. Como señalan Buckles y Melican (2002), un individuo económicamente alfabetizado es aquel que cuenta con las herramientas conceptuales y procedimentales mínimas para entender su mundo económico, interpretar los eventos que pueden afectarlo directa o indirectamente, y tomar decisiones personales y sociales sobre el sinfín de problemas económicos que se encuentran en la vida cotidiana.

El punto de partida es pues aprender a tomar el control de las propias finanzas, es decir, conocer en qué consisten. El segundo paso se basa en la planificación de las

mismas (plan financiero personal o familiar). En el mismo se reflejarán las aspiraciones, se fijarán las metas y conllevará la planificación de los pasos que se deben dar para alcanzar nuestro objetivo.

Como indica Merino (2006), el primer objetivo financiero que buscan las personas es no atravesar dificultades económicas a fin de mes; el siguiente paso es disponer de un colchón financiero (un monto en efectivo suficiente) para superar posibles contratiempos (enfermedad, despido, etc.) en el corto-medio plazo, y el último paso conlleva la consecución de una seguridad económica o financiera que les libere de posibles cadenas económicas que limiten nuestro desarrollo. Sólo es posible alcanzar este objetivo si se transita adecuadamente por los estadios anteriores.

## 7.5. PSICOLOGÍA, ECONOMÍA, GÉNERO Y BIENESTAR

Una adecuada y equilibrada satisfacción de las necesidades vitales depende, en parte, de un manejo óptimo de los recursos financieros, lo que puede redundar en una mejor adaptación social. Esto ha despertado el interés en la investigación de cómo las personas perciben y se relacionan con determinados fenómenos económicos, así como el impacto de éstos en su bienestar (Herrera, Estrada y Denegri, 2011).

Y es que es en las épocas de crisis donde proliferan los estudios sobre las repercusiones económicas sobre el bienestar de las personas. Fruto de la crisis del año 2007-2008, la Substance Abuse and Mental Health Services Administración (SAMHSA) publicó en el año 2009 una guía con consejos prácticos para superar las dificultades que aparecen a raíz de los problemas económicos. El objetivo de la misma no era el de solucionar los problemas de ansiedad o el ánimo bajo que las personas experimentan en relación a sus dificultades económicas, sino el de ayudar a identificar dichas señales, que pueden estar avisando que se está comenzando a tener un problema y, en consecuencia, aportan una serie de consejos para prevenir su aparición. La idea que se transmite es que las dificultades derivadas de las situaciones económicas (desempleo, problemas hipotecarios, pérdida de inversiones), como experiencia estresante, pueden contribuir a la aparición de efectos negativos tanto para la salud física y/o psicológica (ansiedad, depresión), así como facilitar la aparición de hábitos de vida nada saludables: comportamientos compulsivos (comer en exceso, juegos de azar, el gasto, etc.) o abuso de diversas substancias. Uno de los aspectos más destacables a tener en cuenta es la referencia a las señales que el cuerpo envía para indicar que «algo va mal». Entre dichas señales se incluye la tristeza persistente, un aumento de la ansiedad o la ira, dificultades para dormir, apatía o dificultades de concentración, entre otras. La relación entre los problemas económicos y bienestar de las personas es evidente, si bien cada persona se ve afectada de manera diferente por los problemas económicos.

En esta línea, Taylor, Jenkins y Sacker (2011) expusieron una amplia literatura que describió las relaciones entre diversos indicadores de tensión financiera y la mala salud

psicológica. Aunque la relación de estos vínculos es cuestionada por los autores, los estudios que utilizan datos longitudinales indican que las deudas y las tensiones financieras causan problemas psicológicos. Del mismo modo, las deudas derivadas de excesos de compra, la deuda hipotecaria, los aplazamientos de deuda o los desalojos de vivienda han demostrado causar ansiedad y mala salud psicológica. Pero dichos autores fueron algo más allá, y en su estudio examinaron si las habilidades financieras en hombres y mujeres tenían impacto psicológico sobre su salud, independientemente de los ingresos, sus recursos financieros y la propia crisis financiera. Entre sus resultados muestran que, en ambos casos, tener un bajo nivel de alfabetización financiera puede ser considerado como un importante determinante de trastornos mentales, que se ven afectados por situaciones personales como ser personas divorciadas, desempleadas, etc.

Sus conclusiones se orientan a que la mejora del conocimiento financiero (la alfabetización financiera) tiene impactos positivos significativos en la salud psicológica, fomentando que entre los objetivos de los gobiernos se encuentre el promover y mejorar la alfabetización financiera por dichos impactos positivos, además de los beneficios esperados que se asocian con la reducción de la deuda, el ahorro, etc.

Es en el informe sobre los efectos de la crisis económica en la igualdad entre hombres y mujeres presentada por Morin-Chartier (2012), en la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género de la Unión Europea, donde se argumenta la necesidad de profundizar en las investigaciones, exponiendo un largo listado de motivos en los que se genera esta falta de bienestar en la mujer, se indica que «al iniciarse la crisis económica, el impacto fue mayor para los hombres que para las mujeres; que el desempleo entre hombres y mujeres ha ido evolucionando de forma diferente con el paso del tiempo; que ellas no fueron las primeras víctimas de la crisis, pero que en la actualidad se ven más afectadas por sus efectos (mayor y creciente presencia en trabajos precarios y a tiempo parcial, mayor riesgo de despido, salarios más bajos, menor cobertura de los sistemas de protección social, etc.) y también se verán más afectadas a más largo plazo; que esta fase está mucho menos documentada y que no existen datos estadísticos comparables fiables, por todo lo cual las consecuencias de la crisis sobre las mujeres tienden a infravalorarse». Queda un largo camino por recorrer, siendo necesario revisar y poner de relieve el efecto inmediato y a largo plazo de la crisis económica en las mujeres, en particular si ésta empeora, y de qué manera, las desigualdades de género existentes, lo que provoca un mayor riesgo de violencia de género, el deterioro de la salud materna e infantil y la pobreza de las mujeres mayores.

Hasta épocas recientes, la investigación económica ignoraba las valoraciones y mediciones de los individuos sobre su propio bienestar, situación que ha sido especialmente acusada en España, donde los estudios sobre las relaciones entre las características socioeconómicas y la felicidad o satisfacción de los individuos fueron escasos en un principio (Peiró, 2001). Aunque las circunstancias económicas quizá sean también una importante fuente de felicidad, en general la ciencia económica ha sido ajena

al estudio de la felicidad humana hasta épocas más recientes, salvo los clásicos trabajos de Cantril (1965) y los más famosos de Easterlin (1973). Easterlin, con distintos conjuntos de datos (internacionales de corte transversal, de series temporales para Estados Unidos y de corte transversal en distintos países), obtiene tres resultados principales en sus estudios: 1) no hay diferencias significativas en la satisfacción subjetiva entre los países ricos y pobres; 2) en el período 1945-1970, en el que se duplicó la renta per cápita en Estados Unidos, no aumentó el grado de satisfacción subjetiva, y 3) dentro de un país, sí que se da una relación positiva entre renta y felicidad. Estos resultados le llevaron a plantear la hipótesis de que el bienestar de los individuos depende de su situación económica relativa respecto al entorno más inmediato. Iglesias, Pena y Sánchez (2013), contrastando la paradoja de Easterlin, que refleja que en las sociedades desarrolladas las elevaciones de los niveles de renta no generan un incremento en los niveles generales de bienestar colectivo, exponen que los ingresos económicos desempeñan un papel secundario y subjetivo, mientras que las variables asociadas directa o indirectamente a las relaciones sociales y la importancia de la familia, a partir de un cierto umbral, se revelan como más importantes para el bienestar de las personas. Estas variables han estado tradicionalmente más vinculadas al ámbito femenino.

Por tanto, ganar más dinero puede no contribuir a aumentar la satisfacción con la vida. Pero no disponer del mismo es una fuente de problemas emocionales con repercusión en el bienestar. Asimismo, el bienestar está determinado por otros factores, además de los ingresos económicos, reflejándose, como argumentan Diener y Biswas-Diener (2002), que hay que tener en cuenta la satisfacción financiera, que actúa como un «mediador» entre el nivel de ingresos y la felicidad de las personas.

## 7.6. UNA RESPONSABILIDAD EN EL ÁMBITO ECONÓMICO-FINANCIERO

Un elemento presente en el ámbito de la psicología económica y financiera es la relación que mantienen las personas con el dinero. Principalmente porque es el elemento a través del cual asignamos un valor al intercambio de productos y servicios. Sin embargo, se olvida que un intercambio no es sólo una cuestión física, sino que influye también la dimensión psicológica.

Los comportamientos económicos, como el gasto, el ahorro, etc., se han realizado tradicionalmente desde una perspectiva puramente económica, considerando como variables explicativas el nivel de ingresos o el salario, la inflación y distintas variables demográficas. Las conclusiones a las que se llega con estos planteamientos muchas veces son contradictorias, dado que estaban basadas exclusivamente en una relación de causa-efecto en la que no se consideraba la naturaleza psicológica del fenómeno, esto es, las actitudes, percepciones, motivaciones o creencias que podrían asociarse a dichos comportamientos (Lozano y Fuentes, 2007). Así pues, aunque en todo comportamiento económico se involucran transacciones de bienes y servicios, a su vez median a esa

conducta determinadas creencias, valores y actitudes, que se configuran como el sentido o la percepción que la gente tiene del dinero y que moviliza determinados comportamientos (Descouvieres, Altschwager, Kreither y Canales, 1997).

Además, existe una importante vinculación también entre el dinero y el género y, dentro de esta relación, entre los roles de cada miembro de la pareja. Cuando dos personas deciden compartir sus vidas, comparten también todas las relaciones que giran sobre el dinero. El dinero conlleva una elevada carga emocional y el dinero nunca es sólo dinero, sino también una herramienta que posibilita o no alcanzar algunas de las metas de nuestra vida (por ejemplo, el bienestar de la pareja, de la descendencia, etc.).

Actualmente, a diferencia de épocas pasadas, las parejas pueden hablar abiertamente de muchas cosas antes de convivir juntos. ¿Es el dinero uno de esos temas? Algunas dudas se pueden plantear al respecto. El tema del dinero sigue siendo, a pesar de su importancia, una referencia menor (salvo en épocas de crisis) o mal considerada cuando parece que debe sobresalir algo más importante, como por ejemplo los sentimientos (como el cariño hacia la otra persona). Tradicionalmente el dinero lo traía el hombre al hogar y la mujer era la encargada de administrarlo, situación que provocaba una dependencia y el surgimiento de estereotipos de comportamientos económicos. Pero hoy en día dicha visión se ha roto, siendo numerosas en la actualidad las parejas de doble ingreso, lo que repercute en las decisiones sobre el trabajo, las actividades en la familia, etc. Con esta revolución social y laboral de la mujer ha llegado también su real liberación económica. Mientras que los hombres pueden haber utilizado en el pasado el dinero como instrumento de poder, a las mujeres les ha otorgado seguridad, autonomía e independencia. Ahora la mujer puede ser, o lo es, dueña de su propio destino. Y a pesar de que hoy en día esto parece ser un tema totalmente normalizado, y de que a todos y todas nos queda claro que el dinero no entiende de sexos, coexisten aún actitudes ancladas en el pasado de hombres incapaces de asumir que sus parejas dispongan, incluso, de una nómina más alta que la suya.

Antes de la vida de pareja los problemas relacionados con el dinero a nivel individual suelen ser reducidos, al limitarlos al uso de la cantidad existente en ese momento. Los problemas pueden aparecer después de un tiempo de convivencia en pareja, cuando se hacen evidentes las necesidades y expectativas sobre el mismo e interviene el comportamiento de la pareja o sus reacciones ante las cuestiones monetarias, tales como el posible desinterés hacia el dinero, actitudes entendidas como tacañería, despilfarro, etc. Obviamente, estas actitudes afectan a los estados de ánimo, y si no se exponen pueden surgir sentimientos de angustia, agobio o tristeza que pueden dar lugar a estados de mal humor, susceptibilidades, etc. Las actitudes de derroche o tacañería son un reflejo de la fuerza del dinero, y en la intimidad de la pareja se convierte en una línea en la relación que puede afectar a la salud de la misma y dejar el ambiente viciado por unas cuestiones o problemas vinculados específicamente a la gestión del dinero.

Al compartir responsabilidades familiares, paralelamente la gestión del dinero de las

parejas o familias es una tarea cada vez más compartida. Se van superando con el tiempo la mala percepción que se tiene de hablar de la situación financiera a la hora de comer o cenar. Expresiones como lo que la madre o el padre están ganando, o gastando, el motivo de ello, las alternativas a adoptar, etc., no parecían ser anteriormente los temas más comunes de conversación. Las conversaciones familiares sobre lo que supone el dinero, lo que puede y no puede hacerse sobre el mismo, no tienen la misma relevancia que otros temas. Pero ello tiene importantes repercusiones en la alfabetización financiera de los miembros más jóvenes de la familia, y como consecuencia se puede llegar a la juventud o la edad adulta con un sentido poco realista sobre lo que significan las finanzas en nuestra familia o en la vida real.

La clave está en no dejar en manos ajenas el significado del dinero y las cuestiones relacionadas con el ámbito financiero personal. Si algo sucede a la pareja, o a cualquier miembro de la familia, el resto debe saber cuánto se está gastando mensualmente, la ubicación de los posibles ahorros o inversiones. El conocimiento periódico de la situación económico-financiera y la discusión de cualquier cambio en el mismo deberían ser parte integrante de la cultura de funcionamiento, de la socialización de la prole y de la alfabetización financiera.

## 7.7. ANTE UN MUNDO EN CONTINUO CAMBIO

Exponer que estamos en constante evolución no es nada nuevo. Basta poner un ejemplo con importantes repercusiones e impacto en la toma de decisiones vinculadas al género. Hace tiempo Reuben Hill (1945) reflejaba la diferencia en la respuesta que dan los distintos géneros a la pregunta de las preferencias en el momento de elegir pareja. Sistemáticamente, los hombres informaban de un mayor interés por los aspectos físicos de su pareja, mientras que las mujeres parecían sentirse más atraídas por la posición económica de su posible pareja futura. Este estudio, ampliado posteriormente por Shackelford, Schmitt y Buss (2005) a nivel transcultural, encuestando a personas de 37 países culturalmente diversos, llega a similares conclusiones. Desde un punto de vista de la teoría evolucionista, parecería que las mujeres buscarían el mantenimiento de la prole, mientras que los hombres buscan la transmisión de sus genes en mujeres con los mejores genes posibles.

Tetaz (2014), recogiendo las opiniones anteriores, realiza una explicación plausible de este fenómeno en base al modelo de Bjerk (2009), argumentando que, si efectivamente la utilidad marginal del ingreso es decreciente (es decir, si el ingreso de la pareja importa menos cuando la posición económica de quien busca pareja es mejor), entonces la situación óptima consistirá en que el integrante de la pareja de mayor ingreso busque un compañero que aporte belleza, y en que las personas más pobres busquen «socios» mejor acomodados y presten menor atención a las apariencias. Por tanto, que las mujeres prioricen cuestiones económicas hasta el momento sobre los aspectos biológicos

sería un resultado psicológico y contingente, producto de que los hombres ganan en promedio más que las mujeres.

Si, como indica el autor, la afirmación anterior fuera cierta, no sorprenderá que en las próximas generaciones, o posiblemente en unos años, se igualen los sistemas de elección de pareja basados en estos criterios, ya que las percepciones económicas en función del desarrollo profesional de las mujeres se van igualando. Además, actualmente la brecha de educación entre géneros se está reduciendo, y es muy probable que próximamente se invierta, haciendo que pasen a ganar mejores salarios las mujeres que los hombres. Es sólo un ejemplo de los posibles cambios que se avecinan, debido a la continua evolución en todos los ámbitos de la vida, y entre ellos que determinadas actitudes se verán modificadas, cobrando mayor importancia aspectos de carácter más afectivo que los economicistas.

Esta reflexión conlleva un espacio temporal a medio plazo, pero los cambios de punto de vista sobre la forma de comportarse parecen estar materializándose en la actualidad en nuevas formas de abordar la igualdad de género en sus diferentes ámbitos. Un ejemplo de ello es el planteamiento resultante de estudiar las diferencias de género en la sociedad contemporánea que aborda Susan Pinker (2009). La autora indica que las tesis igualitarias de un feminismo mal entendido, o pretender que las mujeres imiten los comportamientos del sexo masculino, es contraproducente a largo plazo para las mujeres. El género es una diferencia evidente, por lo que se debería reconocer la distinción en cualidades y preferencias entre uno y otro sexo, permitiendo entender mejor los matices de las diferencias entre hombres y mujeres para así poder progresar. De hecho, no reconocer que las diferencias de género existen da lugar a múltiples problemas y apreciaciones indebidas e investigaciones sesgadas. Por ello, si existiera una libertad real de toma de decisiones, de actuación, las mujeres podrían seguir su propio rumbo, y la disparidad resultante facilitaría la verdadera igualdad entre géneros, incluso en el comportamiento económico-financiero (Cernuda, 2014).

Por otro lado, Quintanilla (2010) argumenta que hemos de asumir el hecho de que las decisiones económicas tienen una marcada influencia sobre el bienestar de la gente. Por ello, tenemos el reto de asumir que la principal finalidad de la intervención psicológica, fuere desde el dominio que fuere (clínico, educativo, psicosocial o cualquier otro), es, precisamente, impulsar las condiciones psicológicas que hacen posible una persona dueña de sí misma y capaz de afrontar los desafíos de este siglo. Así pues, es clave una mujer conocedora de lo que ocurre y con sus facultades potenciadas para decidir por sí misma qué es lo que quiere hacer: si únicamente ajustarse-adaptarse a las condiciones económicas que se le presentan a lo largo de su vida o bien influir sobre las mismas. Y para ello, se hace también cada vez más importante disponer de un elevado, o al menos adecuado, nivel de alfabetización financiera acorde con los nuevos tiempos y que le permita tomar decisiones en mayor libertad. Cuanto más elevado sea el nivel de alfabetización financiera que posea una persona, podemos afirmar que mejor será su

calidad de vida.

Finalmente, Bonavia (2010) indica que el ámbito económico ha avanzado a pasos agigantados en la comprensión de cómo las variables económicas se influyen entre sí, ya que el progreso de las ciencias económicas ha sido incuestionable. Hemos avanzado también en la comprensión de cómo las variables económicas afectan a las psicológicas, pero aún queda un largo camino para saber más acerca de cómo las variables psicológicas inciden en las económicas, y más largo aún para llegar a conocer cómo interaccionan entre sí recíprocamente.

---

## REFERENCIAS


Atkison, A., Mc Kay, S., Kempson, E. y Collard, S. (2006). Levels of financial capability in the UK: results from baseline survey. *Consumer Research, 47*. Extraído el 25 de marzo de 2014 desde http://www.pfrc.bris.ac.uk/completed_research/Reports/Fincap_baseline_results_06.pdf.

AVIVA (2013). *La planificación financiera para la jubilación*. Instituto AVIVA de ahorro y pensiones. Septiembre. Extraído el 15 de marzo de 2014 desde http://www.institutoavivadeahorroypensiones.es.

Benería, L. (1999). La aparición de la economía feminista. *Historia Agraria, 17,* 59-61.

Bjerk, D. (2009). Beauty vs. earnings: Gender differences in earnings and priorities overspousal characteristics in a matching model. *Journal of Economic Behavior & Organization, 69,* 248-259.

Bonavia, T. (2010). El gran desafío de descifrar la interacción entre las dimensiones psicológicas y económicas. *Infocop Online*. Extraído de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2749.

Bosch, A., Carrasco, C. y Grau, E. (2005). Verde que te quiero violeta. Encuentros y desencuentros entre feminismo y ecologismo. En E. Tello, *La historia cuenta. Del crecimiento económico al desarrollo humano sostenible.* Barcelona: El Viejo Topo.

Buckles, S. y Melican, C. (2002). *Assessment framework: 2006 National assessment of educational progress in economics*. Washington: National Assessment Governing Board.

Burgoyne, C., Lea, S., Webley, P. y Young, B. (1997). *lntroductory notes for the session on becoming an economic adult*. United Kingdom: Department of Psychology, University of Exeter.

Burgoyne, C. B., Routh, D. A. y Ellis, A. M. (1999). The transition to the Euro: Some perspectives from economic psychology. *Journal of ConsumerPolicy, 2*2, 91-116.

Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Jersey: Rutgers University Press.

Carrasco, C. (2006). *La economía feminista: una apuesta por otra economía. Estudios sobre género y economía*. Madrid: Akal.

Carrasco, C. (2009). Mujeres, sostenibilidad y deuda social. *Revista de Educación, número extraordinario 2009,* 169-191.

Cernuda, G. (2014). *Ellas deciden. Empresa activa.* Barcelona: Urano.

Cornachione, M. A. (2008). *Psicología del desarrollo. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Córdoba: Editorial Brujas.

Denegri, M. (2010). *Introducción a la psicología económica.* Edición electrónica gratuita. Extraído el 12 de julio de 2014 desde www.eumed.net/libros/2010b/681/.

Denegri, M., Delval, J., Ripoll, M., Palavecinos, M. y Keller, A. (1997). *Descentración de un modelo de entrevista para indagar representaciones acerca de la pobreza y desigualdad social*. Manuscrito de trabajo no publicado. Proyecto FONDECYT núm. 1970364-1, 1997-2000. Comisión de Ciencia y Tecnología de Chile.

Descouvieres, C., Altschwager, C., Kreither, J. y Canales, M. (1997). Percepción del dinero y comportamiento económico: un estudio comparativo de la percepción del dinero en personas endeudadas y personas ahorradoras. *Revista de Psicología, 6,* 35-48.

Diener, E. y Biswas-Diener, R. (2002). Will money increase subjective well-being? A Literature review and guide to needed research. *Social Indicators Research, 57,* 119-169.

Easterlin, R. A. (1973). Does money buy happiness? *The Public Interest, 30,* 3-10.

Espino, A. (2010). *Economía feminista: enfoques y propuestas.* Instituto de Economía. Serie documentos de

trabajo DT 5/10.
Fundación Laboral WWB (2008). *Manual de educación financiera*. Madrid: Banco Mundial de la Mujer.
Herrera, M., Estrada, C. y Denegri, M. (2011). La alfabetización económica, hábitos de consumo, actitud hacia el endeudamiento y su relación con el bienestar psicológico en funcionarios públicos de la ciudad de Punta Arenas. *Magallania, 39*(1), 83-92.
Hill, R. (1945). Campus values in mate selection. *Journal of Home Economics, 37,* 554-558.
Iglesias, E., Pena, J. A. y Sánchez, J. M. (2013). Bienestar subjetivo, renta y bienes relacionales. Los determinantes de la felicidad en España. *Revista Internacional de Sociología, 71*(3), 567-592.
Instituto Nacional de Estadística (2013). *Mujeres y hombres en España*. Extraído el 8 de febrero 2014 desde http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/mujeresHombres/home.htm.
Kahneman, D. (2012). *Pensar rápido, pensar despacio*. Barcelona: Debate.
Katona, G. (1979). *Psicología de la Economía*. Buenos Aires: El ateneo.
Lozano, M. C. y Fuentes, F. (2007). La percepción emocional del dinero como determinante de un comportamiento de ahorro o endeudamiento. *Revista Atlántica de Economía, 6,* 2-25.
Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review, 50,* 370-396.
Mason, C. y Wilson, R. (2000). *Conceptualising financial literacy*. Lough Borough University Business School Research Series 2000-7.
Merino, R., Blanco, M. y Rallo, J. R. (2006). *Una sociedad de propietarios*. Colección de estudios económicos instituto Juan de Mariana. Extraído desde https://www.juandemariana.org/sites/default/files/investigacion/061116sociedad_propietarios_0.pdf.
Mezo, J. (2014). *Desigualdad salarial*. Extraído desde http://www.malaprensa.com/2014/02/desigualdad-salarial-1-las-cuentas.html.
Morin-Chartier, E. (2012). *Informe sobre los efectos de la crisis económica en la igualdad entre hombres y mujeres y en los derechos de la mujer* (2010/2301 INI). Comisión de los derechos de la mujer e igualdad de género. Documento de sesión. Parlamento Europeo (2010/2301 INI).
Noctor, M., Stoney, S. y Stradling, S. (1992). *Financial literacy: A discussion of the concepts and competencies of financial literacy and opportunities for its introduction into young people's learning*. National Foundation for Educational Research.
Peiró, A. (2001). *Condiciones económicas y felicidad de los españoles.* Valencia: Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas.
Picchio, A. (2005). La economía política y la investigación sobre las condiciones de vida. En G. Cairó y M. Mayordomo (comps.), *Por una economía sobre la vida. Aportaciones desde un enfoque feminista*. Barcelona: Icaria editorial.
Pinker, S. (2009). *La paradoja sexual: de mujeres, hombres y la verdadera frontera del género*. Madrid: Paidós Ibérica.
Quintanilla, I. (2010). *Crisis financiera y economía conductual*. Infocop on-line. Extraído el 23 de septiembre de 2013 desde http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2671.
Quintanilla, I. y Bonavía, T. (2005). *Psicología y economía*. Valencia: Universitat de València.
Shackelford, T. K., Schmitt, D. P. y Buss, D. M. (2005). Universal dimensions of human mate preferences. *Personality and Individual Differences, 39,* 447-458.
Stacey, B. (1987). Economic socialization. En S. Long (ed.), *Annual Review of political science* (2), 1-33.
Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2009). *Getting through tough economic times.* Extraído el 30 de noviembre de 2013 desde http://www.samhsa.gov/economy.
Taylor, M., Jenkins, S. y Sacker, A. (2011). *Financial capability, income and psychological wellbeing*. Institute for social and economic Research. University of Essex. Extraído el 14 de mayo de 2014 desde https://www.iser.essex.ac.uk/publications/working-papers/iser/2011-18.pdf.
Tetaz, M. (2014). *Psychonomics: La economía está en tu mente*. Buenos Aires: Ediciones B.
Van, R. (1986). Consumer research on tourism mental and behavioral constructs. *Annals of Tourism Research, 13*(1), 1-9.
Warneryd, K-E. (1999). *The Psychology of Saving. A study on Economic Psychology*. Cheltrenbam/Northampton: Edward Elgar Publishing.
Webley, P. (1999). *The economic psychology of everyday life: Becoming an economic adult.* Universidad de Exeter. Inglaterra.
Yamani. E. (1997). The meaning of «economics educations» in Japanese elementary and secondary education: An historical perspective. En *Proceedings of the second conference of the international association for children's social and economic education*. Malmö Suiden: Edgehill University College/IACSEE. p. 101.

**NOTAS**

1 Universitat Jaume I, España.

2 Universidad del Oeste de Timisoara, Rumanía.

# 8

# Entornos saludables y género: impacto en género y salud del programa Universidad Saludable

CARMEN GALLARDO PINO[1] Y ANA MERCEDES MARTÍNEZ PÉREZ[2]

En este capítulo se analizan los entornos saludables, en especial universidades y centros de educación superior, desde un enfoque salutogénico. Iniciado por el médico-sociólogo Aaron Antonovsky al final del siglo XX, se caracteriza por un enfoque que no está basado sólo en la capacidad de enfermar, sino en la posibilidad de curación, y desde la perspectiva de género. Después de haber implementado durante ocho años el programa Universidad Saludable, queremos conocer el impacto tanto en género como en salud que han tenido las diferentes políticas sociales llevadas a cabo en el Vicerrectorado de Política Social, Calidad Ambiental y Universidad Saludable de la Universidad Rey Juan Carlos. Nos hemos servido de sendos procesos de evaluación y gestión de la calidad en los años 2011 y 2013 para conocer cuáles son los puntos débiles del programa Universidad Saludable, detectando en la relación entre salud y género la principal carencia, ya que los modelos de informe de impacto de género y salud publicados, respectivamente, en la Guía del Instituto de la Mujer (2005) y en el documento conocido como Consenso de Gotenburgo (Organización Mundial de la Salud, OMS, 1999) de Evaluación del Impacto en la Salud, sirven como herramientas de evaluación para diseñar la futura implantación de una Unidad de Igualdad. El concepto de salud biopsicosocial con el que trabajamos nos permite intervenir en materia de salud, sostenibilidad e igualdad al mismo tiempo, mejorando el bienestar de la comunidad educativa y de la sociedad con la que ésta se relaciona. Proponemos ahora un abordaje coordinado de la política universitaria en materia de igualdad de oportunidades y de trato (gestión de tiempos: conciliación de la vida laboral), de sostenibilidad (gestión energética y de residuos) y de salud biopsicosocial (gestión de la diversidad funcional, étnica, de género), directamente relacionado con los determinantes sociales de la salud, los estilos de vida y el empoderamiento en salud.

## 8.1. FUNDAMENTACIÓN: ¿DE DÓNDE VENIMOS?

Desde el Vicerrectorado de Política Social, Calidad Ambiental y Universidad Saludable hemos llevado a cabo varios intentos de incorporar políticas de igualdad en el marco de la política social de la Universidad Rey Juan Carlos. La propuesta de una línea de actuación en materia de igualdad es, en primer lugar, una exigencia legislativa (Ley de Igualdad efectiva de mujeres y hombres, 2007), pero también una decisión desde el convencimiento de que la igualdad es salud y no puede haber una universidad saludable que no sea igualitaria.

En el ámbito educativo no universitario existen experiencias en coeducación que han sido evaluadas como generadoras de salud, por cuanto se consiguen mejoras no sólo en igualdad de oportunidades entre varones y mujeres, sino también en liderazgo sostenible y convivencia (Simón, 2010; Hargreaves y Fink, 2008). Dada la experiencia previa en otros entornos y la obligatoriedad legislativa, diseñamos una propuesta conducente a mejorar la equidad de la comunidad universitaria a la vista del Estudio sobre Calidad de Vida del Profesorado (2007). El Plan de Formación en Salud puesto en marcha en el curso 2007-2008 de forma piloto se diseñó atendiendo a las necesidades detectadas en el mencionado estudio: entre ellas, mejorar la igualdad de trato y la convivencia. En estas y en sucesivas iniciativas, la perspectiva de género ha ido posicionándose de modo transversal en nuestras acciones, dado que el modelo de habilidades para la vida (OMS, 1993) facilita la incorporación de este enfoque en todas las políticas. Teníamos claro que el paraguas de salud abarcaba todas las acciones que quisiésemos hacer, en función de que nuestro programa Universidad Saludable consiste en promover la salud en la comunidad universitaria. La definición de salud biopsicosocial de la OMS, aun siendo de 1948, mantiene su vigencia; sin embargo, no siempre es aplicada en su conjunto. De ahí que nos hayamos visto a veces en la necesidad de rotar el orden, haciendo una promoción de la salud primero social, luego psicológica y, al fin, biológica. Ya lo dijo Marmot, en su conocido texto *Mejorar el medio social para mejorar la salud:* «Las desigualdades sociales en salud representan un gran reto y una acción efectiva debe enfocarse en el medio social. Los análisis de riesgos individuales pueden no estar ofreciendo el tipo correcto de información» (traducción propia, 1998, p. 60). En efecto, nuestro enfoque es salutogénico, en tanto en cuanto promovemos la salud y no prevenimos la enfermedad: para alcanzar una salud integral iniciamos el abordaje desde el medio social.

La salud social comprende todo aquello que el Informe Delors (1994) definió como «aprender a convivir», uno de los cuatro pilares de la educación, y nuestro interés por fomentar la participación, la comunicación asertiva o la regulación emocional termina por incidir en una política de igualdad cada día más necesaria, a juzgar por la situación que describen los estudios comparativos de las universidades españolas (Académicas en cifras, 2007 y Libro Blanco de la Mujer en la Ciencia, 2011).

Una universidad no sólo es un centro educativo donde el estudiantado interactúa durante unos años clave de su formación. Toda universidad es también un entorno

laboral, y nuestra pretensión es que sea saludable para toda la comunidad universitaria. La parte de la plantilla más estable de una universidad dedica un número importante de años a convivir en un centro universitario, y todo beneficio en materia de salud social revertirá en la mejora de las condiciones de vida de la población universitaria. Sin obviar que el profesorado actúa como agente promotor de salud, la docencia se apoya en el hecho de que todo proceso de enseñanza-aprendizaje es en sí mismo una transferencia de conocimiento a la sociedad, responsabilidad social de quienes trabajamos en un ámbito educativo.

El concepto de entorno laboral saludable (OMS, 2010) contempla una implicación de «trabajadores y jefes por la mejora de las condiciones de vida». La evidencia de los datos nos arroja una situación de desigualdad, y sabemos que la discriminación no puede ser saludable por propia contradicción. Existe una legislación de obligado cumplimiento que nos invoca a crear unidades de igualdad en las instituciones, y las universidades, como centros educativos de referencia y sustentados con fondos públicos, tenemos la responsabilidad social de dar ejemplo. Las universidades son, por lo demás, centros de trabajo mayoritariamente femeninos, que deben cuidar su política social de puertas adentro tanto como de cara a la sociedad. El modelo de entorno saludable de la Organización Mundial de la Salud queda definido como (p. 13): «aquél en el que los trabajadores y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo en base a los siguientes indicadores:

— La salud y la seguridad concernientes al ambiente físico de trabajo.
— La salud, la seguridad y el bienestar concernientes al medio psicosocial del trabajo, incluyendo la organización del mismo y la cultura del espacio de trabajo.
— Los recursos de salud personales en el ambiente de trabajo.
— Y las formas en que la comunidad busca mejorar la salud de los trabajadores, de sus familias y de otros miembros de la comunidad».

Un aspecto que se retoma en la literatura sobre entornos laborales saludables es el concepto de inclusión entendida como diversidad. La gestión de la diversidad en todas sus manifestaciones (de género, étnica y funcional), en un entorno de trabajo saludable debe proporcionar un ambiente abierto de accesibilidad y aceptación de la diferencia, asegurando que se minimice o elimine la discriminación de los diferentes colectivos laborales o las dificultades que afectan a grupos específicos.

## 8.2. IGUALDAD COMO SALUD Y SALUD COMO IGUALDAD: EVALUAR EL IMPACTO DE GÉNERO Y SALUD EN EL PROGRAMA UNIVERSIDAD SALUDABLE

### 8.2.1. Evaluación del Plan de Formación en Salud, 2011

Conocemos por la literatura que una organización positiva es aquella en la que hay un ideario de salud positiva, es decir, una propuesta por mejorar la satisfacción de las trabajadoras y trabajadores, y cuidar, o al menos no obstaculizar, su desarrollo personal (Vázquez, 2005). También sabemos que el concepto de salud mental positiva (Velasco, 2009) nos permite delimitar nuestro campo de actuación en función del bienestar psicológico, la energía y vitalidad percibidos para intervenir en las dimensiones que agrupa el modelo de habilidades para la vida (OMS, 1993): autoestima, regulación emocional, optimismo, relaciones interpersonales, etc. Desde estas ideas relativas a la salud mental y el bienestar diseñamos el *Plan de Formación en Salud* (2007-2011), que fue evaluado cuantitativa y cualitativamente mediante encuestas de satisfacción y la evaluación externa de una psicóloga experta en promoción de la salud, que asistió como observadora participante a los cursos impartidos durante el curso 2010-2011.

En este proceso de evaluación de la formación en salud que se oferta a la comunidad educativa, aunque con especial énfasis en esos momentos en la plantilla de la universidad, resaltaba la necesidad de resolver las dificultades de conciliación. Como bien se indica en la comunicación del V Congreso:

> «El curso de Gestión de tiempos se ha mostrado como necesario y con petición expresa de darle continuidad en forma de seminario. Resulta imprescindible, asimismo, mejorar en horarios y formatos que nos permitan un trabajo más sistemático y posibiliten la conciliación de la vida laboral con la personal y familiar. Algunas personas se inclinan por pedir formación complementaria en materia de dinámicas grupales y trabajo en equipo para grupos de estudiantes muy numerosos, además de herramientas para la relajación y el control del estrés. Un número amplio de participantes hace referencia a la pertinencia de trabajar estos temas entre compañeros, en aras de mejorar la convivencia en el puesto de trabajo».

### 8.2.2. Evaluación del programa Universidad Saludable según indicadores, 2013

Durante el mes de mayo del año 2013 tuvimos ocasión de someter el programa Universidad Saludable al proceso de evaluación de la doctora Michel, venida de la Facultad de Ciencias Aplicadas de Dortmund, Alemania. La experiencia fue intensa y gratificante, al menos tanto como se puede llegar a esperar cuando sometemos un trabajo a un control de calidad. Nuestra evaluadora externa es una experta en promoción de la salud, fundadora de la red alemana de universidades saludables, que, junto con la red inglesa y nuestra Red Española de Universidades Saludables (REUS), son las únicas existentes en Europa. El trabajo realizado consistió en evaluar la situación de la universidad mediante observación de diferentes estancias de trabajo en los cuatro campus, además de conocer en profundidad el funcionamiento de una serie de programas coordinados desde el Vicerrectorado: Oficina verde, Atención a la discapacidad y, por supuesto, Universidad Saludable.

Terminada la fase de observación, tuvimos varias sesiones de trabajo en las que la doctora Michel realizaba entrevistas en profundidad con el fin de conocer pormenores del

programa, tarea realizada y resultados esperados. El instrumento de evaluación fue un cuestionario con una serie de indicadores agrupados en un epígrafe de gestión, otro dedicado a la comunidad universitaria y uno final de aspectos más generales. Para empezar, fuimos respondiendo a cuestiones referidas a la existencia de una legislación específica en materia de promoción de la salud en la universidad. Pues bien, el marco jurídico de obligado cumplimiento en promoción de la salud pasa por la atención a la diversidad funcional (para el que tenemos el programa de Atención a las personas con discapacidad), una normativa medioambiental (gestionada desde la Oficina verde) y una completa legislación en materia de igualdad (que se incumple en nuestra universidad por la falta de creación de una Unidad de igualdad).

Por cuanto respecta a la gestión de la promoción de la salud en general, tenemos que decir que el programa Universidad Saludable está presente en el *Plan estratégico* de la universidad y, por tanto, se atiende a la salud de la comunidad universitaria en los procesos de gestión. Se crearon las correspondientes *Comisiones Técnicas* para ello, formadas por personal docente e investigador, y también de administración y servicios que aportan su visión en cada aspecto específico (calidad ambiental, alimentación, discapacidad, etc.). Estas comisiones de trabajo funcionan las más de las veces de un modo informal, dadas las dificultades para reunir a sus miembros. En cuanto a la igualdad, cada celebración en torno al 8 de marzo supone una oportunidad para aglutinar esfuerzos y generar sinergias entre el personal de investigación que incorpora la perspectiva de género. En 2013 colaboramos con *Miradas de mujer*, una muestra de arte realizada por mujeres, a la que vinculamos una jornada científica sobre *Mujeres artistas, mujeres científicas*. La evaluación externa de 2013 y la celebración de este encuentro nos hicieron llegar a la conclusión de la pertinencia de incorporar la formación específica en los aspectos con exigencia legislativa (discapacidad, calidad ambiental e igualdad) no sólo al estudiantado y a la plantilla de la universidad, sino al equipo directivo de cada centro.

Percibimos la necesidad de incorporar temas de promoción de la salud en el currículo de los diferentes títulos de grado y postgrado en aras de mejorar la condición del estudiantado, pensando también en el hecho de que en el futuro se espera que formen parte de equipos directivos de empresas y organizaciones. Esta exigencia viene determinada por la Ley integral de prevención de la violencia contra las mujeres (2004), en su capítulo centrado en la coeducación. De modo específico dice el texto legislativo: «Las Universidades incluirán y fomentarán en todos los ámbitos académicos la formación, docencia e investigación en igualdad de género y no discriminación de forma transversal» (Ley orgánica integral contra la violencia de género de 2004, tít. 1, cap. 1, art. 7).

Tenemos evidencia científica suficiente para poder afirmar que todos los esfuerzos hechos en materia de coeducación y prevención de la violencia revierten en beneficio de la mejora de la calidad de vida de la población (Simón, 2010; Velasco, 2009). De hecho,

el intenso trabajo realizado por equipos interdisciplinares en materia de violencia contra las mujeres en España es un ejemplo seguido en diferentes países por haber logrado un abordaje desde la promoción de la salud, más todavía tratándose de un tema tan sumamente grave como para que en el pasado año la OMS llegara a considerar que había alcanzado dimensiones epidémicas (Pareto y cols., 2013).

Las carencias en materia de apoyo al cuidado de ascendientes y descendientes fueron mal valoradas en la evaluación, empezando por el estudiantado, lo cual no estaría garantizando la igualdad de oportunidades, y terminando por personal docente y de administración, siempre más perjudicado en el caso de las mujeres que los varones por ser quienes asumimos los cuidados como propios. Para ello los cursos de gestión de tiempos dentro del antiguo *Plan de Formación en Salud* fueron bien valorados, tanto como los espacios de relajación previstos en el *Plan Cardiosaludable*. La experiencia de incorporar una atención específica al estudiantado en su ansiedad ante los exámenes se ve como positiva, siendo necesaria una revisión metodológica general en materia de herramientas de evaluación docente más acorde al Espacio europeo de Educación superior.

De cara a la sostenibilidad del programa, resulta imprescindible una adecuada atención a la diversidad en todas sus manifestaciones. De ahí la contingencia de la creación de una Unidad de igualdad en la URJC que integre la perspectiva de género con la salutogénica. Cuando decimos que seguimos un modelo *salutogénico* de promoción de la salud, nos estamos refiriendo a que no nos sirve el enfoque de prevención, por considerarlo incompleto en tanto se articula más hacia el concepto de enfermedad o patología que hacia la idea de salud. El sentido de coherencia (Antonovsky y Sourani, 1988), descrito como la tendencia a ver la vida como algo significativo, predecible y manejable, posibilita que al desarrollar la «comprensibilidad, manejabilidad y significatividad» de las políticas seamos capaces de llevar la salud al saber, tanto como al saber hacer como al saber ser-estar.

Durante el curso 2009-2010 participamos en la elaboración de la *Guía para la gestión de la diversidad en las empresas* (Oberaxe, 2011) y organizamos un curso para llevar este conocimiento aplicado a la formación en salud del personal de investigación y estudiantado de la URJC. Se aplicó el modelo de gestión de la diversidad de las grandes corporaciones al desarrollo personal y emocional de un grupo de estudiantes interesados en conocer esta metodología. La doctora Michel, nuestra evaluadora, estaba por aquel entonces presente en los campus y asistió a alguna jornada de trabajo en el Campus de Vicálvaro. Su planteamiento fue incorporado a la evaluación del curso de formación y se integra en el informe de evaluación del programa *Universidad Saludable*. La primera conclusión a la que llegamos al incorporar la gestión de la diversidad fue que todo trabajo por la igualdad de trato termina siendo una gestión de la diversidad y debería ser incorporado al currículo de promoción de la salud que perseguimos incluir en el suplemento europeo al título, punto 6. Información adicional, tal y como expusimos en la

ponencia presentada en el IX Congreso Internacional de UIPES celebrado en Estonia, Tallin, en septiembre de 2012 (Martínez y Gallardo, 2012).

Para analizar los entornos saludables (en especial universidades y centros de investigación) desde un enfoque salutogénico y con perspectiva de género hemos necesitado los procesos de evaluación referidos. Sin embargo, en adelante, requerimos aplicar de modo articulado los dos procedimientos de evaluación de impacto en salud y género (1999, 2005). Analizar hasta qué punto intervenir en materia de salud, sostenibilidad e igualdad mejora el bienestar de la comunidad educativa y de la sociedad con la que se relacionan. Desde un enfoque salutogénico y de perspectiva de género, como decíamos más arriba, no puede haber una universidad o entorno laboral que sea saludable sin ser, de forma paralela, también sostenible e igualitario. La contingencia de las tres variables hace que el modelo triangular de entorno saludable quede incompleto cuando no se actúa en uno de los tres lados. Proponemos el análisis de un abordaje coordinado de la política universitaria en materia de igualdad (gestión de tiempos: conciliación de la vida laboral), de sostenibilidad (gestión energética y de residuos) y de salud biopsicosocial (gestión de la diversidad funcional, étnica, de género). Desde la evidencia científica, sabemos que la mejora del bienestar y la calidad de vida de la población se relaciona directamente con los determinantes sociales de la salud y los estilos de vida. De ahí que la intervención deba centrarse en el *empoderamiento* en salud de esa misma población. El concepto de *empowerment* —potenciación— fue propuesto por Rappaport (1987), quien lo definió como un proceso por el cual los individuos ganan control sobre sus propias vidas y participación democrática en la vida de su comunidad. Los entornos laborales (y las universidades lo son) constituyen escenarios para el desarrollo de una sociedad del bienestar siempre que garanticemos un trato igualitario al conjunto de la comunidad universitaria.

## 8.3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES: ¿HACIA DÓNDE VAMOS?

Los pasos a seguir en las siguientes fases del desarrollo del programa *Universidad Saludable* se centran en esta perspectiva combinada de salud como igualdad e igualdad como salud. El Plan de conciliación para la comunidad universitaria de la URJC debe prestar atención a los siguientes aspectos: regular la igualdad de modo transversal y genérico; atender los aspectos laborales, siendo dentro de ellos fundamental establecer medidas de promoción y formación igualitarias; dar la posibilidad de que la negociación colectiva establezca medidas de acción positiva para la contratación; eliminar toda forma de discriminación que dificulte o limite la mejora de las condiciones laborales del conjunto de trabajadores y trabajadoras; reconocer un derecho a la conciliación de la vida personal, familiar y laboral y el fomento de la corresponsabilidad en la asunción de obligaciones familiares, y diseñar e implementar medidas de prevención del acoso moral o *mobbing* por razón de sexo en el contexto de los riesgos laborales.

Es por ello que consideramos que el futuro *plan de conciliación de la vida laboral, familiar y personal* debe hacer referencia a los horarios laborales, a la maternidad-paternidad, al cuidado de hijos y personas dependientes, a las particularidades de partos prematuros, fecundidad asistida, adopción, acogida y discapacidad, incluyendo la discapacidad sobrevenida. También debemos poner énfasis en cuanto concierne a la formación continuada en materia de igualdad y promoción de la salud en general, en especial toda forma de protección frente a la violencia de género y discriminación en sus diversas manifestaciones (acoso laboral y/o sexual, representatividad de las mujeres, sesgo de género en la selección o promoción del personal).

La conciliación es una exigencia que afecta a la comunidad universitaria en general, aunque de modo distinto en el caso de cada colectivo. El mundo universitario y, desde luego, la URJC en particular, tiene una representación mayoritaria de mujeres entre el estudiantado así como en la plantilla (Datos Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, curso 2012-13). Estudiantes, personal docente e investigador y personal de administración y servicios conocen de primera mano, o por referencias muy cercanas, los cambios sociales derivados de la incorporación de las mujeres al mercado laboral. Sin embargo, esta nueva situación no ha venido acompañada de las transformaciones necesarias en los estilos de vida de la comunidad en sus diferentes contextos de interacción, laborales, familiares o personales. De ahí que, cada día más, surja la demanda de una corresponsabilidad y conciliación en/de las tareas propias de cada ámbito, el propio del trabajo asalariado y el del trabajo doméstico. Ante la situación desigual de las mujeres en las universidades españolas, presentada en el estudio «Académicas en cifras» (2007), donde las páginas 141-143 están referidas a la URJC, se procedió a ampliar el estado de la cuestión en el Libro Blanco de la Situación de las Mujeres en la Ciencia Española (Unidad de Mujeres y Ciencia, Ministerio de Ciencia e Innovación, 2011).

Los resultados esperados de la implantación de una unidad de igualdad tienen que ver en primer lugar con el cumplimiento de la legislación vigente, pero también con el previsible aumento del compromiso del personal con la universidad, dado que tanto entre el personal de administración y servicios como entre el personal docente e investigador hay una mayoría de mujeres, y un importante número de madres y padres con hijos e hijas en edad escolar y ascendientes a su cargo.

Es precisa una universidad como difusora y creadora de cultura que no sólo cuida la imagen que da de sí misma, sino que también cumple con la responsabilidad social universitaria y que aprovecha el potencial de todo el conjunto de trabajadores y trabajadoras, que hasta ahora no pueden conciliar de un modo adecuado la vida laboral, familiar y personal en perjuicio de alguna de estas facetas, sino de las tres.

Como bien dice el informe de OMS de 2012:

> «La meta de este proyecto es mejorar la salud tanto de hombres como de mujeres mediante investigaciones políticas y programas de salud que presenten la debida atención a las cuestiones de género y promuevan la equidad y la igualdad entre el hombre y la mujer. (…) Los papeles del hombre y la mujer y

> las desigualdades en las relaciones de género interactúan con otras variables sociales y económicas, lo que da lugar a que las pautas de exposición a los riesgos para la salud sean diferentes, y a veces no sean equitativas. Esas diferencias tienen a su vez claras repercusiones en la salud. Cada vez se dispone de más datos que demuestran los múltiples vínculos entre género y salud».

Una vez expuestos los argumentos acerca de por qué es necesario implantar la perspectiva de género, procedemos a exponer las etapas a seguir para implantarla correctamente en la universidad y conocer su funcionamiento y efectividad. Las etapas de implantación de la perspectiva de género en forma de Plan de igualdad se articulan en tres fases que se ilustran en la figura 8.1, tomada de la *Guía para la implantación de un plan de igualdad en las universidades, 2007*.

La fase de iniciativa, por la cual se elabora este dossier, consiste en un compromiso institucional para introducir la perspectiva de género en la política y actuación de la universidad, tras el cual se procede a iniciar un diagnóstico de la situación de partida. El primer punto de este diagnóstico sería la elaboración de un informe en cifras sobre la base de datos de la universidad, donde se muestren los datos desagregados por sexo, con la finalidad de distribuir correctamente las políticas en materia de salud de la forma más efectiva. A su vez, la fase de diagnóstico consistiría en estudiar la universidad bajo los diez indicadores establecidos, que van desde la política de igualdad de oportunidades hasta la conciliación, pasando por la representatividad de las mujeres en la universidad.

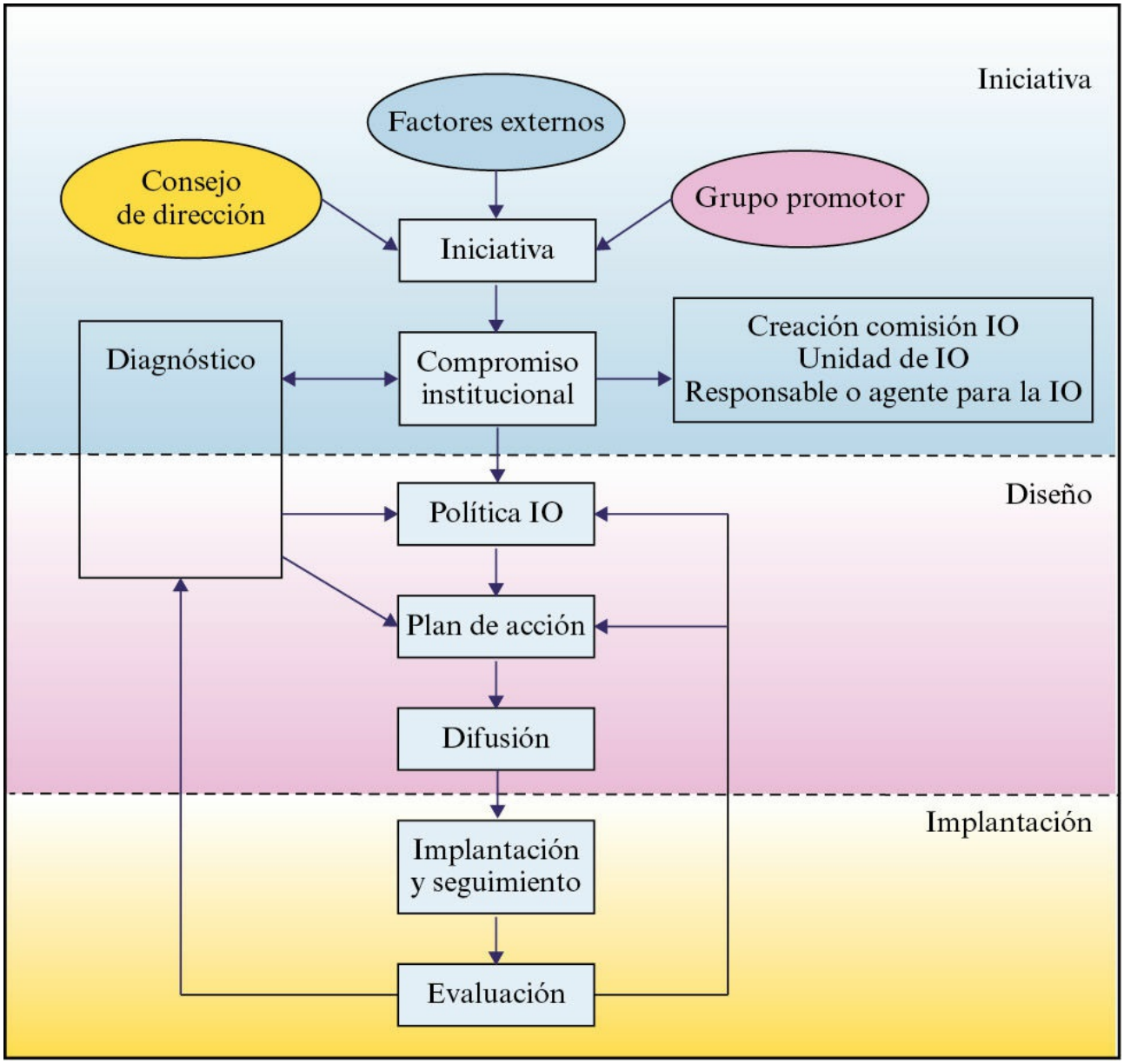


Figura 8.1.—Proceso para el diseño e implantación de un Plan de Igualdad de Oportunidades. (FUENTE: Guía para la implantación de un Plan de Igualdad en las universidades, 2007.)

Tras la primera fase, y tras haber elaborado el diagnóstico de la situación en la Universidad, se procede a la segunda fase, la fase de diseño, donde se procedería a la elaboración de un plan de acción encaminado a definir los objetivos generales y específicos, que se traducirán en las diferentes medidas a tomar a la hora de elaborar un espacio más saludable en materia laboral y educacional. Para que este plan sea realmente efectivo se procederá a la difusión interna del plan de acción, encaminada a concienciar a la comunidad universitaria e implicarla en la creación de un espacio saludable.

Por último, tras la elaboración de las dos fases previas se procede a la fase de implantación, donde se ejecutarían cada una de las acciones expuestas en el informe y se

realizaría un seguimiento del plan de acción para poder detectar las acciones más eficaces y aquellas que no sean efectivas, con el fin de reformularlas para crear el espacio saludable para la correcta realización de las diferentes actividades académicas.

Un grupo de universidades españolas ya han adoptado esta medida, pasando a formar parte de la *Red de Unidades de Igualdad de Género para la Excelencia Universitaria*, firmando un manifiesto por el cual se comprometen a la introducción de la perspectiva de género en sus instituciones bajo la figura de la creación de la unidad de igualdad (08/03/2012). Tal es el nivel de acuerdo, que en torno a la mitad de las universidades tienen creada una Unidad de igualdad y están interviniendo al respecto.

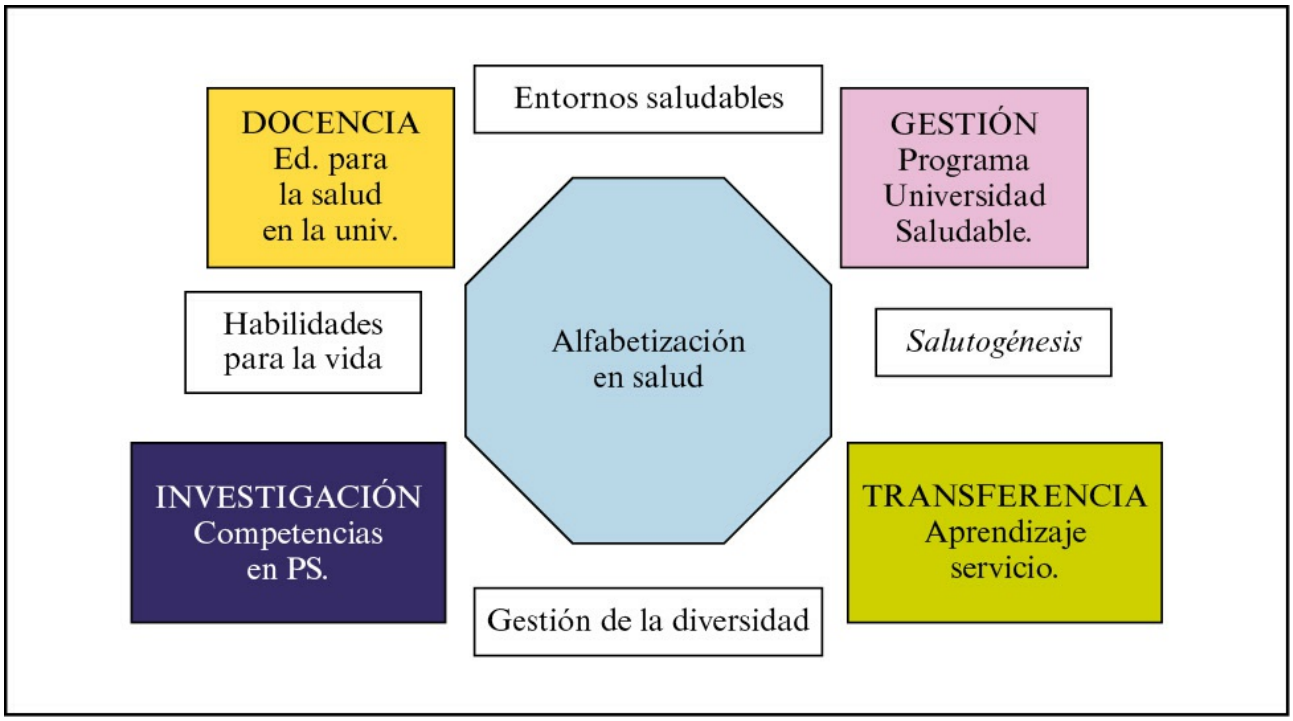


Figura 8.2.—Octaedro de la promoción de la salud en la universidad. (FUENTE: elaboración propia).

El octaedro de la promoción de la salud en la universidad (figura 8.2) es la figura resultante del viaje emprendido hace ocho años para incorporar el programa Universidad Saludable a una institución educativa, que también es entorno laboral. Esta condensación simbólica termina siendo el final de un viaje y el principio de otro, en el que nos planteamos revisar todos aquellos aspectos que no han podido ser desarrollados. De entre ellos, la creación de una Unidad de igualdad articularía los pasos a seguir en lo sucesivo, dado que al trabajar por la igualdad de oportunidades y de trato estamos consiguiendo vehicular otras acciones. Resulta imprescindible en ese sentido el desarrollo de un *Plan de igualdad* que atienda los aspectos siguientes: conciliación y corresponsabilidad, la atención a dependientes ascendientes y descendientes, el apoyo a los casos de discapacidad sobrevenida y no sólo a los de las personas con discapacidad de partida.

Necesitamos fomentar la creación de un servicio de atención psicológica o *counselling,* muy bien incorporado en otras universidades y con resultados fundamentados por evaluación. En los pasos a seguir que estamos incorporando incluimos un *Plan para mejorar la salud de la comunidad universitaria* (centrado en actividad física, emociones y alimentación). Del mismo modo, siguiendo con la idea de empezar por la salud psicosocial para llegar a la salud física en segunda instancia, tenemos un Plan de Aprendizaje servicio en el contexto de las prácticas externas obligatorias para el estudiantado de grado, que debe ser reconocido con una certificación de promoción de la salud.

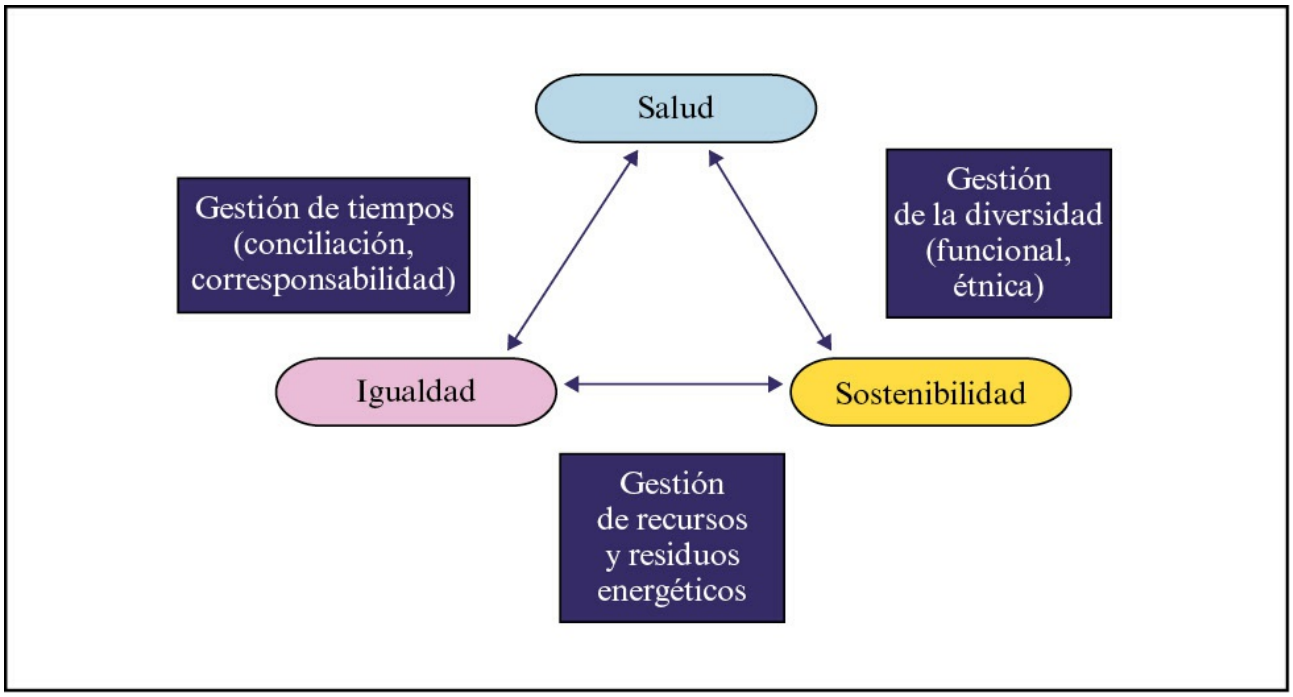


Figura 8.3.—Hacia dónde vamos. (FUENTE: elaboración propia.)

## REFERENCIAS


Académicas en cifras (2007). *Unidad igualdad de género del Ministerio de Educación y Ciencia.* Madrid: MEC.

Antonovsky, A. y Sourani, T. (1988). Family sense of coherence and family adaptation. *Journal of marriage and family, 50*(1), 79-92.

*Compendio de casos de éxito en la implementación de planes locales de sensibilización en igualdad de trato y no discriminación* (2010). Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración.

Delgado Godoy, C., García Comas, M. y Soleto, M. (2005). *Informes de impacto en género.* Madrid: Fundación mujeres-Instituto de la mujer.

Delors, J. (1994). *La educación encierra un tesoro: Los cuatro pilares de la educación*. Madrid: Ediciones UNESCO.

Eriksson, M. y Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health, 60*(5), 376-381.

Gallardo, C. y Peñacoba, C. (2006). *Estudio calidad de vida, trabajo y salud del personal docente universitario.* Madrid: CUESA-Universidad Rey Juan Carlos.

Gallardo, C., Martínez Pérez, A., Peñacoba, C. y Zaagsma, M. (2011). *El plan de formación en salud de la Universidad Rey Juan Carlos, una propuesta de promoción de la salud para la comunidad universitaria.* V Congreso de universidades promotoras de salud. San José, Costa Rica.

Gothenburg consensus paper, health impact assessment: main aspects and a suggested approach (1999). Extraído desde www.apho.org.uk/resource/view.aspx?RID=44163.

Hargreaves, A. y Fink, D. (2008). *El liderazgo sostenible. Siete principios para el liderazgo en centros educativos innovadores.* Madrid: Morata-Ministerio de Educación, Política social y Deporte.

Harris, P., Harris-Roxas, B., Harris, E. y Kemp, L. (2007). *Análisis de impacto en salud: guía de aplicación práctica.* Sidney: Centro de Capacitación, Investigación y Evaluación sobre Equidad sanitaria (CHETRE), Universidad de Nueva Gales del Sur.

Libro Blanco (2011). *Situación de las mujeres en la ciencia española*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación, Unidad de Mujeres y Ciencia.

Lindström, B. y Eriksson, M. (2010). *Guía del autoestopista salutogénico*. Girona: Cátedra de promoción de la salud, Diputación de Girona.

Marmot, M. (1998). Improvement of social environment to improve health, *Lancet, 351*, 57-60.

Martínez Costa, C., Lusa, A., Calvet, M. D., Gallego-Fernández, I., Pons, O. y Tura, M. (2006). *Guía para el diseño y la implantación de un plan de igualdad de oportunidades en las universidades.* X Congreso de Ingeniería de Organización. Valencia.

Martínez Pérez, A. y Gallardo, C. (2012). *Health literacy in higher education: the training plan for health in URJC.* 9th International IUHPE Conference. Tallin.

Oberaxe, Observatorio Español del Racismo y la Xenofobia (2011). *Guía para la gestión de la diversidad en entornos profesionales.* Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración.

OMS (1993). *Life skills education for children and adolescents in school. Introduction and guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes.* Geneva: Division of mental health World Health Organization. Extraído el 25 de enero de 2015 de http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/MNH_PSF_93.7A.pdf.

OMS (1999). *Documento de consenso de Gotenburgo. Evaluación del impacto en la salud. Conceptos principales*. Bruselas: OMS Oficina Regional Europea. Extraído de: http://www.creis.es/.../5-consenso-de-gotenburgo-evaluacion-del-impacto-en-la-salud.pdf.

OMS (2002). *Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. En Política de la OMS en materia de género.* Extraído el 20 de enero de 2015 de http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf.

OMS (2010). *Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS: contextualización, prácticas y literatura de apoyo.* Extraído desde: http://www.fremap.es/pdf/prevencion/doculink/OMS%20evelyn_hwp_spanish.pdf.

Pallitto, C. C., García-Moreno, C., Jansen, H. A., Heise, L., Ellsberg, M. y Watts, C. (2013). Intimate partner violence, abortion and unintended pregnancy: results from the WHO Multicountry Study on Women's Health and Domestic Violence. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics. January, 120*(1), 3-9.

Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/Exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology, 15,* 121-148.

Rueda Martínez de Santos, J. R. (2005). *Guía para la evaluación del impacto en la salud y en el bienestar de proyectos, programas o políticas extrasanitarias: proyecto de investigación comisionada*. Bilbao: Departamento de Salud, Gobierno Vasco.

Simón, E. (2010). *La igualdad también se aprende. Cuestiones de coeducación.* Madrid: Narcea.

Vázquez, C. (2005). La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vázquez y G. Hervás (eds.), *La ciencia del bienestar: fundamentos de una psicología positiva.* Madrid: Alianza Editorial.

Velasco, S. (2009). *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid: Minerva Ediciones.

---

**NOTAS**

1 Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España.

2 Universidad de las Américas, Quito, Ecuador.

# PARTE TERCERA
## Intervención

# 9

# *Happiness Mainstreaming*. Fundamentos teóricos y metodológicos desde la psicología de género

MAITE SARRIÓ CATALÁ[1]

¿Influimos en el desarrollo de malestar y enfermedades? ¿Puede el miedo y nuestra programación cultural, afectiva y cognitiva ocasionar enfermedad y muerte? ¿El sexo y el género y otras características de diversidad influyen en la salud y la felicidad? ¿Pueden las políticas públicas y organizacionales crear malestar, enfermedad y/o muerte generando pérdidas incuantificables? ¿Y el techo de cristal o la escasa presencia de mujeres y de la feminidad en puestos de poder? ¿Podemos intervenir de manera activa en la potenciación de nuestra salud y felicidad? ¿Puede una adecuada cultura y política socioeconómica y corporativa promover bienestar y felicidad, potenciando beneficios humanos y materiales? Tras años de investigación y trabajo de campo con personas y organizaciones, sostengo que la respuesta a todas estas preguntas es ¡Sí! Pretendo provocar la toma de consciencia respecto a las terribles consecuencias que nuestro actual sistema de valores patriarcal genera en la salud y la felicidad de la población, y, por consiguiente, en los entornos laborales, para despertar el potencial infinito y diverso de creación de bienestar personal y colectivo que poseemos.

Las ciencias actuales, así como antiguas tradiciones filosóficas orientales, sostienen que el poder mental humano es ilimitado y que somos responsables de la creación de la propia realidad. Desde las últimas décadas se vienen desarrollando, sobre todo en Estados Unidos y el norte de Europa, numerosas investigaciones sobre el funcionamiento del cerebro, así como sobre el poder de la mente o la consciencia entendida como una realidad inmaterial/energética distinta al cerebro, aunque vinculada, que crea realidades físicas (Miller, 2013). Como señala Simón (2007), la ciencia occidental, en concreto la neurociencia cognitiva y afectiva, ha alcanzado un grado de maduración tal en métodos de estudio del cerebro que hace que estemos en condiciones de estudiar los correlatos neurobiológicos de los pensamientos y de las emociones con un grado de precisión que hace unos treinta años resultaba inimaginable. Las investigaciones demuestran que una mente positiva bien enfocada es capaz de crear lo que se proponga en su propio beneficio y el de la humanidad. Siendo este hecho una evidencia científica, ¿cómo es posible que

desde nuestra sociedad del conocimiento de tecnología avanzada estemos creando un mundo de carencia, violencia, enfermedad y crisis, cuando podríamos crear infinita abundancia, salud y felicidad? Llevo años, como otras muchas personas, tratando de responder a esta cuestión desde la investigación y la propuesta de estrategias a partir de la psicología social y clínica con perspectiva de género y la diversidad, unidas a enfoques como la Psicosíntesis, Gestalt, Psicología Sistémica, Programación Neurolingüística (PNL) o Psicología Positiva, y aproximaciones más innovadoras como la Psicología de la Conciencia o Espiritual, más conocida desde hace años en Estados Unidos o el norte de Europa[2]. Es por ello un enfoque holístico y de síntesis de orientaciones occidentales, orientales, ancestrales y actuales aplicado al ámbito privado y público.

Como sostenía Bentham (1748-1832) (citado por Jacobs, 2000), una ley no debe aplicarse si no crea felicidad, entendida ésta como placer. En la misma línea, afirmo que es deber y obligación de las políticas públicas potenciar la felicidad de la ciudadanía, así como velar para que las políticas organizacionales cumplan y respeten el mismo cometido. Las organizaciones no sólo deben incorporar la felicidad en su visión y misión por cuestiones de responsabilidad social corporativa, sino como clave de supervivencia y éxito.

Para apoyar este cometido aporto la estrategia que he denominado *Happiness in the Mainstream* o *Happiness Mainstreaming*. Incluso me atrevo a nombrarla como *Love and Happiness Mainstreaming*, puesto que, como veremos a lo largo del capítulo, el amor, como emoción primaria y básica frente al miedo, y como actitud hacia uno mismo o una misma (autoestima) y hacia los otros y las otras y el mundo (desde la ética de servicio y cuidado), va a ser el elemento determinante de la transformación que el sistema socioeconómico requiere en este momento de crisis y cambio de paradigma.

## 9.1. LA FELICIDAD. CLAVE DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN SOCIAL Y ORGANIZACIONAL

*Pongamos de moda la felicidad* es actualmente el *leit motiv* de mi acción en el mundo. El eslogan puede parecer frívolo en estos tiempos que corren. La felicidad parece que ha de dejarse a un lado en tiempos de crisis, para atender necesidades y derechos más básicos como el trabajo, la vivienda... Sin embargo, es mi clave de intervención clínica, social y organizacional en diferentes contextos, como también lo es para cada vez más científicos o científicas y profesionales de la psicología (Wayne Dyer, Stephen Covey, Neal Donald Walsh, Martin Selligman, Robert Emmons, Antonio Damasio, David Servan-Shreiber, Mario Alonso Puig, Sonja Lyubomirsky, Mihaly Csikszentmihalyi, Javier Urra, Carmelo Vázquez, o Eduardo y Elsa Punset, entre otros[3]), e incluso para órganos consultivos como la ONU.

En el momento actual nos encontramos ante un debate mundial sobre las políticas públicas y la cultura socioeconómica imperante, cuyos nefastos resultados sobre lo que

millones de personas «tenemos» son más que evidentes. La llamada de atención de diversos organismos internacionales y cada vez más profesionales se está convirtiendo ya en un grito de auxilio y SOS. Para definir los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2015-2030, la Asamblea General de la ONU adoptó en 2011 una resolución histórica. Invitó a todos los países miembros a medir la felicidad de su ciudadanía y a usar los resultados para guiar sus políticas públicas. En 2012 se realizó el primer encuentro mundial sobre felicidad y bienestar y se publicó el primer Informe de Felicidad. En el informe se unen los conceptos de *bienestar* y *felicidad,* entendida ésta tanto como una emoción o estado emocional como en relación a la satisfacción con la vida, es decir, una evaluación subjetiva sobre diferentes áreas vitales. Entre los indicadores de mayor relevancia propuestos se encuentra la salud mental (recogiendo trastornos tan extendidos como estrés, baja autoestima, ansiedad y depresión). En el Informe Mundial de Felicidad 2013[4] se cita expresamente que «*la enfermedad mental es la causa mayor de infelicidad, pero es un hecho totalmente ignorado por las políticas públicas*» (p. 3). Esta situación global genera pérdidas humanas y materiales incuantificables. Tan sólo un país, Bután, a propuesta de su rey Jigme Singye Wangchuck, planteó en 1972 el FNB (Felicidad Nacional Bruta) o FIB (Felicidad Interna Bruta) como indicador que mide la calidad de vida en términos más holísticos que el PIB (Producto Interior Bruto) para diseñar sus políticas públicas. La medición se realiza a través de 9 dimensiones. Según el psicólogo premio nobel de economía, Daniel Kahneman, es una metodología innovadora que resulta altamente recomendable para todos los países, así como para cualquier organización.

En la misma línea, para la OMS (1948) la salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad. El término *bienestar* aglutina tanto aspectos relativos a lo *personal* (autoestima, autoafirmación y autonomía) como a lo *social* (participación, cohesión e integración). Bienestar es salud, y salud es felicidad. Defino felicidad como «*sostener en el tiempo un sentimiento de bienestar, armonía y plenitud en todas las áreas de la vida desde la expresión del propio potencial y "Ser Esencial", la reducción del miedo y el dolor, el aumento del placer, y la satisfacción de nuestras necesidades físicas, afectivas, intelectuales y espirituales. La felicidad es libertad. La felicidad es la ausencia de miedo y de violencia*».

Sonia Lyubomirsky (2011), premio Templeton de psicología positiva 2002, define la felicidad a partir de dos componentes básicos: «*la experiencia de emociones positivas frecuentes y el sentido de que estás logrando tus metas en la vida*». Postula que existen tres falsos mitos sobre la felicidad: 1) se tiene que «encontrar»; 2) consiste en cambiar nuestras circunstancias, y 3) la tienes o no la tienes. Sólo el 10 por 100 en términos de felicidad se obtiene de circunstancias externas (dinero, pareja...). Por el contrario, la autora argumenta que somos los creadores y creadoras de nuestra felicidad desde nuestros pensamientos y acciones. ¿Cómo crearla? Con actividad deliberada, potenciando pensamientos y emociones positivas.

La felicidad es un concepto no tan actual para el mundo organizacional, gracias a aportaciones como la de Mihaly Csikszentmihalyi y su concepto de «flow». Aunque sólo ahora se empieza a hacer referencia directa al término y aún asusta y genera el rechazo de muchos, hace décadas que desde la psicología y la economía se intenta potenciar al máximo el talento humano. Mihaly, en la revista *The Future* (1997), plantea que «a mayor flujo que experimentemos en la vida diaria y en nuestra actividad laboral, más probable es que nos sintamos felices en general». El *flujo,* realizando una actividad, es un estado de conciencia que consume poco esfuerzo, aunque es altamente enfocado. Se siente placer, aunque la tarea requiera trabajar duro. Lograr que una persona o equipo actúen al máximo desde el bienestar y el estado de flujo es hoy una gran clave en los procesos de *coaching* y consultoría. Sabemos que una *empresa feliz* genera más beneficios y es más sostenible. Para conseguirlo, debe abordar temas como retención del talento, aumento de la creatividad, mejora del clima, reducción de costes por conflictos internos, enfermedades y absentismo y un largo etcétera. Según la última encuesta de Adecco[5] sobre felicidad en el trabajo, el secreto de la felicidad laboral tiene que ver con disfrutar del trabajo que se realiza, seguido de contar con un buen ambiente de trabajo y compañerismo, la realización personal, el desarrollo de las habilidades y disfrutar de un buen horario. Sin embargo, también sabemos que pocas empresas invierten en generar contextos felices desde una cultura y políticas organizacionales que cuiden y respeten al máximo las necesidades y diversidad de trabajadores y trabajadoras. El *Síndrome de Solomon* (Solomon, 1952) es uno de los múltiples efectos que genera no atender la diversidad. El talento de muchas personas queda socavado por el miedo a ser diferente y sobresalir. La mayoría asume las ideas y modos de funcionar existentes, inhibiendo aportaciones que podrían resultar muy innovadoras, efectivas y eficaces.

Csikszentmihalyi (1997) plantea algunas cuestiones para aumentar la creatividad, el *estado de flujo* y la felicidad en el trabajo y la vida en general: 1) trata de sorprenderte por algo cada día; 2) trata de sorprender al menos a una persona cada día; 3) escribe cada día qué te sorprendió y cómo sorprendiste; 4) cuando algo te parezca interesante, síguelo; 5) reconoce que si haces cualquier cosa bien ésta se vuelve placentera; 6) para mantener el placer por algo incrementa su complejidad; 7) deja tiempo para la reflexión y relajación; 8) descubre qué te gusta y qué no; 9) comienza a hacer más de lo que te gusta y menos de lo que no; 10) descubre una forma de expresar lo que te mueve; 11) mira los problemas desde todos los puntos de vista posibles; 12) ten tantas ideas como sea posible, y 13) trata de producir ideas originales.

Todas estas cuestiones son inherentes a la naturaleza humana. Basta observar a una niña o un niño ser y jugar para ver que están en total *estado de flujo* y practican habitualmente bastantes de las recomendaciones descritas en este apartado. Algo pasa conforme vamos creciendo que nos cuesta tener presente la belleza de la vida y sus placeres, aunque a veces sea dura y requiera de mucho esfuerzo. Olvidamos e inhibimos al niño o a la niña que llevamos dentro, con su curiosidad, creatividad, disfrute,

capacidad de dar y recibir amor... ¿Por qué las personas adultas sufren, enferman, inhiben su creatividad y diversidad y generan entornos y vidas empobrecidas, violentas e infelices? De acuerdo con Martin Seligman (2002), «la gente siempre ha querido ser feliz, y es perverso que la psicología académica no considerara que esto pudiera o debiera estudiarse científicamente». Es por ello que muchos y muchas profesionales estamos convirtiendo el empoderamiento y desarrollo personal para potenciar la felicidad en una ciencia. A muchos profesionales de la psicología nos atrae esta idea. Desde las llamadas terapias de tercera generación, o los extendidos procesos de *coaching* y consultoría organizacional, no sólo pretendemos ayudar a las personas con enfermedad, sino que queremos potenciar en la gente su felicidad, y con ello prevenir malestar y enfermedades, así como contribuir a un desarrollo socioeconómico más humano y sostenible. Éste es el cometido del *happiness mainstreaming*, estrategia sobre la que profundizo en los siguientes apartados.

## 9.2. *HAPPINESS MAINSTREAMING*. FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS

Responder a cuestiones sobre los binomios salud/enfermedad, bienestar/malestar y/o felicidad/infelicidad requiere analizar la interacción de variables internas (personales) y externas (sociales, económicas, políticas, organizacionales, ambientales, etc.). Requiere recorrer un viaje desde lo externo y lo global hacia el interior y lo personal, y viceversa, puesto que son las caras de una misma moneda, de una misma realidad. Un análisis que, desde mi perspectiva, tiene que ver a su vez con los binomios *empoderamiento/desempoderamiento, libertad/violencia y amor/miedo*; dicho de otro modo, con las dimensiones *felicidad/libertad/empoderamiento/amor* e *infelicidad/violencia/desempoderamiento/miedo*. Un análisis interactivo de elementos internos y externos donde, además, la *Psicología de Género* adquiere un protagonismo fundamental, incorporando el sistema sexo/género como elemento transversal. El enfoque de género ofrece una visión clave sobre la construcción de realidad y, en concreto, sobre la salud y la salud laboral.

La salud es considerada una dimensión *bio-psico-social* en la que el género, como dimensión también a su vez *bio-psico-social* (Barberá, 1998), impacta de forma contundente. Algo, sin embargo, poco visibilizado y presente tanto en el sistema educativo y sanitario como en el mundo organizacional, los departamentos de recursos humanos, de prevención de riesgos laborales, etc. Desde el estrés laboral hasta un accidente de tráfico tienen en su base el desempoderamiento generado por el sistema patriarcal, tanto en mujeres como en hombres. Aunque el empoderamiento colectivo y cultural (externo) va a ser clave en el estado de bienestar de mujeres y hombres, en este capítulo haré especialmente referencia al empoderamiento personal (interno) como base desde la que se construye una realidad positiva, sana, abundante y feliz, tanto en la vida

privada como en la pública y laboral.

En la línea de la filosofía de Kate Millett («lo personal es político») y Gandhi («sé tú el cambio que quieres ver en el mundo»), el *Happiness Mainstreaming* (HM) es una estrategia política de alcance «colectivo» desde lo «personal». La clave no se basa tanto en «tener» para «ser» feliz, sino en recuperar y potenciar el «Ser» y su poder interior para, en consecuencia, «tener». Como estrategia, el HM tiene como *objetivo general* establecer la felicidad como factor fundamental del sistema de valores, misión y visión, políticas y acciones del sistema socioeconómico en general o de una organización de forma transversal. HM persigue como *objetivos operativos* potenciar en las personas, la sociedad y/o en un entorno organizacional los mismos elementos citados sobre la felicidad: 1) expresión del potencial y «Ser Esencial» de cada persona; 2) lograr armonía y plenitud en todas las áreas de la vida y dimensiones laborales; 3) reducción del miedo y el dolor; 4) aumento del placer y el estado de *flow*, y 5) satisfacción de las necesidades físicas, afectivas, intelectuales y espirituales atendiendo a la diversidad.

A nivel *metodológico*, se apoya en otras dos estrategias para su aplicación: el empoderamiento personal (interno) y colectivo (externo), y la gestión de la diversidad personal (interna) y colectiva (externa)[6], ambas necesariamente con enfoque de género. *Empoderamiento* para expandir la consciencia limitada (violentada) por la cultura patriarcal y el sistema socioeconómico actual de la práctica totalidad de la población, hombres y mujeres, y empoderamiento para combatir el desempoderamiento, como hecho globalizado que causa enfermedad y, por tanto, infelicidad, así como la reproducción de este sistema desigual y violento. Nacemos siendo felices y siendo poder, con un potencial de creación infinito y diverso. Sin embargo, el sistema de valores patriarcal nos desempodera. A mayor desempoderamiento, mayores niveles de riesgo respecto al padecimiento de malestar y enfermedades psico-emocionales, incluida la muerte. A mayor desempoderamiento, mayor infelicidad. Por el contrario, el empoderamiento es un factor determinante de la salud y un potenciador de la felicidad. Es un factor de prevención, mantenimiento de la salud y sanación de enfermedades. La *gestión de la diversidad,* por su parte, como estrategia complementaria al empoderamiento, posibilita a nivel interno y personal el reconocimiento de la propia diversidad de nuestro ser y talento, como fase necesaria para lograr el equilibrio de género respecto a nuestra identidad y roles. A nivel externo (social y organizacional), facilita la libertad y el cuidado de las personas, potenciando la salud y la felicidad necesarias para la expresión del talento y la capacidad creadora (creatividad) que la socioeconomía tanto requiere en este momento de crisis y cambio de paradigma.

Los *principios básicos* del HM son: 1) la libertad de expresión del propio Ser en contraposición a la violencia, y 2) el predominio del amor sobre el miedo. Amor tanto como emoción básica como actitud y creencia. Amor hacia el interior (autoestima) y hacia el exterior desde el equilibrio de la feminidad y la masculinidad correspondientes a la «éticas del cuidado y la responsabilidad» (inteligencia emocional) y «la ética del

individualismo y la separación o la justicia y los derechos» (inteligencia práctica)[7].

En mi método de intervención desde la *terapia y procesos de coaching,* la clave para potenciar la felicidad personal supone acompañar a las personas en un viaje que va desde la *toma de consciencia de su desempoderamiento hasta la conexión con su poder personal y la interiorización de las claves para usarlo creando bienestar y felicidad personal y comunitaria*. Las *fases* son:

1. Comprender las leyes bio-psico-sociales y cuánticas desde las que se genera la realidad. El objetivo es visibilizar la responsabilidad en la creación de la propia vida, tomar consciencia de que «creas lo que crees» como máxima desde la que potenciar el empoderamiento personal, y comprender los modelos y creencias sociales y propios transmitidos a partir del proceso de socialización que generan el desempoderamiento cultural, psicológico y de género colectivo y personal (base de la violencia y la autoviolencia con la que vivimos).
2. Realizar un (auto)diagnóstico sobre la realidad creada, su realidad bio-psico-social y su nivel de felicidad, a partir de indicadores cuantitativos y cualitativos. Existen diversos cuestionarios de felicidad, como el de la Universidad de Oxford (disponible on line). Por mi parte, he creado uno propio sencillo y útil que mide veinte dimensiones vitales a valorar en una escala de 0 a 10. Se trataría de realizar un análisis DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades) que facilite fijar objetivos de cambio y dirección personal.
3. Conocer la programación (creencias, arquetipos y personajes) desde la que se ha creado la propia realidad, para desaprender aquella que sea limitante y sanar heridas. El análisis de la identidad y roles de género, del equilibrio e integración de las dimensiones de masculinidad y feminidad en esta fase es crucial. Conocer la propia diversidad, aceptarla, autogestionarla y potenciarla es clave.
4. Desarrollar una nueva ética personal, prácticas de vida y técnicas de autogestión holística de creencias/pensamientos, lenguaje, emociones, cuerpo, comportamiento y dimensión espiritual, junto al afianzamiento de la autoestima (auto-amor) y el desarrollo del sentimiento de unidad e interconexión entre todo lo existente. La práctica de la meditación o *mindfullness* y otras técnicas es muy útil.

### 9.2.1. Creas lo que crees. Cerebro emocional y cognitivo

Desde distintas ciencias y filosofías occidentales y orientales, actuales y ancestrales, se aboga por la relación (unidad) entre las creencias (pensamiento), emociones, cuerpo, comportamiento y realidad. Entre lo subjetivo y lo objetivo, lo inmaterial y lo material, lo interno y lo externo. La física cuántica, la neurociencia y acercamientos psicológicos y filosóficos como la Psicología Cuántica, Psicología de la Conciencia y Espiritual, Psicología Positiva, la PNL, la Psicosíntesis, la Gestalt, el Budismo, el Zen, el Tao...,

han situado la responsabilidad de la creación de la realidad y la propia felicidad sobre la programación emocional y mental, las creencias, el personaje o arquetipo que cada persona se autoadjudica o le adjudican y se cree, sobre la construcción realizada desde la propia subjetividad. Jung desarrolló el concepto de *sincronicidad*, el cual visibiliza la no separación (unidad) entre un pensamiento y la realidad creada (materializada) (Jung, 1999; Shinoda Bolen, 2005). La física cuántica ha demostrado que la consciencia del observador y la observadora, su intención, determina la cualidad de la materia. Al enfocar nuestro pensamiento «elegimos» nuestra realidad. Por otro lado, gracias a la neurociencia sabemos que en el interior del cerebro existe un *cerebro emocional* diferente al *cerebro cognitivo* o neocórtex, donde reside el lenguaje y el pensamiento. Es un «cerebro del cerebro», muy ocupado en sobrevivir y conectado al cuerpo, que controla todo lo que rige el bienestar emocional y una gran parte de la fisiología corporal[8]. En este cerebro emocional, inconsciente, quedan impactadas experiencias tempranas que generan una «programación» que permanece y controla nuestras percepciones y comportamientos del presente. Los desórdenes emocionales son consecuencia de disfunciones del cerebro emocional, de manera que la tarea principal en un proceso de terapia o *coaching* será la de reprogramar el cerebro emocional (Servan-Schreiber, 2003). Nuestra «programación» determina en gran medida nuestros pensamientos y emociones. Nuestro cuerpo, canal de expresión de dichos pensamientos y emociones, actúa generando una realidad. Ésta tendrá un efecto en la realidad social, y a la vez tendrá un impacto (afecto) en nuestro ser y en las personas con las que interactuamos (figura 9.1). Nuestra programación y creencias son en su mayor parte heredadas de la cultura y la familia (genealogía[9]) en la que crecemos, la cual tiene un impacto sobre el autoconcepto o identidad de la persona desde los procesos de aculturación y socialización. Para sobrevivir, ser aceptados y reconocidos (amados), imitamos la cultura social y familiar que nos rodea, dando lugar a lo que podemos llamar «Yo cultural» frente al «Yo esencial» (mucho más amplio y con posibilidades infinitas).

Figura 9.1.—Esquema holístico «dinámica bio-psico-social de creación de la realidad». (FUENTE: Elaboración propia.)

El *amor* y el *miedo* son las dos energías fundamentales que conforman la subjetividad emocional humana y a partir de la cuales se forman otras emociones secundarias (alegría, ira, etc.). Ambas coexisten, siendo necesarias para la supervivencia. El *amor* expande nuestra consciencia y poder personal, nos libera, relaja y nos hace fluir desde la paz, la alegría y el enfoque claro. El amor nos permite conectar con nuestro poder y expresión del «Yo esencial», así como con el mundo y las otras personas, lo que nos aporta *libertad* y *felicidad*. Es decir, nos empodera. El *miedo* mal aceptado y gestionado, bloquea y limita nuestra consciencia y poder personal y nos separa del mundo y las personas. Nuestro enfoque, fluidez y autogestión cognitiva, emocional y comportamental se deteriora. Según Galtung (1995), sufrimos violencia en la medida en que somos influidos e influidas, de tal manera que «nuestras realizaciones efectivas, somáticas y mentales están por debajo de nuestro potencial. Cuando lo potencial es mayor que lo efectivo, y ello es evitable, existe violencia». Dado que nuestro potencial es diverso e ilimitado, cuando el miedo no nos permite la expresión del «Yo esencial», nos violentamos y apartamos de la *felicidad*. Es decir, el miedo nos violenta y desempodera.

También podemos reflejar estas ideas mediante el dibujo de un iceberg (figura 9.2). Lo que se ve, la punta, es lo externo, la acción, la realidad creada. La gran base oculta está formada por las creencias sociales y personales, los pensamientos que producen dicha realidad. En un nivel intermedio (medio visibles y medio ocultas) se sitúan las emociones. Nuestro cuerpo actúa tratando de responder al cerebro emocional y cognitivo. A partir de ahí cooperan o compiten, lo que determina nuestros sentimientos, nuestra relación con el propio Yo y con el mundo. La competición nos genera malestar y nos hará infelices. Por el contrario, cuando ambos cerebros se complementan, uno para dar dirección a lo que queremos vivir (el emocional) y el otro para hacernos avanzar de la manera más práctica y eficaz posible (el cognitivo), sentimos la paz y la armonía interior que sustenta la experiencia duradera de bienestar y felicidad (Servan-Schreiber, 2003).

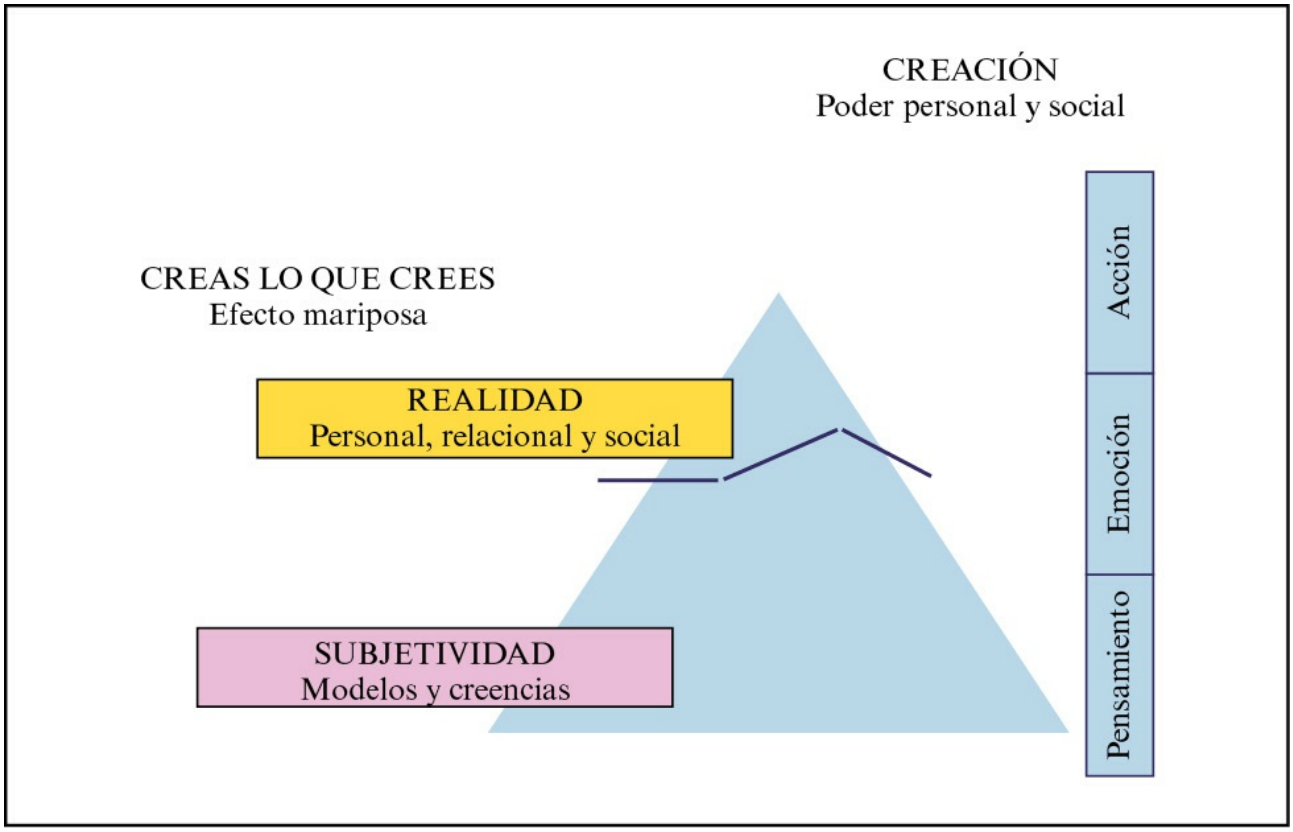


Figura 9.2.—Iceberg «Creas lo que crees». (FUENTE: Elaboración propia.)

Los resultados retroalimentan nuestros pensamientos, creencias y programación. La mente (el ego, según tradiciones orientales) necesita confirmar sus creencias y busca cualquier detalle que sostenga nuestro sistema de valores, cuerpo de creencias o programación afectiva y mental, como mecanismo cognitivo que aporta orden y consistencia a nuestros esquemas mentales y autoconcepto. Nuestras creaciones confirmarán nuestras creencias, minando o reforzando nuestra estima (amor/autoestima) y futuras intervenciones, relaciones, etc. Por ejemplo, si desde temprana edad en nuestro cerebro emocional ha quedado la impronta y programación de que somos socialmente poco habilidosos y habilidosas, al invitarnos a intervenir en una reunión de trabajo expresando nuestras ideas sentiremos peligro y tensión, que entra en competición con la orden dada por nuestro cerebro cognitivo de hablar. Los pensamientos y emociones que aparecen serán de desconfianza, inseguridad y desmotivación (miedo). Se generará la respuesta física de sudoración, tartamudeo, respiración agitada... Nuestro comportamiento será el de no hablar con los matices deseados. La realidad, el efecto creado, es de menor calidad del que podríamos haber logrado si nuestra programación hubiese estado tamizada por la autoestima (auto-amor); el impacto en la gente también lo será, y el impacto en nuestro propio Yo será el de minar aún más nuestra confianza y autoestima personal. Un fenómeno que Merton (1948) denominó *profecía autocumplida*. La máxima «Creas lo que crees» puede tomarse como síntesis, a su vez, la de «crees lo

que creas». Nuestra vida, salud, relaciones, etc., van a depender de nuestras creencias, emociones y comportamientos asociados.

La creación de la realidad colectiva o social puede explicarse desde el concepto del «efecto mariposa», término metafórico acuñado por el metereólogo Edward Lorenz, y rescatado por la psicología de Jung y la sociología, que sirve para explicar cómo pequeñas causas pueden provocar grandes efectos (Saint-Aymour, 2007). Cada persona genera efectos en su realidad más próxima a partir de sus creencias, emociones y creaciones. Este efecto genera otros, como si de una onda expansiva se tratase y así sucesivamente, creando una red interconectada de causas y efectos. Lejos de ser entes separados, formamos parte de una realidad unida e infinita (Capra, 1975). Por otro lado, se generan cambios a nivel colectivo en la realidad externa que nos afectan de manera individual. El efecto mariposa puede tener efectos positivos o negativos. Una persona desempoderada que sea violenta o irascible generará violencia e irascibilidad a su alrededor, con un impacto y un efecto colectivo en consonancia. Una persona empoderada conectada con la paz facilitará en su contexto la armonía.

En síntesis, podemos establecer la relación entre las dimensiones *miedo, violencia, infelicidad y desempoderamiento,* así como entre *amor, libertad, felicidad y empoderamiento*. El amor nos hace poderosos y libres, mientras que el miedo nos resta poder y nos violenta (al bloquear nuestra libertad y expresión de nuestro infinito potencial). Por ello, los pensamientos positivos y emociones basados en el amor (alegría, paz, relajación, excitación, orgullo...) promueven la felicidad y la salud, y los pensamientos negativos y emociones sustentados por el miedo (ira, ansiedad, estrés, pena, vergüenza...) las socavan. La unión y continuidad de pensamientos/emociones/acciones similares genera una realidad personal (micro) y social (macro), que puede ser miedo/violencia/infelicidad-enfermedad o amor/libertad/felicidad/salud.

### 9.2.2. Desempoderamiento: miedo, violencia y violencia de género, enfermedad e infelicidad

Como hemos visto, el mundo es producto de nuestra manera de pensar, sentir y hacer. Es decir, somos seres con una capacidad infinita de creación, como infinita es la realidad y el universo del cual no estamos separados. Sin embargo, la experiencia emocional y la educación que recibimos nos desempodera y violenta desde temprana edad. Como ya se ha dicho, según Galtung (1985) sufrimos violencia en la medida en que somos influidos e influidas por el sistema, de tal manera que «nuestras realizaciones efectivas, somáticas y mentales están por debajo de nuestro potencial. Cuando lo potencial es mayor que lo efectivo, y ello es evitable, existe violencia». ¿Qué sistema nos influye limitando nuestro potencial diverso e ilimitado? El Patriarcado, un paradigma sociocultural que ha exacerbado la presencia del miedo desde la «cultura de opresión y

terror» para sostenerse (Freire, 1970; Herman y Chomsky, 1988; Fromm, 1976; Blay, 1992; Chomsky, 1996 y Furedi, 1997, 2003). Se nos educa para que el miedo sea la creencia/emoción/actitud básica que conforma nuestra subjetividad y desde la cual construimos nuestra identidad y, por ello, nuestras creaciones (relaciones, sistemas y estructuras). La programación patriarcal, basada en una serie de valores o modelos limitantes con siglos de historia, nos desempodera, lo cual nos lleva a crear una realidad limitada y empobrecida.

Estos *valores y modelos patriarcales*, que interaccionan entre sí y están concatenados, son (Sarrió, 2009a): 1) la creencia en la separación, la dualidad (divinidad/humanidad, hombre/mujer, masculinidad/feminidad, razón/emoción, mente/cuerpo...) y la diferencia con desigual valor (lo que genera sexismo, clasismo, racismo, edadismo, homofobia y otros prejuicios contrarios al valor de la diversidad); 2) la inconsciencia sobre nuestro poder y responsabilidad en la creación de la realidad, la creencia en el determinismo y la incapacidad; 3) el uso del miedo como elemento de coerción y control social; 4) la primacía desproporcionada de los valores masculinos (androcentrimo), con el consiguiente rechazo a las mujeres y lo «femenino» (misoginia), lo cual genera desequilibrio de género interno y, por tanto, la creación de una cultura socioeconómica desequilibrada a su vez desde el punto de vista de género, basada en el individualismo y la escasa presencia de valores femeninos (asociados estereotipadamente a lo emocional, la empatía, la escucha, el cuidado y la actitud de servicio); 5) un modelo de éxito, poder y liderazgo basado en los prejuicios citados y la lógica dominio/sumisión, ganar/perder, consecuente a las creencias y modelos anteriores, 6) el modelo de amor y relaciones patriarcal sexista y heterocentrista y la separación de los mundos privado y laboral, entre otros elementos. Estas creencias y modelos se transmiten y siguen perpetuándose mediante los mecanismos de socialización, en virtud de los cuales las personas asumimos la cultura hegemónica (por miedo a ser rechazados o rechazadas y no ser amados o amadas, sobresalir y el conformismo citado por Solomon en 1952) y la reproducimos de forma más o menos consciente generación tras generación, tanto en la vida privada como en la pública. El desempoderamiento forma parte del inconsciente colectivo, de nuestro cerebro emocional y de nuestro cerebro cognitivo. Es un elemento político de dominación universal. Debido a esta programación, sufrimos un desempoderamiento sociocultural, psicológico y de género con graves consecuencias para la salud y la felicidad. El desempoderamiento es el causante de este mundo de muerte y destrucción, de un sistema socioeconómico de desigualdad y discriminación. Las personas quedan despojadas de derechos y oportunidades, desarrollando a su vez la creencia de que no tienen poder de creación ni decisión sobre sus vidas, con el consiguiente afianzamiento de los arquetipos colectivos disfuncionales[10] de víctimismo, servilismo, dependencia... Arquetipos que tienen una influencia decisiva respecto a la salud y la felicidad y, por supuesto, en los ámbitos laborales.

Es fundamental remarcar que tanto mujeres como hombres con cualquier

característica de diversidad sufrimos desempoderamiento en distintas formas y grados, incluidas las personas que ostentan cargos de responsabilidad o tienen poder social, económico, político, etc.; aunque son las niñas y las mujeres las que más cotas de violencia y discriminación sufrimos, por nuestra condición de segundo sexo y género, e incluso en muchos países de no ciudadanía. Unas y otros somos víctimas y a la vez responsables del sistema. Somos violentados o violentadas y sufrimos las consecuencias, sin que la mayoría se plantee que contribuimos a la construcción de esta realidad de forma insconsciente, puesto que nos la «creemos» casi sin cuestionarla, y así la convertimos en realidad. Primero en nuestra subjetividad (violentada y autoviolentada) y después a través de nuestras acciones.

La *violencia de género*, desde mi punto de vista, es un concepto mucho más amplio que la violencia que se ejerce contra las mujeres en cualquier ámbito. La *violencia de género* es la violencia que sufrimos mujeres y hombres (en distintas formas y grados) ejercida por el sistema patriarcal en base al sistema sexo/género, al ser limitado en el proceso de socialización nuestro potencial infinito de cualidades diversas (tanto masculinas como femeninas). Dada la necesidad de ser amados, aceptados y reconocidos (Maslow, 1948), mujeres y hombres hemos de lograr acercarnos a unos modelos de Ser que nos apartan de nuestra verdadera identidad y «*Ser esencial»*, coartando nuestra *libertad* (al ser violentada o limitada). Las mujeres hacia el modelo basado en la «ética del cuidado» y el «ser-para-otro», y los hombres al modelo basado en la «ética del individualismo» y el «ser-para-sí mismo» (Gilligan, 1982; Basaglia, 1983). El *miedo* a no lograr el estado de perfección y éxito exigido genera altas cotas de estrés y frustración, minando nuestra *autoestima* desde muy temprana edad.

Un factor primordial, que no suele contemplarse, es la *autoviolencia,* la violencia ejercida hacia uno o una misma. Cuando nos miramos al espejo y no nos gustamos estamos siendo violentos hacia nosotros mismos. También cuando callamos una idea innovadora o una solicitud de ascenso por miedo al rechazo, cuando un hombre muere por ser el más rápido en la carretera o por negarse a usar un arnés en una obra, cuando una mujer mantiene una posición de sumisión en una relación o en un equipo de trabajo, o cuando un directivo o trabajador se siente herido por los comentarios de sus compañeros. Es muy importante considerar que la autoviolencia es uno de los elementos más desempoderantes. Es un mecanismo sutil de coerción y dominación.

En resumen*, estar desempoderado a nivel personal e interno* significa «no valorarse (amarse) ni tener consciencia del propio poder de creación, del potencial infinito del cual somos poseedores y poseedoras al nacer, de nuestra condición de Ser poderoso en igualdad y unidad con el resto de la humanidad. Implica situarse en una posición de inferioridad, sumisión y dependencia desde el miedo y la autoviolencia, una autoestima lastimada, el desequilibrio de género interno y la no libertad respecto a la expresión de la propia identidad». El *desempoderamiento colectivo* se genera como efecto de esta situación generalizada, sumado al bloqueo y discriminación que el sistema

socioeconómico ejerce sobre las personas en función de sus caracterísitcas de diversidad, que les confiere o niega derechos y oportunidades en igualdad de condiciones. En definitiva, se nos conduce a relacionarnos con el propio Yo y los otros o las otras en base a la *violencia* y no a la *libertad,* al *miedo* y no al *amor,* lo que genera infelicidad. Las personas desempoderadas son más propensas a sufrir estados psicoemocionales negativos, debido a factores internos y externos que interrelacionan entre sí. La subjetividad y actitudes que una persona tiene ante la realidad externa van a determinar su bienestar o su sufrimiento ante los mismos acontecimientos, incluso ante una enfermedad. Un paciente empoderado tendrá un mejor pronóstico. Por otro lado, la posición social y la situación de «no poder» también impactan de forma negativa (pobreza, exclusión social, bajo nivel educativo, etc.). Las personas desempoderadas son por todo ello «grupo de riesgo» en cuestiones de salud. El impacto personal y colectivo es nefasto. El desempoderamiento, la violencia, la discriminación, el malestar o la enfermedad de una sola persona genera la misma realidad global por el efecto mariposa. La figura 9.3 muestra la realidad social creada en masa por la programación emocional y mental del sistema patriarcal de millones de personas. La consciencia colectiva violentada, limitada por el miedo y los modelos descritos anteriormente, crean un sistema cuya base es la violencia estructural y cultural, transmitida por la violencia simbólica que se concreta en violencia directa (más o menos visible).

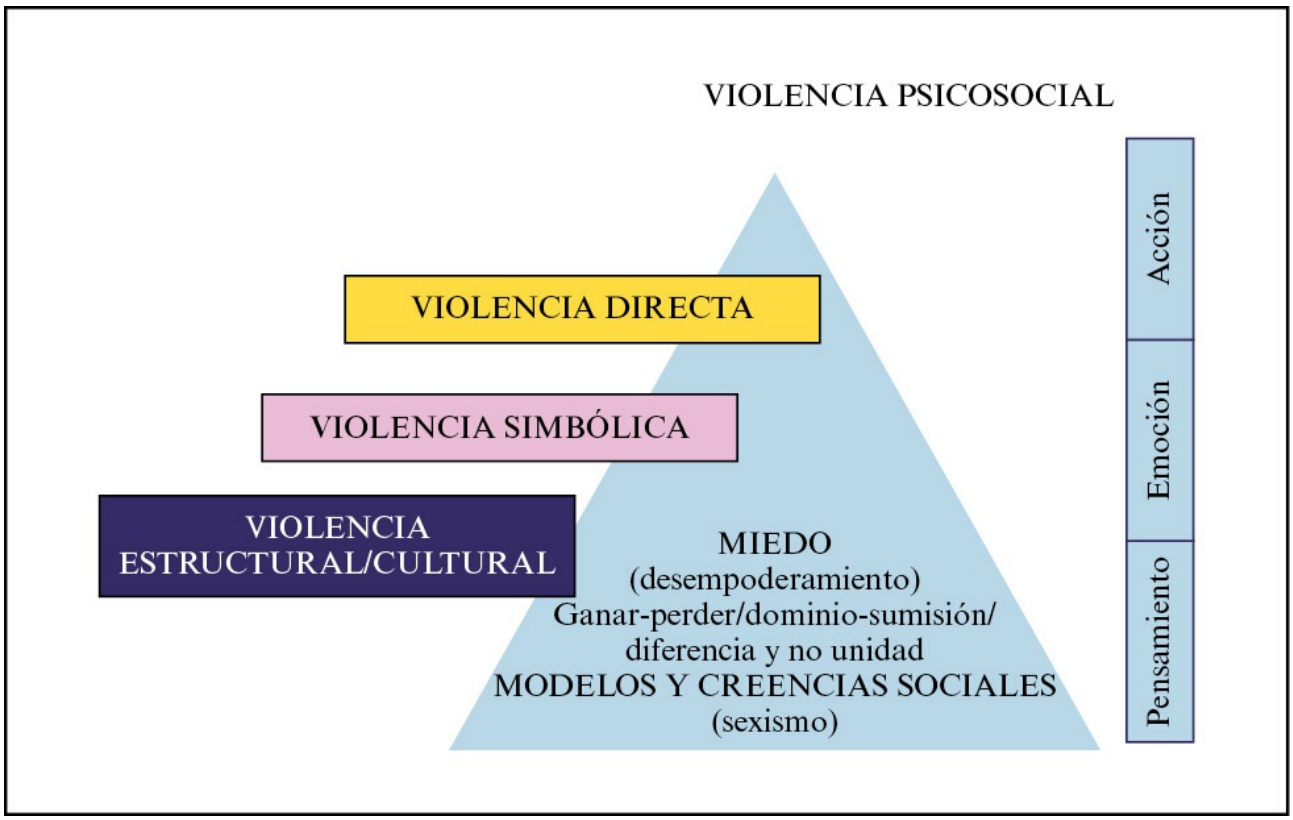


Figura 9.3.—Iceberg «Desempoderamiento y violencia social». (FUENTE: Elaboración propia.)

### 9.2.3. Desempoderamiento organizacional

Las organizaciones son organismos vivos que forman parte de la red infinita que somos. No son espacios neutros, insensibles a las influencias del contexto sociocultural en el que nacen, crecen y mueren. Por ello, también están desempoderadas. El efecto de la programación patriarcal en un entorno laboral es muy negativo, generando pérdidas a todos los niveles. Puesto que están formadas por personas, su subjetividad y programación afectiva y cognitiva será concretada y convertida en realidad por cada una de ellas. El iceberg de violencia también es aplicable a una realidad organizacional. En su base tendremos una cultura, valores y políticas basados en el miedo, la lógica ganar-perder, la creencia en la separación (no unidad) y la diferencia con desigual valor que sostiene los prejuicios sexistas, clasistas, racistas, homófobos, etc., descritos. El resultado son entornos y equipos homogéneos de creatividad limitada, donde el malestar y la infelicidad de la mayor parte del personal pone en peligro la sostenibilidad, la eficacia, la eficiencia, la innovación y la salud de toda la organización, empresas enfermas que enferman a su gente y al sistema socioeconómico global.

Un gran reto de las organizaciones es enfrentarse a las circunstancias negativas del ambiente laboral que desempoderan al personal mermando su salud y eficacia, como el estrés, el agotamiento emocional, la desmotivación, el *burnout* (estar quemado), el *síndrome de Solomon* (bloqueo de la creatividad por miedo a diferenciarse de la mayoría hegemónica), conflictos entre el personal y climas tensionados, etc. No atender a la diversidad de intereses y necesidades bio-psico-sociales provoca altas cotas de enfermedades, accidentes, bajas y absentismo, insatisfacción y desmotivación. Las pérdidas tangibles e intangibles son muy elevadas. Si unimos el enfoque de género, observaremos la prevalencia de diferencias importantes entre mujeres y hombres respecto a trastornos, sintomatologías, etc. y, como por desgracia sabemos, mayores cotas de violencia directa e indirecta contra las mujeres provocada por la discriminación y segregación laboral horizontal y vertical (techo de cristal). Desde el estrés hasta un accidente laboral tienen en su base el desempoderamiento generado por el sistema patriarcal. Hablamos de estrés laboral cuando la persona está enfrentando una situación que desborda sus recursos y atenta contra su bienestar. Nuestro organismo reacciona aumentando el ritmo de la presión cardíaca, el tono muscular y la producción de adrenalina. Las consecuencias físicas pueden ser dolores de cabeza, tensión y dolor en cuello y espalda, problemas estomacales y de piel, palpitaciones, sensación de falta de aire y debilitamiento del sistema inmunológico, entre otros. El estado de ánimo se ve afectado, sintiéndonos irritables, ansiosos, apenados, cansados... Pueden aparecer dificultades para dormir y concentrarse, aumentando el consumo de tabaco, alcohol y fármacos para tratar de paliar la situación. Todo ello puede potenciar y «despertar» problemas de salud más graves (úlceras, cáncer, problemas coronarios...). Las consecuencias a nivel laboral se dejan sentir tanto en la inserción y promoción como en

el desempeño cotidiano. Desciende la concentración y el estado de *flow*, la creatividad, la toma de decisiones acertada y la solución efectiva de problemas, la comunicación empática, la calidad en la atención al cliente..., y aumenta la conflictividad en los equipos, la agresividad... Un diagnóstico acertado ante un equipo o un trabajador o una trabajadora en situación de estrés debe incorporar la mirada desde el empoderamiento, la gestión de la diversidad y el enfoque de género. ¿Cuáles son los factores desencadenantes? En el caso de un hombre, ¿la presión como cabeza de familia, la competitividad y agresividad extrema por una identidad de género masculinizada y rígida, por un caso de *mobbing*...? En el caso de una mujer, ¿un acoso sexual o por razón de sexo o cualquier otra variable de diversidad, o el techo de cristal en su promoción profesional...? En el caso de ambos, ¿una política de horarios rígida, escasa posibilidad de conciliar ante el nacimiento de un hijo o una hija o la enfermedad de un familiar? Acertar en el diagnóstico nos facilita y asegura la benevolencia de las acciones y/o políticas a desarrollar, generando una gran reducción de costes y una inversión con retorno asegurado.

Otro ejemplo interesante son los accidentes de tráfico en horario laboral. Según datos de la Dirección General de Tráfico del Ministerio del Interior, la principal causa de baja laboral en una empresa se da por accidente de tráfico[11]. La mitad de los accidentes de tráfico son en horas laborales (entre las ocho de la mañana y las ocho de la tarde), y la mayoría de los que los sufren son hombres. Tráfico solicita a las empresas que se impliquen en paliar esta problemática racionalizando viajes e incorporando horarios flexibles y continuos, puesto que está demostrado que reducen la siniestralidad. Lo que también planteo a gritos es que, además, se debe incorporar el enfoque de género, ya que el comportamiento de riesgo está claramente asociado a la masculinidad y al desempoderamiento que los hombres (en general) sufren. El valor masculino está asociado al riesgo, la competición, a llegar el primero a la meta. Su autoestima depende de ello. El desequilibrio de género creado por la socialización patriarcal ha inhibido en los hombres la escucha respecto a sus propias emociones (entre ellas el miedo) y el autocuidado. Lo mismo sucede con otro tipo de accidentes laborales, como por ejemplo en el sector construcción, donde muchos hombres se exponen a graves accidentes por no respetar normas básicas como el uso de casco, arnés, etc. Una buena política de seguridad e higiene laboral estatal y organizacional debe hacer un gran esfuerzo por empoderar desde el punto de vista de género a trabajadores y trabajadoras, para prevenir comportamientos asociados a la identidad y rol de género que merman su salud y felicidad.

### El techo de cristal. El malestar de las mujeres directivas

El perfil actual de los diferentes sectores económicos y las organizaciones dista mucho de ser diverso, sobre todo en sus niveles superiores de responsabilidad. La actual cultura

y las políticas organizacionales tienden a la creación de entornos no inclusivos de la diversidad y diferencia humana, dando lugar a organizaciones y equipos homogéneos que pierden eficacia y eficiencia, calidad, innovación, creatividad, sostenibilidad, responsabilidad social y adaptación a la sociedad global actual (Sarrió, 2008). Las mujeres sufren aún más las consecuencias de culturas y políticas patriarcales. Un fenómeno presente en todos los países (con independencia del nivel de desarrollo económico e indiferente a la existencia de condicionantes religiosos, culturales y sociales particulares) es que, cuanto mayor es el nivel de responsabilidad y el reconocimiento social y económico del puesto, menor es la presencia de mujeres. Existen múltiples factores que dificultan la diversidad en todos los ámbitos, a pesar de las normativas internacionales y nacionales que penalizan la discriminación laboral y la desigualdad. En los años ochenta se acuñó el término *«techo de cristal»* para tratar de explicar y eliminar los factores «invisibles» por los que mujeres con sobrada preparación y experiencia quedan fuera de los niveles superiores de las organizaciones (Burín y Dio Bleichmar, 1996). La explicación sobre los motivos por los que existe una clara situación de desventaja sociolaboral de las mujeres es muy compleja, ya que, en la mayoría de ocasiones, la discriminación no se ejerce de forma directa. Desde las primeras teorías feministas y explicaciones antropológicas y sociológicas sobre la división sexual del trabajo, hasta las más actuales, centradas en la Psicología Social y Organizacional, el sistema sexo/género aparece como elemento transversal en todas ellas (Sarrió, 2004a). Cuando hablamos de los elementos que forman el techo de cristal hemos de hacer referencia a la interacción de barreras de tipo interno (desempoderamiento personal: identidad y subjetividad) y externo (desempoderamiento cultural y colectivo: estructura organizacional segregada, cultura y políticas organizacionales)[12].

El *techo de cristal* no sólo tiene repercusiones negativas para la salud y la eficacia y eficiencia global de una organización debido a la ausencia de equilibrio de sexos y géneros. Obviamente también afecta a las propias mujeres que lo sufren. El «malestar» entre las mujeres que ocupan puestos de decisión o tratan de promocionar a ellos es muy elevado (Burín, 1991). La queja somática y/o psicológica de las mujeres que acuden a consultas terapéuticas o sesiones de *coaching* tiene un nexo común en el que interactúan factores internos y externos (relacionados con las barreras comentadas antes). A la interiorización de determinadas creencias y valores sociales que pasan a formar parte de su programación emocional y mental, autoconcepto o identidad, socavando su autoestima y determinando sus comportamientos y elecciones vitales, se suman elementos externos relacionados con la cultura y las políticas socioeconómicas globales y las de la empresa o entidad en la que trabajan. Muchas mujeres directivas experimentan una «crisis de identidad» y un fuerte sentimiento de alienación al tener que trabajar en un ambiente masculino que veta la feminidad, y en el que la competitividad, los pactos velados y excluyentes, las largas horas de permanencia y las actividades fuera de horario laboral son la principal moneda, así como por ser sancionadas (de forma más o menos sutil) si

no actúan asumiendo la cultura masculina imperante. Algunas consecuencias de la tensión ejercida por la cultura y políticas organizacionales son: 1) mayores índices de autocrítica y exigencia, dejando pasar oportunidades por considerar que no están preparadas; 2) inseguridad y autodesconfianza, al sentirse constantemente evaluadas por ser mujeres *token* altamente visibles; 3) niveles elevados de estrés, provocados por las políticas organizacionales y los conflictos de identidad y rol de género; 4) la soledad y la falta de solidaridad con otras mujeres en sus misma posición (Lagarde, 2005); 5) culpa por no responder a sus funciones de cuidado y soporte familiar asignado a su rol de género; 6) conflictos de pareja y entre su vida privada y pública; 7) dudas sobre la postergación y/o ocultación de sus deseos de maternidad; 8) ocultación de embarazos; 9) frustración por la exclusión del conocido «club de los chicos»; 10) falta de autonomía y de escaso poder real en la toma de decisiones; 11) frustración por el «ninguneo» al que muchas son sometidas (la mujer «florero»); 12) ansiedad por la amenaza continua de despido; 13) el impacto de la discriminación salarial, 14) situaciones de acoso sexual y por razón de sexo... La consiguiente insatisfacción y desmotivación de las mujeres bloquea su talento diverso, las estanca en sus puestos o las lleva a abandonar la organización por otra que les ofrezca mejores posibilidades (Loden, 1987; Sarrió, 2004a).

### 9.2.4. Empoderamiento: amor, libertad, salud y felicidad

Los movimientos por los derechos civiles y humanos, entre ellos el feminismo, han utilizado el término empoderamiento para explicar que las personas sometidas a distintas formas de violencia y opresión requieren poderes para hacerles frente, y que dichos poderes sean interiorizados, formando parte de su propia subjetividad y de su manera de ser y existir. Su filosofía y metodología (no el término) tiene su origen en la educación popular de los oprimidos en América Latina de Paulo Freire[13]. El término «empoderamiento» apareció en 1976 en el libro *Black Empowerment* de Barbara Salamon, donde se describe como una metodología de trabajo social con la comunidad afroamericana marginada. Diversos estudios coinciden en que es en India donde la estrategia comienza a aplicarse entre las mujeres. La red DAWN (Alternativas de Desarrollo con Mujeres para la Nueva Era) lo introduce en la III Conferencia Mundial de la Mujer de Nairobi (1985). Las teóricas y activistas feministas de las agencias de desarrollo internacional lo adoptaron en el enfoque GED (Género en el Desarrollo) para dar respuesta al cuestionamiento por parte de las mujeres del Sur de las estrategias de la cooperación al desarrollo. La popularidad del término desde el feminismo llegó con la obra de Carolina Moser (1989). Se ofrecía un nuevo modelo de desarrollo centrado en la persona que exige una redistribución del poder a todos los niveles. En la IV Conferencia Mundial de las Mujeres en Pekín (1995) fue adoptado como la estrategia primordial, junto al *Mainstraming* de género, para erradicar las desigualdades de mujeres y hombres

y crear un orden social equilibrado y sostenible. A partir de ese momento se ha aplicado a nivel internacional en diversos ámbitos (educación, trabajo, liderazgo, etc.), además de a las Teorías del Desarrollo (Sarrió, 2010a).

Como apunta León (1997), el diccionario María Moliner se refiere a un uso antiguo de la palabra en castellano. Se corresponde con *potenciación* y *poderío* o, en su forma verbal, con *empoderar, potenciar y apoderar*. Las definiciones dadas sobre el término son muy numerosas y, obviamente, dependen de la perspectiva desde la que se trabaja. La mayoría de ellas hace referencia a la *expresión libre de la propia identidad y de poder personal y social*. El empoderamiento consiste en el proceso por el cual cada persona se faculta, se habilita y se autoriza a nivel individual y colectivo. Implica tener la facultad y el poder de «ser», «hacer», «tener» y «estar» y, en definitiva, de «vivir» en libertad, con autoridad, valoración y reconocimiento.

Su medio y su fin son el mismo: acabar con la violencia que limita la libertad, felicidad y salud mundial desde la transformación individual (lo interno y personal) y la transformación socioeconómica y política (lo externo y colectivo), potenciando la felicidad. Su metodología a nivel individual se basa en cambiar el modelo cultural, psicológico y de género en el cual somos socializados (programados) mujeres y hombres, y que nos desempodera, como acabamos de ver. Empoderarse a nivel personal es un proceso, no un acto concreto, individual e intransferible. Nadie puede empoderar a otra persona. No se trata de otorgar poder como si de un cargo se tratase, sino que es necesario transitar por distintas experiencias personales en diversos contextos privados y públicos. Se trata de lo que se conoce comúnmente por «despertar». Empoderarnos es lo que hacemos las personas a lo largo de la vida intentando eliminar la opresión, las creencias impuestas y los estigmas que la sociedad establece para cada Ser en función de sus variables biográficas y sociales o características de diversidad[14]. Es un viaje hacia el interior para poder ser y expresarte hacia el exterior. Un viaje hacia el reconocimiento del propio poder de creación, de la propia valía y del sentimiento de unidad e interconexión entre lo que se ha creído separado (divinidad/humanidad, yo/realidad o destino, yo/tú, yo/planeta..., mente/cuerpo...). Un proceso de empoderamiento ofrece claves para transformar el miedo exacerbado desde la «cultura del terror» imperante, desaprendiendo creencias limitantes (sexismo, racismo, edadismo, esteticismo...) generadoras de carencia y sufrimiento y cambiándolas por otras que potencien la felicidad, y que son claves para vivir en libertad, claves entendidas como métodos y principios éticos, estéticos y prácticos para desarrollar «poderío», el cual hace referencia a «poderes para la vida» y no al poder de dominio tradicional (Lagarde, 2005).

Esta última distinción es fundamental, puesto que la palabra empoderamiento provoca el rechazo de muchas personas, sobre todo entre las mujeres, cuya identidad de género se establece apartada del «poder». El empoderamiento se refiere a que las personas adquieran «poder para», «poder con» y «poder desde», en contraposición al «poder sobre» patriarcal[15]. Sólo se logrará un cambio social y organizacional significativo si las

personas cuestionan los patrones de poder existentes, así como las creencias colectivas respecto al poder. Se persigue un desafío a las relaciones de poder existentes, deconstruyendo el «poder sobre» como instrumento de dominación, para construir otro tipo de relaciones y estructuras, otro tipo de poder, «poder sumativo», en el que los valores femeninos de servicio y cuidado estén incluidos.

Desde la estrategia se potencia el cuestionamiento y desafío a la programación afectiva y cognitiva patriarcal, creencias y prácticas, que generan el desempoderamiento y la violencia de la que somos víctimas y responsables. Se desarrolla una conciencia crítica, desaprendiendo prejuicios, los modelos de relación basados en el dominio y la sumisión; y se integran nuevas claves de vida que llevan al desarrollo de un Yo empoderado, que genera su propio bienestar y autonomía y desarrolla relaciones igualitarias basadas en el amor y el respeto hacia sí mismo o sí misma y el otro o la otra. Se pretende el reencuentro con la capacidad creadora como participantes activos de la cultura que nos configura y respecto a la responsabilidad sobre la propia vida, al tiempo que se tiene en cuenta a los demás.

El empoderamiento implica, por tanto, deconstruir la identidad estereotipada de mujeres y hombres, basada en los géneros complementarios masculino y femenino, para construir identidades completas, armonizadas y libres. El cambio de paradigma socioeconómico requiere fundamentalmente un cambio en las relaciones de género, donde todo lo femenino tiene un valor inferior a lo masculino y es inhibido, sobre todo en la identidad de género masculina y, por ello, en el ámbito público y en los entornos organizacionales. La inteligencia emocional de la sociedad está mermada por el androcentrismo imperante, que históricamente ha dado supremacía a la «razón» y la inteligencia práctica. El empoderamiento de las mujeres debe significar también un empoderamiento psicológico y emocional de los hombres, por medio del cual quitarse la coraza limitante de los estereotipos de género, incorporando la feminidad en su subjetividad y creaciones. Su carencia, hasta la fecha, promueve la violencia, el poder de «domino», la creación de culturas y políticas organizacionales discriminatorias y no inclusivas de la diversidad humana, la no corresponsabilidad familiar, etc.

Para que el empoderamiento como estrategia sea efectivo se requiere una metodología que actúe en diversas direcciones (de arriba a abajo, de abajo a arriba y a nivel transversal). Así, potencia el incremento del cambio en la identidad y *condición* de mujeres y hombres, mientras que al mismo tiempo se está transformando su *posición,* al abordar simultáneamente las necesidades e intereses de distintos colectivos, atendiendo a sus características de diversidad; a su vez se expande, generando un cambio en la *cultura*, un cambio positivo personal que devendrá en cultural y colectivo, y viceversa. Para que el empoderamiento personal sea efectivo ha de ser reconocido a nivel sociocultural, por ejemplo en políticas y leyes acordes. Por ello, el empoderamiento implica un conjunto de *procesos* a través de los cuales cada quien se apropia e integra en su vida *recursos, bienes, derechos y poderes* que nos han sido expropiados por el

patriarcado. Es fundamental apropiarse de estas cuatro vertientes, puesto que la historia nos ha demostrado que no basta con tener derechos sin recursos, bienes y poderes. Todos son necesarios para el logro real de la ciudadanía y el bienestar. Empoderarse significa la reafirmación a través de la educación y la formación, la información, la adquisición de conocimientos específicos, el acceso a posiciones de poder, a las nuevas tecnologías, la creación de redes, etc. Significa ganar poder e influencia sobre nuestras propias vidas y cuerpos, y respecto a la construcción del mundo que habitamos. Una persona empoderada posee mayores recursos para generar mayores oportunidades de ser y sentirse feliz.

Las políticas públicas van a ser primordiales. Desde educación y cultura se deben diseñar contenidos, metodologías y acciones para promover el empoderamiento de niñas y niños, juventud y personas adultas. Del mismo modo, las políticas sanitarias lograrían grandes resultados. El impacto del empoderamiento en la salud es inconmensurable, siendo un factor de prevención, mantenimiento del bienestar e, incluso, potenciación de la curación de enfermedades. Una persona empoderada pasa de ser un «paciente pasivo» a ser un «paciente activo» que toma decisiones y participa en su propio tratamiento. Las investigaciones muestran cómo la voluntad y la actitud positiva inciden en el pronóstico y éxito de tratamientos médicos. Jane Atcherberg (2005), Stephan Schwartz y Larry Dossey (2012) (citados por Miller, 2013) demuestran en sus estudios científicos cómo la consciencia puede contribuir al desarrollo de los acontecimientos materiales y cómo una persona empoderada, consciente de su poder y responsabilidad vital, puede potenciar su salud y autosanación. Devolverle el poder a la persona para que actúe y sea partícipe del control y gestión de su salud, apoyándose en terapias complementarias como la práctica de *mindfulness* (meditación y presencia consciente), visualización creativa, yoga, etc., es una clave a considerar, siendo una práctica cada vez más extendida en el ámbito sanitario internacional. También lo está siendo el hacerlas partícipes en la toma de decisiones de tratamientos y/o protocolos de actuación (como en el caso de los partos).

Estas mismas recomendaciones pueden aplicarse al *ámbito organizacional*. El experimento de Ellen Langer, reflejado en *The illusion of control* (Cubeiro, 2008), muestra cómo las personas mejoran su salud, reducen su mortalidad, utilizan menos medicación y se sienten más felices cuando se les ofrece la posibilidad de controlar su vida y ser útiles cuidando una simple planta. Otorgar capacidad de decisión o control sobre horarios y otras variables relacionadas con la vida privada y laboral, o permitir la posibilidad de dar, cuidar y sentirse útil y valioso, entre otros factores, confiere poder y sentido a la vida y al trabajo. Elementos que sabemos potencian a su vez el empoderamiento organizacional.

Resumiendo, la estrategia supone la promoción de la felicidad y salud mental y emocional de las personas, desde la potenciación de la libertad a partir de la deconstrucción de la identidad desempoderada (violentada) de mujeres y hombres. Implica aumentar la consciencia respecto al propio «poderío»[16], la autoestima personal y

el equilibrio de género interno para liberar la capacidad creadora de las personas, constreñida, mermada y olvidada por los modelos y creencias psicosociales. Empoderarse es recordar que somos seres con un potencial infinito de saberes y poderes para crear de manera ilimitada (contrariamente a lo que se nos ha hecho creer) y que, desde nuestra diversidad, somos iguales, somos uno sin distinción. Empoderarse implica relacionarse, amarse y amar desde el buen trato, transformando el modelo violento actual de relaciones con el propio Yo y los otros(as), tanto en lo público como en lo privado. Implica liderar la propia vida, así como transformar el poder y liderar desde el amor, el respeto y la inclusión de la diversidad. En definitiva, el empoderamiento se define como la toma de consciencia del poder personal y de la potencialidad infinita para crear bienestar y felicidad a partir de la libertad de expresión del propio Yo («Ser Esencial») y la actuación consciente en beneficio propio y de la comunidad. El empoderamiento crea, por tanto, felicidad personal y colectiva (Sarrió, 2009a).

## 9.3. *HAPPINESS MAINSTREAMING* ORGANIZACIONAL. TRANSVERSALIZAR LA FELICIDAD COMO CULTURA CORPORATIVA

La sostenibilidad de toda empresa o institución, ya sea pública o privada, dependerá de su capacidad para gestionar sus recursos más críticos en cada momento. Hoy el elemento crítico indiscutible en los nuevos entornos es el talento humano, con su inteligencia emocional, social y práctica. Y serán líderes aquellas entidades que integren a sus gentes no sólo como un «recurso», sino con el criterio de potenciar a su más valioso «poder», el Humano, con su infinito y diverso potencial (Sarrió, 2004, 2009b). Hemos visto en apartados anteriores que el talento humano requiere determinadas condiciones internas y externas para ser, expresarse, crear y relacionarse con otros talentos, y así expandirse. Desde mi enfoque, la estrategia desde la que se puede crear estas condiciones internas y externas en el contexto laboral es adoptar la felicidad como parte de la cultura corporativa de forma transversal. Se trata de establecer la felicidad como elemento clave del sistema de valores, misión y visión de la organización, en sus políticas y acciones. Defino la estrategia como *Happiness Mainstreaming* corporativo, haciendo una comparativa con la estrategia *Gender Mainstreaming* (transversalizar el género), que persigue la inclusión del enfoque de género en todas las políticas y acciones públicas internacionales, europeas, nacionales y locales. Se trataría de incorporar la felicidad como indicador de la benevolencia de los objetivos, políticas, estilos de liderazgo y gestión en todos los procesos organizacionales, así como del nivel de satisfacción y salud física, emocional, mental y espiritual de toda la plantilla. Implica diseñar cultura y políticas para potenciar el empoderamiento y la atención a la diversidad, así como para anticiparse y prevenir un impacto negativo. Algo así como hace Bután al evaluar su FIB para diseñar sus políticas públicas.

Una cultura corporativa de felicidad incorpora, a su vez, la estrategia del

empoderamiento y la gestión de la diversidad, considerándolas parte de la gestión del talento y calidad total. Ha de integrarse, además, un concepto y dimensión vetado hasta el momento en el sistema socioeconómico y los entornos organizacionales: el *amor*. Como se ha explicitado en un apartado anterior, el amor empodera, expande la conciencia, libera, sana y saca lo mejor de cada persona y equipo potenciando la felicidad, el bienestar y la salud, base de la creatividad, el buen clima y otros tantos factores claves en una organización. El amor como emoción básica (hacia uno mismo, los otros y el mundo) es el caldo de cultivo cuántico, la condición primigenia desde donde se crean la libertad y la felicidad desde la cual las personas pueden expresar su poder y talento personal.

Invertir en el empoderamiento del personal atendiendo a su diversidad es una cuestión clave de cultura corporativa, no ya sólo para competir en el mercado, sino para sobrevivir en él, atendiendo además a cuestiones de cumplimiento legal como la Ley de Igualdad, y de ética y responsabilidad social que aportan valor añadido. El objetivo fundamental es potenciar la eficacia y la eficiencia, la innovación y la calidad, a la vez que se integra en la filosofía organizacional la «ética del cuidado» (asociada estereotipadamente a la feminidad y la inteligencia emocional) de todos los elementos que componen la organización y/o están relacionadas con ella (accionistas, proveedores y poseedoras, clientes internos y externos, ciudadanía, el ecosistema...).

Como ya hemos dicho, los entornos laborales no son neutros a la cultura patriarcal que genera barreras a la felicidad. No lo son porque las personas que forman parte de las organizaciones no lo son. Somos las propias creadoras y transmisoras de sus valores desde nuestras identidades desempoderadas. El desempoderamiento de quien diseña la cultura y políticas organizacionales genera entornos donde la violencia, los prejuicios y las situaciones más o menos veladas de discriminación son moneda de cambio. Todas las personas tenemos prejuicios y hemos vivido experiencias de rechazo relacionadas con distintas líneas diferenciales (sexo, género, etnia, diversidad funcional, edad, orientación sexual y muchas otras diversidades mucho menos evidentes como estilos de trabajo, ritmos, estado civil, cargas familiares y de personas dependientes, etc.). Todas ellas son la base de los conflictos cotidianos existentes entre los miembros de los equipos, así como otras formas de violencia más grave como el *mobbing*, el acoso por razón de sexo/género, el acoso sexual, etc., que generan altas cotas de estrés, desmotivación e insatisfacción o los *síndromes de burnout y Solomon,* entre otros.

La salud laboral no sólo tiene que ver con la prevención y la atención de accidentes y enfermedades profesionales de las personas integrantes de una organización. Incluye también, como indica la OMS, el estado completo de bienestar físico y psicoemocional. Es decir, implica, como decíamos, promover la felicidad. Para ello, hay que cuidar diversos elementos relacionados con el entorno y las condiciones del trabajo, como la adecuación del empleo desempeñado a las necesidades psicoemocionales y físicas, y a las competencias e intereses profesionales del personal, la satisfacción, el clima laboral, la

capacidad de toma de decisión y de la expresión de la propia creatividad y «Ser esencial», la comunicación, los horarios y la posibilidad de conciliación entre vida privada y laboral, y un largo etcétera. La incorporación de políticas de salud y de gestión del talento en las organizaciones debe hacerse con una mirada integral y holística (atendiendo a las creencias, pensamientos, emociones, cuerpo, comportamientos y hasta la dimensión espiritual), a través del desarrollo de competencias y la aplicación de herramientas que generan bienestar personal y grupal.

Un *proceso de consultoría para promover la felicidad como estrategia corporativa* HM requiere un proceso más o menos similar que el explicitado en el apartado 9.2., sin profundizar en los aspectos terapéuticos. Las *fases,* similares a las desarrolladas en un Plan de Igualdad y Gestión de la Diversidad, son: 1) crear un comité de felicidad, empoderamiento y gestión de la diversidad que incorpore representación sindical y consultoría especializada; 2) sensibilizar a todos los integrantes de la organización sobre los beneficios derivados del HM; 3) realizar un diagnóstico a nivel estructural de las personas que forman parte de ella desde la perspectiva bio-psico-social, su nivel de felicidad y perfiles de diversidad; 4) realizar un diagnóstico sobre la cultura y políticas que han creado la realidad organizacional existente (programación) para conocer las barreras a la felicidad; 5) realizar un análisis DAFO sobre los factores desempoderantes y empoderantes, y establecer objetivos, acciones y políticas a implantar a corto, medio y largo plazo, haciéndolos coincidir con los objetivos de la organización; 6) implantar las acciones y políticas realizando una evaluación continua y apoyada en acciones de comunicación paralelas, y 7) evaluar el impacto logrado, beneficios y nivel de retorno. El objetivo final será desarrollar una nueva ética, misión y visión organizacional, así como políticas que favorezcan el entorno potenciador de la felicidad y la inclusión del perfil de talento diverso que la organización requiere para cumplir sus objetivos y hacerlos coincidir con los de sus clientes internos y externos y la responsabilidad social corporativa.

En dicho proceso será clave potenciar el *empoderamiento del personal gestionando su diversidad* mediante acciones de formación. Retomando las claves expresadas en el apartado anterior, implica: 1) potenciar su «poderío» favoreciendo su toma de consciencia sobre su responsabilidad en la creación de la realidad y propiciar el contexto para que pueda expresar su talento diverso en libertad; 2) «sanear» su programación patriarcal respecto a modelos y creencias; 3) afianzar su autoestima; 4) generar la integración de la inteligencia emocional, social y práctica armonizando masculinidad y feminidad, y 5) desarrollar el pensamiento positivo y competencias para la autogestión holística de la salud (respiración, relajación y *mindfulness,* entre otros). Es decir, una serie de competencias que tienen que ver con la relación con uno o una misma y con las demás personas. Competencias intrapersonales (inteligencia emocional y práctica) que incluyen la autoestima y la asertividad, la autorregulación (de emociones, pensamientos, cuerpo) y la motivación para lograr objetivos y deseos vitales y/o profesionales. Y

competencias interpersonales (inteligencia emocional, práctica y social) que implican el desarrollo de las habilidades sociales con especial atención a la empatía, la comunicación, la resolución de conflictos, la negociación y otras habilidades fundamentales. Con todo ello, se van a prevenir así comportamientos (auto) violentos, apoyando el estado de *flujo,* la creación de liderazgos y climas positivos, así como la satisfacción y motivación global.

Por otro lado, promover la felicidad y la salud laboral implica, como se ha dicho, cuidar diversos elementos relacionados con el entorno y las condiciones del trabajo, así como con la vida privada. Para ello, es primordial promover la diversidad y, más concretamente, la diversidad de sexo y género. Promover entornos donde haya una presencia equilibrada de hombres y mujeres con diferentes características de diversidad, así como con estilos de dirección y trabajo diversos respecto al género (con competencias masculinas y femeninas), es una clave básica. En un estudio realizado por el equipo de investigación del IUED-Universitat de Valencia, del cual formé parte (Barberá y cols., 2003; Ramos y cols., 2002), se demostró que las organizaciones diversas a nivel estructural y que, además, contaban con estilos de liderazgo diversos respecto al género, eran evaluadas por su personal de forma más positiva que las organizaciones homogéneas y con estilos de liderazgo masculinos. Se observó un mayor bienestar personal y grupal, mayor satisfacción y un mejor clima laboral, debido a que sentían una mejor atención y cuidado de sus necesidades personales y profesionales. Es decir, la felicidad aumenta en entornos diversos dirigidos también desde estilos diversos de liderazgo, sobre todo desde el *liderazgo transformacional* (Bass, 1985) y el *liderazgo situacional* (Hersey Blanchard, 1969).

Por otro lado, es necesario cuidar la diversidad bio-psio-social de mujeres y hombres, atendiendo a sus necesidades físicas, psicológicas y culturales. Cuestiones tan obvias como cuidar las diferencias generadas por etnia, religión o características fisiológicas no suelen contemplarse en las organizaciones. Dotar a las mujeres de infraestructura, material e indumentaria adecuada a su fisonomía es algo ignorado en muchos entornos laborales masculinizados, donde la presencia de mujeres es escasa. Mujeres jardineras, obreras, fontaneras..., usan tres tallas más de guantes, cascos, monos, gafas, etc. Gestionar su diversidad debe ser un imperativo en convenios colectivos y para los departamentos de prevención e higiene laboral. Los riesgos laborales relacionados con la reproducción también han de tenerse en cuenta. Cuando el ambiente laboral es nocivo para la salud, tanto hombres como mujeres sufren consecuencias en su vida reproductiva: infertilidad y dificultades en la concepción, partos prematuros y con cesárea, toxicidad y conflictividad en períodos de lactancia (Instituto de la Mujer, 1996). Atender las necesidades de nacimiento, lactancia y crianza de hijos e hijas va a aportar mucha tranquilidad a las madres y padres que trabajan.

Además, como hemos visto en apartados anteriores, el desempoderamiento de género tiene consecuencias muy negativas en la subjetividad de mujeres y hombres que pierden parte de las competencias masculinas y femeninas respectivamente, con un claro impacto

en su salud. Aplicar la gestión de la diversidad desde el *enfoque de género* a cualquier política de salud y felicidad va a potenciar sus beneficios, puesto que comprenderemos mejor el origen de la problemática existente, realizaremos mejores diagnósticos y diseñaremos más adecuadamente las acciones y programas a desarrollar.

Potenciar la felicidad en el ámbito laboral logra resultados y beneficios tangibles e intangibles. La felicidad laboral como cultura corporativa produce un efecto ganar-ganar. Por un lado gana el propio personal, al empoderarse y al ser gestionada su diversidad. Los trabajadores y trabajadoras operan en un entorno que respeta su bienestar, necesidades e intereses personales y profesionales, valora sus habilidades y ofrece un clima de respeto, autonomía e independencia. Por otro lado gana la organización, la cual también se empodera como efecto del empoderamiento de su personal. La organización gana personal más diverso en habilidades y capacidades, sano, equilibrado, satisfecho y motivado. Aspectos que redundan en una mejor productividad, calidad y en la reducción de costes (como por ejemplo los derivados del absentismo, bajas por enfermedad, la fuga de talentos y la reposición de personal o las pérdidas por desmotivación, mala gestión del tiempo, etc.). Los últimos congresos sobre Felicidad en el trabajo así lo corroboran, existiendo cada vez más bibliografía y aportaciones al respecto por parte de prestigiosos profesionales del *coaching* y la consultoría organizacional (ya citados a lo largo del capítulo).

## 9.4. CONCLUSIONES

Empoderar a las personas y gestionar su diversidad para favorecer su salud y felicidad es un imperativo de justicia social y también socio-económico, un deber de los Estados y sus políticas públicas, así como una oportunidad de supervivencia y sostenibilidad social. El factor determinante de la infelicidad, la enfermedad y el malestar es el estado generalizado de desempoderamiento de las personas, provocado por la *no consciencia sobre el propio talento y poder creador, una autoestima lastimada, desequilibrio de género interno y falta de libertad respecto a la expresión del Ser*. Acabar con la infelicidad y la violencia existente a nivel global implica una transformación interna de las personas, de hombres y de mujeres, violentados como hemos visto al limitarse su potencial infinito y diverso. El cambio global que el planeta requiere necesita del cambio individual. El empoderamiento y la felicidad colectiva requieren del empoderamiento y felicidad individual. Las organizaciones más innovadoras lo saben, y están cambiando su cultura y políticas organizacionales para potenciar la felicidad y el bienestar de su personal como clave de liderazgo y adaptación a las necesidades socioeconómicas del presente y del futuro. Las políticas que promueven el amor, y el empoderamiento del personal, la cultura del cuidado y el nuevo paradigma ganar/ganar están afortunadamente ganando terreno, a pesar de las arcaicas inercias de un sistema que, como sabemos, hoy más que nunca por los tristes resultados obtenidos, está obsoleto. Lograr una mayor

toma de consciencia de los beneficios que las nuevas tendencias hacia la transversalización *de la felicidad y la salud* ofrecen, más allá del mero cumplimiento legal, será el primer paso antes de aplicar las políticas y estrategias necesarias para potenciar una verdadera evolución hacia unas organizaciones que gestionen de forma inteligente la diversidad y el talento de su personal.

Estrés, ansiedad, problemas de espalda, bruxismo, úlceras, psoriasis, alergias, adicciones y numerosas enfermedades y trastornos físicos y psicoemocionales, así como tensiones, agresividad y diversas formas de violencia directa e indirecta, son la punta del iceberg de la realidad del sistema socioeconómico y los entornos organizacionales. Esta realidad, cuantificable y demostrada por las estadísticas que genera numerosas pérdidas humanas y materiales, es el resultado de una programación cultural y psicológica basada en el miedo y creencias limitantes. El conocimiento a partir de un buen diagnóstico de los valores y prácticas organizacionales que provocan el desempoderamiento e infelicidad del personal, es el siguiente paso para pasar a transformarlas.

Para promover la salud desde el HM, a partir del empoderamiento y la gestión de la diversidad, es condición indispensable reconocerla y propiciarla en el propio Ser y en las personas y entornos. El *coaching,* la consultoría, la terapia ocupacional y la formación se convierten en estrategias clave para lograr que las personas de una organización puedan superar las tradicionales barreras que han impedido que desarrollen todo su potencial desde su Ser infinito y creador, eliminando los prejuicios que impiden la aceptación de la diferencia interna y externa, y logrando unos entornos verdaderamente inclusivos.

Por otro lado, es básico que la «ética del cuidado» femenina, contrapuesta a la «ética de la separación y el individualismo» masculino, se reencuentren en cada persona para crear una identidad completa capaz de armonizar inteligencia emocional y social (asociada a la feminidad) e inteligencia práctica (asociada a la masculinidad). Primero en su propia subjetividad, para crearla en su propia vida y así lograr la creación de un sistema y unas organizaciones que contemplen el bienestar de sus integrantes. Puesto que durante décadas los estereotipos han jugado a favor de la masculinidad, parece que ha llegado el momento de reivindicar las características femeninas y de «hacer pública la cultura femenina, la cultura privada» (Camps, 1998), asociada a la inteligencia emocional, al cuidado del personal y los estilos transformacionales y situacionales de liderazgo.

Para quienes ocupan posiciones de dirección y gerencia o son representantes sindicales, es especialmente importante superar arcaicos modelos y creencias, como condición para garantizar su eficacia personal y profesional y la del entorno donde actúa. Dada su elevada importancia en la implantación de nuevas estrategias corporativas, deben revisar sus propias creencias y comportamientos limitantes, y desarrollar su propio empoderamiento personal para la inclusión de la diversidad y la gestión del talento. Para implantar el HM es necesario crear Comités de Felicidad con visión de enfoque de género y diversidad, puesto que, como se ha expuesto en el capítulo, las características

de diversidad y, en concreto, las dimensiones de sexo y género impactan de forma grave. La negociación colectiva constituye un medio fundamental para mejorar las condiciones laborales que afectan a trabajadores y trabajadoras en general y a las mujeres en particular. Es básico que comités diversos participen en las negociaciones.

Si el desempoderamiento es un aprendizaje cultural y político, el empoderamiento también puede y debe serlo. Potenciar la recuperación del «poderío» con el que nacemos es la clave para crear abundancia y felicidad. Desaprender «Patriarcado» y desarrollar nuevas éticas y prácticas de vida basadas en la unidad, el (auto)amor y la libertad es el camino de la felicidad. Las políticas públicas y privadas deben favorecer este cambio. Es imposible pedirle al «Patriarcado» que deje de serlo, pero sí es posible pedir a las personas que impulsen la transformación. Muchas ya lo están haciendo, gracias a sus propios procesos de empoderamiento. Afortunadamente, siempre han existido personas que han contradicho el sistema imperante, han desobedecido de forma responsable sus valores, han desestimado sus chantajes, han creído en otro mundo y, por ello, lo van convirtiendo en realidad. Personas felices que han creído en sí mismas y han expresado su talento sin miedo. El mejor antídoto contra la infelicidad es la felicidad. Por ello, ¡pongamos de moda la felicidad! Es para lo que vivimos.

---

## REFERENCIAS


Asch, S. E. (1952). *Social Psychology*. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall.

Barberá, E. (1998). *Psicología del género*. Barcelona: Ariel Psicología.

Barberá, E. (coord.) (2005). *Género y diversidad en un entorno de cambio*. Valencia: Servicio de Publicaciones de la UPV.

Barberá, E., Candela, C., Chorro, J. L., Ramos, M., Sarrió, M., Sevilla, J. y Yeves, T. (2003). Rompiendo el Techo de Cristal: los beneficios de la diversidad de género en los equipos de dirección. Proyecto de Investigación CICYT y Ministerio de Asuntos Sociales.Valencia: Universitat de València.

Basaglia, F. (1983). *Mujer, locura y sociedad*. México: Universidad Autónoma de Puebla.

Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. New York: The Free Press.

Blay, A. (1992). *Ser. Curso de Psicología de la Autorrealización*. Barcelona: Ediciones Indigo.

Burín, M. (1991). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.

Burín, M y Dio Bleichmar, E. (1996). *Género, psicoanálisis y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.

Camps, V. (1998). *El siglo de las mujeres.* Cátedra.

Capra, F. (1975, 2000). *El Tao de la Física.* Málaga: Editorial Sirio.

Chomsky, N. (1996). *The Culture of Fear*. En J. Giraldo (1996). Colombia: The genocidal Democracy (pp. 7-16). Monroe: Common Courage Press.

Csikszentmihalyi, M. (1997). Estado de flujo, felicidad y creatividad. *Revista The futurist,* septiembre-octubre, 8-12.

Cubeiro (2008). *Coaching y diversidad*. Madrid: LID Editorial Empresarial.

Davidson, M. y Cooper, C. (1992). *Shattering the Glass Ceiling: The Woman Manager.* Londres: Paul Chapman.

Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Siglo XXI.

Fromm, E. (1976). *El miedo a la libertad*. Buenos Aires: Paidós.

Furedi, F. (1997, 2002). *Culture of fear: risk taking and the morality of low expectation*. Londres: Continuum.

Galtung, J. (1985). *Sobre la paz*. Barcelona: Fontamara.

Gilligan, C. (1982). *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. México: Fondo de Cultura Económica.

Herman, E. y Chomsky, N. (1988). *Manufacturing consent: the political economy of the mass media*. New York:

Pantheon Books. En castellano *Los guardianes de la libertad.*
Hersey, P. y Blanchard, K. H. (1969). *Management of organizational behaviour*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
Jacobs, J. (2000). *La naturaleza de las economías.* Nueva York: Random House, The Modern Library.
Jung, C. (1999). *Obras completas*. Madrid: Editorial Trotta.
Kaufmann, M. (1989). *Hombres: placer, poder y cambio*. R. Dominicana: CIPA.
Lagarde, M. (2005). Para mis socias de la vida. Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres... los liderazgos entrañables... las negociaciones en el amor. *Cuadernos Inacabados, 48*. Madrid: Horas y HORAS.
León, M. (1997). El empoderamiento en la teoría y práctica del feminismo. En Magdalena León (comp.), *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Bogotá: Tercer Mundo S. A.
Loden, M. (1987). *Dirección femenina. Cómo triunfar en los negocios sin actuar como un hombre.* Barcelona: Hispano Europea.
Lyubomirsky, S. (2011). *La ciencia de la felicidad*. New York: Penguin Press.
Martínez Benlloch, I. (2004). Diferencia sexual y salud. Un análisis desde las políticas de igualdad de género. En E. Barberá e I. Benlloch (2004). *Psicología y Género*. Madrid: Ed. Pearson.
Maslow, A. (1948). «Higher» and «Lower» Needs. *Journal of Psychology, 25,* 433-436.
Miller, L. J. (2013). *The Oxford Handbook of Psychology and Spirituality*. Oxford University Press.
Moser, C. (1989). Gender Planning in the Third World: Meeting Practical and Strategic Gender Needs. *World Development*, *17*(11).
Organización Mundial de la Salud (1948). *Preámbulo de la constitución de la Organización Mundial de la Salud tal y como fue adoptada por la conferencia internacional de salud.* New York, 19-22 June, 1946.
Ramos, A., Barberá, E. y Sarrió, M. (2003). Mujeres directivas, espacios de poder y relaciones de género. *Anuario de Psicología. Monográfico perspectivas de género en psicología, 34*(2), 267-278.
Saint-Aymour, J. (2007). *El efecto mariposa. Sincronicidad: Jung y la teoría de las casualidades significativas*. Barcelona: Obelisco.
Sarrió, M. (1996). *Motivación de justicia distributiva: una aproximación desde la perspectiva de género.* Tesis de Licenciatura. Universitat de València.
Sarrió, M. (2004). *La Psicología de género a través del «Techo de Cristal»*. Tesis Doctoral. Premio CES. Edita CES Comité Económico y Social de la Comunidad Valenciana y Fundación Bancaixa.
Sarrió, M. (2008). Coaching y empoderamiento. En A. Kaufmann y J. C. Cubeiro (coord.), *Coaching y diversidad*. Madrid: LID Editorial Empresarial.
Sarrió, M. (2009a). Empoderamiento: amor, poder y liderazgo. *Actas del V Congreso Estatal ISONOMIA* «Poder, poderes y empoderamiento. ¿Y el amor? ¡Ah, el amor!». Castellón: Universitat Jaume I.
Sarrió, M. (2009b). Coeducación, empoderamiento y gestión de la diversidad para la conciliación de la vida privada y laboral. En M. B. Cardona y cols. (2009). *Medidas de conciliación de la vida personal, laboral y familiar*. Editorial Bomarzo.
Sarrió, M. (2010a). Empoderamiento personal: clave feminista para la libertad. En *Jornades Feministes PV 2007* (2010). Jornades 30 anys de feminisme al País Valencià. Valencia: Tandem Edicions.
Sarrió, M. (2010b). Ruptura del Techo de Cristal en las organizaciones: empoderamiento, planes de igualdad y gestión de la diversidad. En *Jornades 30 anys de feminisme al País Valencià*. Valencia: Tàndem Edicions.
Sarrió, M. y Castro, C. (2008). *Guía para la aplicación del principio de igualdad en la gestión empresarial.* Edita Obra Social CAM.
Sarrió, M., Doval, V. M. y Sánchez, M. (2014a). Empoderamiento para la prevención y eliminación de la violencia y la violencia de género. Enfoque, programas y materiales. *Actas IX seminario estatal isonomia contra la violencia de género, 3,* Isonomia. UJI, 2014.
Seligman, M. (2002, 2011). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B. de Bolsillo.
Servan-Schreiber, D. (2003, 2010). *Curación emocional. Acabar con el estrés, la ansiedad y la depresión sin fármacos ni psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Kairós.
Shinoda Bolen, J. (2005). *El tao de la psicología.* Barcelona: Kairós.
Simón, V. M. (2007). Mindfulness y Neurobiología. *Revista de Psicoterapia, XVII* (65), 5-30.
Solomon, B. (1976). *Black Empowerment: Social Work in Oppressed Communities*. H University Press.

---

**NOTAS**

1 Directora de INFINITA CGD-Consultora de género y diversidad.

2 Valga como referencia obligada la reciente publicación de Lisa J. Miller, profesora de la Universidad de Columbia. Miller, L. J. (2013), *The Oxford Handbook of Psychology and Spirituality*. Oxford: Oxford University Press.

3 Interesantísimas resultan las aportaciones de las filosofías orientales, de la mano de Confucio, Rumi, Tagore, Dalai Lama, Lao-Tsé, Jiddu Krishnamurti, Tich Nhat Hanh y Osho, entre otras.

4 Informe ONU Felicidad Mundial, http://unsdsn.org/files/2013/09/WorldHappinessReport2013_online.pdf. En el informe España es uno de los seis países que más ha caído en el ranking.

5 http://www.adecco.es/_data/NotasPrensa/pdf/534.pdf.

6 Sobre la definición, enfoques y metodologías de ambas estrategias podéis profundizar en la bibliografía y vídeos disponibles en mis páginas web www.infinitaconsultora.org y www.maitesarrio.com, así como en la bibliografía citada en el capítulo.

7 La «ética del cuidado» es un concepto acuñado por Carol Gilligan (1982) para analizar el desarrollo moral de mujeres y hombres como crítica a la Teoría del Desarrollo Moral de Kholberg (1966) (Sarrió, 1996). Para Gilligan, la «ética del cuidado» está asociada a la feminidad, mientras que la «ética del individualismo y la separación» representa los valores asociados a la masculinidad. Desde mi punto de vista, la «ética del cuidado» se correspondería con muchos de los factores integrados en la inteligencia emocional, mientras que la «ética del individualismo» se correspondería con la inteligencia práctica. Una persona empoderada ha integrado ambas éticas en su identidad y las plasma en su vida. Es evidente que tanto en el ámbito de lo privado como de lo público es necesaria esta integración y equilibrio para prevenir enfermedades, violencias y potenciar la salud a nivel personal, así como para generar un paradigma socioeconómico más humanizado e igualitario. Desgraciadamente, la «ética del cuidado» no se valora en nuestro sistema educativo ni en las organizaciones y los círculos de poder patriarcal.

8 Paul Broca lo describió a principios del s. XIX como «cerebro límbico». Es el que compartimos con los mamíferos y algunos reptiles. Es el cerebro antiguo sobre el que se desarrolló el neocórtex (corteza nueva) donde reside el lenguaje y los procesos cognitivos.

9 Véase la aportación de Alejandro Jodorwsky y Marianne Costa (2009) en su libro *Metagenealogía* sobre el influjo de la familia y la linea genealógica en nuestra vida respecto a la imitación y/o ruptura de patrones, creencias y arquetipos. También resulta de interés la metodología de la fotobiografía de Fina Sanz (2007) para su análisis.

10 Los arquetipos del «inconsciente colectivo» son, según Jung, motivos mitológicos e imágenes primordiales. Sustrato común a los seres humanos de todos los tiempos y lugares del mundo, constituido por símbolos primitivos con los que se expresa un contenido de la psique que está más allá de la razón. Son una tendencia a formar representaciones sobre un modelo básico que afecta emocionalmente a la consciencia, interiorizados por las personas en el proceso de socialización y que trabajo en pacientes desde la terapia individual y de pareja, o en talleres y otras actividades como los Círculos de Empoderamiento de Mujeres.

11 Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la seguridad social nº 39.

12 Para mayor profundidad en el análisis de factores e indicadores del techo de cristal y de su diagnóstico véase Sarrió (2004, 2010b) y Sarrió y Castro (2008).

13 El empoderamiento tiene sus raíces en el concepto de «concienciación» de Paulo Freire. Su filosofía se basa en situar a la persona en el centro de su vida para que comprenda sus circunstancias personales y el entorno social en el que vive. Implica una transformación de la conciencia personal. Las personas se convierten en «sujetos» de sus propias vidas y desarrollan una conciencia crítica. La comprensión liberadora de sus circunstancias y del entorno social las conduce a la acción transformadora. Véase Freire (1969), *Pedagogía del oprimido*.

14 En cada persona este proceso se da de una forma más o menos consciente, en función de su deseo de «despertar» y de transgredir lo establecido en busca de su propia identidad, autoestima, autoafirmación, bienestar

y libertad. Todas las personas vamos enfrentando diversas situaciones vitales o laberínticas (conflictos, discriminación, desengaños, divorcios, enfermedades, accidentes, etc.) que nos hacen crecer a lo largo de la vida. La mayoría de personas repiten patrones poco beneficiosos una y otra vez (Guión de vida). Muchas personas «eligen» mantenerse en esta posición desde el victimismo y el no reconocimiento de su propia responsabilidad, mientras que otras «despiertan» y ponen empeño y voluntad en su cambio personal a pesar de las dificultades que el sistema imperante genera. Es recomendable visionar la película *El cambio* de Wayne Dyer, al igual que sus publicaciones.

15 Diferenciar los tipos de poder existentes es fundamental para comprender cómo la estrategia del empoderamiento transforma el poder tradicional establecido, que provoca desigualdad e infelicidad. Rowlands (1997) diferencia cuatro clases de poder siguiendo la obra de Lukes (1974) *Power: A Radical View,* y de Craig y Mayo (1995), quienes distinguen el poder en base a la idea de suma variable. El *poder sobre* es un poder de *suma cero,* en el que el aumento de poder de una persona implica la pérdida de poder de otra. Los otros tres poderes —*poder para, poder con y poder desde dentro*— se definen como poder de *suma positiva*, debido a que el incremento de poder de una persona incrementa el poder colectivo. Se entiende el poder como servicio para que todos y todas vivan mejor, felices y en igualdad.

16 Término recogido de Marcela Lagarde (2005) y que utilizo para hacer referencia al poder creado y ejercido «desde», «para» y «con»... «Desde» el amor y el poder interior personal, «para» el beneficio propio y de la comunidad, y «con» la participación individual y colectiva. Poder basado en una nueva ética y práctica fundamentada en el amor y el cuidado hacia dentro y hacia fuera, resultado de la integración equilibrada de las competencias y cualidades consideradas estereotipadamente femeninas y masculinas.

# 10

# Bases normativas para el *gender mainstreaming* en salud laboral

AMPARO GARRIGUES GIMÉNEZ[1]

## 10.1. ALGUNAS CONSIDERACIONES PREVIAS

Las normas sobre prevención de riesgos laborales, por lo que se refiere a la seguridad y salud de las mujeres en el trabajo, se han circunscrito, tradicionalmente, al abordaje de los riesgos laborales relacionados directamente con la función reproductiva o «maternidad biológica»; en concreto, con las situaciones de embarazo, puerperio y lactancia, como estados temporales o transitorios que merecen una protección específica (especialmente frente a ciertos riesgos relacionados con el contacto con determinados agentes químicos, físicos y biológicos). De acuerdo con ello, se vienen dictando no pocas normas, en distintos ámbitos (internacional, europeo, estatal), atribuyendo a la empresa, en el marco del deber de prevención que le corresponde, la obligación de desarrollar las actividades preventivas necesarias para dispensar una protección suficiente y adecuada a las trabajadoras en situación de maternidad frente a los riesgos derivados del trabajo que puedan amenazar su salud e integridad física, la del feto o lactante, o la viabilidad misma de la gestación, en su caso.

Sin embargo, y además de este abordaje clásico o tradicional —no por ello exento de avatares y carencias—, desde el ámbito normativo, en sus distintas instancias, se viene produciendo un cierto «giro de género» auténtico, determinado por la existencia de consideraciones preventivas diferenciales por razón de género en sentido amplio, más allá de la mera protección de la funcionalidad reproductiva de las mujeres trabajadoras. Este «giro» se debe en buena medida a la intensidad de la irrupción del Derecho antidiscriminatorio de la Unión Europea, cada vez más transversal en su perspectiva, y a la evidencia —puesta de manifiesto de un modo crítico por la doctrina científica— del paradigma androcéntrico subyacente en los criterios sanitarios operantes, tanto en los protocolos terapéuticos como en la medicina preventiva, en la propia investigación médica y farmacéutica y, por supuesto, extrapolados al ámbito de la prevención de riesgos laborales.

De acuerdo con lo expuesto, en estas páginas se abordará la normativa reguladora de la prevención de los riesgos laborales de las mujeres, tanto la relativa a aquellos

«clásicos» (relacionados con la protección de la maternidad) como de los nuevos riesgos laborales «de género», que emergen al calor de la normativa antidiscriminatoria y de la revisión de los estándares preventivos androcéntricos.

## 10.2. EL MARCO NORMATIVO DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN LAS SITUACIONES DE EMBARAZO, LACTANCIA Y PUERPERIO

La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales (en lo sucesivo LPRL, regula en su art. 26, bajo la rúbrica genérica de «Protección de la maternidad», las medidas específicas de protección y prevención a desarrollar por la empresa en presencia de ciertos estados biológicos derivados de la función reproductiva (actual y no potencial): la gestación, el puerperio reciente y la lactancia de la trabajadora, que constituyen el objeto de esta regulación específica.

En este punto, según manifiesta su propia exposición de motivos, la LPRL supone la transposición al Derecho español de la Directiva 92/85/CEE, del Consejo, de 19 de octubre de 1992, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y la salud de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o esté en período de lactancia (Décima Directiva específica derivada del art. 16.1 de la Directiva 89/391/CEE), en tanto en cuanto se entiende que determinadas actividades pueden presentar un riesgo específico, dada la exposición de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia, a agentes, procedimientos o condiciones de trabajo peligrosos, y que, por tanto y frente a ellos, debe recibir una protección reforzada; además, y sin duda por lo anterior, la LPRL vendría a poner remedio a algunas de las notables deficiencias puestas de manifiesto en el marco normativo precedente.

No obstante, y pese a la genérica referencia de la LPRL a la «maternidad», la norma española, en su redacción originaria, no agotaba en modo alguno todos los aspectos regulados por la Directiva 92/85/CEE. Y es que la Directiva extiende sus previsiones a los permisos y licencias, y a la protección social de la trabajadora en tales situaciones; tales aspectos, en el Derecho, español, aparecen desarrollados por el Texto Refundido del Estatuto de los Trabajadores (1995) —en adelante TRET— y por el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (1994) —a partir de ahora TRLGSS—, merced a las modificaciones introducidas en su día por la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, de conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras y su desarrollo reglamentario, y, posteriormente, y de manera más profunda, por la LO 3/2007, para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres.

Pero, además, y como presupuesto operativo necesario de todas las medidas preventivas a adoptar, la Directiva 92/85/CEE recoge, en sus Anexos I y II, sendas listas no exhaustivas de agentes considerados lesivos para el embarazo o la lactancia; nuestro

Derecho interno guardó silencio durante casi catorce años, obligando a quien interpretase la norma a debatirse entre considerar directamente aplicables dichos Anexos —por transcurrido el plazo de transposición sin que la normativa española hubiera contemplado la adaptación a los mismos (Rodríguez Escanciano, 2004, p. 151)— o dar por válidos los criterios utilizados por cada empresa a la hora de proceder a la evaluación de los concretos riesgos para la maternidad, sin más garantía —técnica, eso sí— que la derivada de las siempre solventes y rigurosas *orientaciones* del INSHT y del buen hacer del personal técnico especialista en prevención (no exento, lamentablemente, de posibles restricciones impuestas por la empresa en base a criterios estrictamente económicos).

Con la aprobación del RD 298/2009, de 6 de marzo, se incorporarían, sin más, los Anexos I y II de la Directiva 92/85/CEE.

### 10.2.1. Evaluación de los riesgos para el embarazo o la lactancia

Conforme al art. 3.1 del RD 39/1997, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención —en lo sucesivo RSP—, precepto que define qué ha de entenderse por «evaluación de riesgos», ha de tenerse por tal «el proceso dirigido a *estimar la magnitud de aquellos riesgos que no hayan podido evitarse,* obteniendo la información necesaria para que el empresario esté en condiciones de tomar una decisión apropiada sobre la necesidad de adoptar medidas preventivas y, en tal caso, sobre el tipo de medidas que deben adoptarse». El concreto proceso de evaluación a emplear en cada caso concreto deberá ser objeto de consulta a la representación de los trabajadores (o a éstos, directamente, en defecto de aquéllos) —arts. 33 LPRL y 3.2 RSP.

La evaluación de riesgos, en tanto actividad técnica, deberá realizarse por personal competente (técnicos de prevención, de nivel intermedio o superior, de acuerdo con la complejidad del proceso —art. 4.3 RSP—). Para llevar a cabo esa «estimación de la magnitud de los riesgos» en que consiste la evaluación, el art. 5 RSP exige que los técnicos de prevención dispongan de una información básica: la relativa a la organización, las características y la complejidad del trabajo, las materias primas y los equipos de trabajo empleados y el estado de salud de las personas trabajadoras; a partir de dicha información, el personal técnico de prevención *determinará los elementos peligrosos*. Tras dicha identificación, los riesgos habrán de *cuantificarse y valorarse en función de criterios objetivos de valoración* (criterios que vendrán dados por los conocimientos técnicos existentes, o serán consensuados con los trabajadores), de manera que se pueda llegar a una conclusión sobre la necesidad de evitar o de controlar y reducir el riesgo.

Además, y tras esa valoración objetiva, *deberán tenerse en cuenta las circunstancias subjetivas de la persona que vaya a ocupar cada puesto de trabajo* (art. 16.2.a LPRL), pues sus características y/o posible «especial sensibilidad» a determinados riesgos pueden suponer una «corrección» en los resultados obtenidos tras la mera aplicación de los criterios estrictamente objetivos. Como señala el mismo art. 5 RSP, los criterios técnicos

de evaluación de riesgos (para su concreción y cuantificación) pueden estar, o no, recogidos en normativa específica de aplicación; en caso afirmativo, el procedimiento de evaluación deberá ajustarse a lo previsto en la norma correspondiente. Por el contrario, si la normativa no concreta los métodos que deben emplearse, o lo hace de modo tal que sea necesario interpretarlos a la luz de otros criterios de carácter técnico, se podrán utilizar, si existen, los métodos o criterios recogidos en:

— Las Normas UNE.
— Las Guías del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, del Instituto Nacional de Silicosis, y protocolos y guías del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, así como de Instituciones competentes de las Comunidades Autónomas.
— Las normas internacionales.
— En ausencia de los anteriores, guías de otras entidades de reconocido prestigio en la materia u otros métodos o criterios profesionales descritos documentalmente que proporcionen un nivel de confianza equivalente.

Pues bien, como exige el art. 26 LPRL, para el caso de la maternidad, la evaluación de los riesgos así descrita deberá comprender la *determinación de la naturaleza, el grado y la duración de la exposición* de las trabajadoras en situación de embarazo o parto reciente *a agentes, procedimientos o condiciones de trabajo que puedan influir negativamente* en la salud de las trabajadoras o del feto, *en cualquier actividad susceptible de presentar un riesgo específico* (si los resultados de la evaluación revelasen un riesgo para su seguridad y su salud, o una posible repercusión sobre el embarazo o la lactancia, el empresario deberá adoptar las medidas preventivas necesarias para evitar la exposición a dicho riesgo).

En consecuencia, en la actividad de evaluación de riesgos el empleador debe poner en juego no sólo los criterios técnicos «generales» para la determinación y cuantificación de los riesgos laborales, sino que, además, debe aplicar criterios técnicos *específicos* relativos a la determinación y cuantificación de los *concretos riesgos para las situaciones de embarazo y lactancia de las trabajadoras.*

En España, los criterios de evaluación de carácter «general» carecen de ubicación normativa; vienen recogidos, habitualmente, en las *Guías Técnicas* que, para la evaluación de los distintos riesgos, elabora el INSHT (conforme a la previsión contenida en el art. 6.1.d LPRL y en las correspondientes Disposiciones Finales de los Reales Decretos que regulan las disposiciones mínimas de seguridad y salud frente a los concretos riesgos laborales y determinadas condiciones de trabajo). Por lo que se refiere a los criterios técnicos «específicos» para la evaluación de los concretos riesgos laborales susceptibles de afectar a las trabajadoras embarazadas, que hayan dado a luz recientemente o lactantes, la Directiva 92/85/CEE desarrolla un esfuerzo especial: en sus Anexos I y II incorpora sendos listados, de carácter no exhaustivo (y modificables de

acuerdo con el progreso técnico), en los que se enumera una serie de factores laborales particularmente peligrosos para la maternidad. El propósito declarado de tales Anexos es, a la vez, igual, pero su alcance y efectos son diversos: ambos se refieren a la necesidad de que el empleador evalúe ciertos riesgos concretos; sin embargo, *difieren en cuanto a las consecuencias derivadas de tal actividad evaluadora*. Mientras el Anexo I se refiere a agentes, procedimientos o condiciones de trabajo cuya peligrosidad puede conjurarse (exposición «controlada» o reducida hasta niveles admisibles o inocuos) mediante la aplicación de las correspondientes medidas preventivas (art. 4.1 Directiva 92/85/CEE) —puesta en marcha del sistema «escalonado» de actuación preventiva: adaptación provisional de las condiciones de trabajo y/o del tiempo de trabajo; movilidad funcional; dispensa del trabajo—, el Anexo II enumera agentes y condiciones de trabajo cuya presencia determina una «prohibición de exposición» (art. 6 Directiva 92/85/CEE) —es decir, en tales casos resulta inadmisible radicalmente forzar a la trabajadora a estar y pasar por el primer «escalón» preventivo (la adaptación provisional de las condiciones de trabajo y/o del tiempo de trabajo de la trabajadora afectada), activándose *ab initio* su movilidad o, en su caso, dispensa del trabajo—. Entre los agentes, procedimientos o condiciones de trabajo del *Anexo I* figuran:

1. Agentes.

A) *Agentes físicos,* cuando se considere que puedan implicar lesiones fetales y/o provocar un desprendimiento de la placenta, en particular:

a) Choques, vibraciones o movimientos.
b) Manutención manual de cargas pesadas que supongan riesgos, en particular dorsolumbares.
c) Ruido.
d) Radiaciones ionizantes.
e) Radiaciones no ionizantes.
f) Frío y calor extremos.
g) Movimientos y posturas, desplazamientos (tanto en el interior como en el exterior del establecimiento), fatiga mental y física y otras cargas físicas vinculadas a la actividad de la trabajadora.

B) *Agentes biológicos.*

Agentes biológicos de los grupos de riesgo 2, 3 y 4, en el sentido de los números 2, 3 y 4 de la letra d) del artículo 2 de la Directiva 90/679/CEE (modificada y adaptada al progreso técnico y codificada, finalmente, por la Directiva 2000/54/CE), en la medida en que se sepa que dichos agentes o las medidas terapéuticas que necesariamente traen consigo ponen en peligro la salud de las mujeres embarazadas y del niño aún no nacido, y siempre que no figuren

todavía en el Anexo II.

C) *Agentes químicos.*

Los siguientes agentes químicos, en la medida en que se sepa que ponen en peligro la salud de las mujeres embarazadas y del niño aún no nacido, y siempre que no figuren todavía en el Anexo II:

a) Las sustancias etiquetadas R 40, R 45, R 46 y R 47 por la Directiva 67/548/CEE, en la medida en que no figuren todavía en el Anexo II.
b) Los agentes químicos que figuran en el Anexo I de la Directiva 90/394/CEE (modificada y adaptada al progreso técnico en sucesivas ocasiones y codificada, finalmente, por la Directiva 2004/37/CE).
c) Mercurio y derivados.
d) Medicamentos antimitóticos.
e) Monóxido de carbono.
f) Agentes químicos peligrosos de penetración cutánea formal.

2. Procedimientos.

Procedimientos industriales que figuran en el Anexo I de la Directiva 90/394/CEE (Directiva 2004/37/CE, de codificación).

3. Condiciones de trabajo.

Trabajos de minería subterráneos.

Entre los agentes y condiciones listados en el *Anexo II* pueden encontrarse:

**Para las trabajadoras embarazadas:**

1. Agentes.

A) *Agentes físicos.*

Trabajos en atmósferas de sobrepresión elevada, por ejemplo en locales a presión o submarinismo.

B) *Agentes biológicos.*

a) Toxoplasma.
b) Virus de la rubéola, salvo si existen pruebas de que la trabajadora embarazada está suficientemente protegida contra estos agentes por su estado de inmunización.

C) *Agentes químicos.*

Plomo y derivados, en la medida en que estos agentes sean susceptibles de ser absorbidos por el organismo humano.

2. Condiciones de trabajo.

Trabajos de minería subterráneos.

**Para las trabajadoras en período de lactancia:**

1. Agentes.

A) *Agentes químicos.*

— Plomo y sus derivados, en la medida en que estos agentes sean susceptibles de ser absorbidos por el organismo humano.

B) Condiciones de trabajo.

— Trabajos de minería subterráneos.

En este sentido, y al objeto de clarificar el alcance y efectos (adopción de medidas preventivas) de la evaluación, resultan reveladoras las prescripciones contenidas en las Comunicación de la Comisión «sobre las Directrices para la evaluación de los agentes químicos, físicos y biológicos...», ya citadas. Así, y por lo que se refiere a los agentes, procesos y condiciones de trabajo del Anexo I, las Directrices establecen una serie de mecanismos de evitación o reducción —en su caso— de la exposición, a través de la adaptación de las condiciones técnicas del puesto y/o del empleo de medidas técnicas de protección colectiva y, a veces, individual (incluso la limitación del tiempo de exposición); se prevé, asimismo, el cambio de puesto o la dispensa del trabajo si no fueran posibles las medidas preventivas previas.

Sin embargo, por lo que se refiere a los agentes y condiciones del Anexo II, las Directrices son tajantes y diáfanas:

**Trabajadoras embarazadas:**

— Trabajos en atmósferas de sobrepresión elevada, por ejemplo en locales a presión o submarinismo: «Las trabajadoras embarazadas *no deben trabajar en un entorno de aire comprimido*».
— Toxoplasma y virus de la rubéola: «El empresario debe realizar pruebas de inmunidad para las actividades de riesgo (varicela, toxoplasmosis y parvovirus) y, *en caso de que la interesada sea seronegativa, prever su traslado a otro puesto o un permiso temporal*».
— Plomo y derivados: «la única opción posible podría ser *apartar a las mujeres*

*embarazadas o en período de lactancia de las zonas con presencia de plomo*. Esto es particularmente aconsejable cuando existe una exposición a compuestos de plomo orgánico».

**Trabajadoras en período de lactancia:**

— Plomo y derivados: «la única opción posible podría ser *apartar a las mujeres embarazadas o en período de lactancia de las zonas con presencia de plomo*. Esto es particularmente aconsejable cuando existe una exposición a compuestos de plomo orgánico».

Y, además, pues la lista del Anexo II no es exhaustiva, añaden las Directrices, respecto de los preparados y sustancias antimitóticas (medicación contra el cáncer), que «una trabajadora embarazada que prepare soluciones (trabajos en laboratorios industriales o instituciones sanitarias) para medicamentos antineoplásicos *debe ser transferida a otro puesto*». Ni la LPRL —en su texto original, ni en sus modificaciones posteriores (por las Leyes 39/1999 y 54/2003)— ni tampoco su profuso desarrollo reglamentario incorporaron, hasta 2009, los Anexos I y II de la Directiva 92/85/CEE, o previsión análoga alguna (Sánchez-Urán Azaña, 2004, p. 158). No obstante, sí podía encontrarse alguna —puntualísima— referencia (en sentido de remisión) a estos Anexos en la documentación técnica elaborada por el INSHT *(Guías Técnicas y Notas Técnicas de Prevención);* sin embargo, y sin perjuicio de la caracterización del Instituto como organismo científico técnico de la Administración General del Estado, tanto las *Guías Técnicas* como las *Notas Técnicas de Prevención* poseen una mera eficacia orientativa, careciendo sus criterios de fuerza vinculante.

Así, el cumplimiento de la obligación de evaluación reforzada impuesta por el art. 26 LPRL para las situaciones de maternidad se vio limitado durante casi quince años por la tibieza de unas previsiones técnicas prácticamente ausentes y de nulo valor obligatorio. Tal carencia dificultaba el cumplimiento empresarial de las obligaciones preventivas para con las trabajadoras en situación de embarazo, parto reciente o lactancia. Y ello resultaba especialmente escandaloso por la entidad y pluralidad de los bienes jurídicos puestos en juego (vida, integridad y salud de la mujer, del hijo o hija recién nacidos, viabilidad del embarazo, en su caso), pues una evaluación inadecuada o inexistente de los riesgos para la maternidad implica no sólo inadecuadas o inexistentes medidas preventivas, sino que, además, neutraliza *de facto* las taxativas prohibiciones de exposición a las que se refiere el art. 6 de la Directiva 92/85/CEE, «medidas mínimas» ya inexplicablemente omitidas en el art. 26.1 LPRL (que únicamente alude a «cuando resulte necesario, la no realización de trabajo nocturno o de trabajo a turnos», sin hacer referencia a los otros factores de riesgo sobre los que la norma europea sí proyecta la prohibición absoluta de exposición —trabajos en atmósferas de sobrepresión elevada, ciertos agentes biológicos, plomo y derivados, ciertos agentes biológicos....—).

En este sentido debía entenderse la exigencia plasmada por la Disposición final tercera de la L.O. 3/2007, para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres —desde ahora LOI —, conforme a la cual, y en el plazo de seis meses a partir de la entrada en vigor de dicha norma, debía aprobarse un reglamento por el que se integrara el contenido de los Anexos de la Directiva 92/85. No seis, sino casi veinticuatro meses hubo de esperarse para ver cumplido este mandato. Cabía esperar, además, y en cumplimiento de lo preceptuado por la misma disposición, que en el plazo de seis meses desde la publicación del R.D. 298/2009 se aprobaran por el Gobierno unas *directrices sobre evaluación del riesgo*, análogas a las de la Comisión Europea. Con el habitual retraso, se presentaron el 23/11/2011 las «directrices para la evaluación de riesgos y protección de la maternidad en el trabajo», elaboradas por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social: en esta nueva «entrega», de carácter no normativo, se recoge una serie no exhaustiva de «fichas» en las que se describen los factores de riesgo, sus consecuencias y las medidas preventivas aplicables a algunos agentes especialmente relevantes para la evaluación de los riesgos para la maternidad en la empresa, así como algunas listas indicativas de tareas en las que el factor concreto de riesgo suele estar presente de forma significativa.

En cualquier caso, y desde el 8 de marzo de 2009, los Anexos I y II de la Directiva 92/85/CEE quedaron incorporados al Derecho interno, y plenamente operativos en su funcionalidad, mediante su adición como Anexos VII y VIII, respectivamente, del R.D. 39/1997, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. Lógica ubicación si se recuerda que dicha norma, en su Capítulo II (arts. 3 al 9, ambos inclusive), dedicado a «Evaluación de los riesgos y planificación de la actividad preventiva», viene a desarrollar el art. 16 LPRL. Coherentemente con ello, la modificación vino a incidir en el art. 4 del RSP («Contenido general de la evaluación»). Técnicamente impecable, se reformó el art. 4.1.b) para incluir un nuevo epígrafe relativo a la evaluación de los riesgos respecto a las trabajadoras embarazadas o madres en período de lactancia. En un caso se hace referencia al nuevo Anexo VII RSP, que incluye una lista no exhaustiva de agentes, procedimientos y condiciones de trabajo que pueden influir negativamente en la salud de las trabajadoras embarazadas o en período de lactancia natural, del feto o del niño durante el período de lactancia natural, en cualquier actividad susceptible de presentar un riesgo específico de exposición, mientras que en el otro caso se refiere al nuevo Anexo VIII del propio Reglamento, dividido en dos partes: la parte A incluye una lista no exhaustiva de los agentes y condiciones de trabajo respecto a los cuales el empresario, una vez que conozca el estado de embarazo, *deberá impedir a la trabajadora embarazada realizar actividades que*, de acuerdo con la evaluación de riesgos, *supongan el riesgo de exposición a los mismos*, cuando se ponga en peligro su seguridad o su salud o la del feto; *además, la trabajadora en período de lactancia no podrá, en ningún caso, realizar actividades que, de acuerdo con la evaluación de riesgos, supongan el riesgo de una exposición a los agentes o condiciones de trabajo enumerados en la parte B del mismo Anexo*, cuando se ponga en peligro su seguridad o

su salud o la del niño durante el período de lactancia natural.

### 10.2.2. El largo olvido legal de la suspensión del contrato de trabajo como medida preventiva en las situaciones de embarazo y lactancia y la sucesión de «parches» normativos

El art. 26 LPRL, en su redacción de 1995, no preveía mecanismo alguno de dispensa del trabajo para las trabajadoras embarazadas o lactantes que, estando expuestas en su puestos de trabajo a riesgos susceptibles de poner en peligro su vida, integridad, salud, la del feto o hijo lactante —en su caso—, o la viabilidad misma del embarazo, no pudieran ver adaptadas las características o condiciones técnicas de su puesto de trabajo, o el tiempo de presencia en el mismo, ni se las pudiera movilizar temporalmente a un puesto libre de riesgo (la Directiva 92/85/CEE prevé —arts. 5.3 y 11— la necesaria articulación, para tales casos —de conformidad con la legislación o práctica nacionales— de mecanismos de dispensa del trabajo que eviten la exposición de la trabajadora a los riesgos durante el tiempo necesario, manteniendo su derecho al salario o a una indemnización adecuada). La asimetría entre el art. 26 LPRL —en su redacción original — y la norma comunitaria en este punto implicaba, en definitiva, la ausencia de cobertura normativa interna respecto de la situación de la trabajadora, que —objetivamente acreditada la existencia, en su puesto de trabajo, de riesgos laborales relevantes de cara a su situación de embarazo, parto reciente o lactancia— podía quedar irremediablemente expuesta a tales riesgos. Frente a ello, la doctrina mayoritaria se posicionaba abiertamente a favor de la operatividad en nuestro ordenamiento de la dispensa del trabajo, en base a la aplicación directa de la Directiva 92/85/CEE; en cuanto a la prestación económica a la que debía tener acceso la trabajadora durante ese período, se barajaban dos posibilidades: bien la subsunción de tal supuesto bajo el «paraguas» protector de la prestación por maternidad (con el inconveniente de su duración limitada), o su remisión al ámbito protector de la prestación por incapacidad temporal. Finalmente, en la realidad se impuso la necesidad de ubicar la dispensa de trabajo en la segunda de las contingencias señaladas; se producía así una suspensión del contrato por incapacidad temporal derivada de riesgos comunes, algo técnicamente absurdo, pasando la trabajadora a percibir la prestación económica correspondiente.

Esta laguna normativa sería atendida, tiempo después, por la ya mencionada Ley 39/1999, que introduciría en el art. 45 TRET una nueva causa de suspensión del contrato de trabajo: el «riesgo durante el embarazo», para la cual se crearía, también en el ámbito de la Seguridad Social, una nueva prestación económica, la «prestación económica por riesgo durante el embarazo», consistente —en aquel momento— en un subsidio de cuantía equivalente al 75 por 100 de la base reguladora de la incapacidad temporal por contingencias comunes, naciendo el derecho a la misma el día en que se inicie la suspensión del contrato de trabajo por el señalado riesgo para el embarazo. La

LOI modificaría posteriormente tanto el porcentaje como la base reguladora, elevando el «riesgo durante el embarazo» a la categoría de contingencia profesional (como corresponde a la etiología laboral de sus causas desencadenantes, con lo cual la base reguladora a considerar es ahora la de la incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales; y el porcentaje aplicable, el 100 por 100, para evitar cualquier atisbo de discriminación indirecta de la trabajadora en la cobertura económica de Seguridad Social, cuando la diferencia deriva del exclusivo rol biológico por ella desempeñado). De acuerdo con ello, el actual art. 26.3 LPRL establece que cuando el cambio (de funciones, según el art. 26.2 LPRL) no resulte técnica u objetivamente posible, o no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados —parece aquí acogerse una eventual negativa de la trabajadora—, podrá declararse el paso de ésta a la situación de suspensión del contrato de trabajo por riesgo durante el embarazo, y durante el período necesario para la protección de su seguridad o de su salud. Tal suspensión persistirá mientras se mantenga la imposibilidad de reincorporarse a su puesto de trabajo anterior o a otro puesto compatible con su estado; o, lo que es lo mismo, que esta situación tendrá como tope máximo el día que se inicie la suspensión del contrato por maternidad o la fecha de reincorporación de la mujer a su puesto anterior o a otro compatible con su estado (art. 135 TRLGSS, en su actual redacción).

Desoyendo lo preceptuado por la Directiva 92/85/CEE, la LPRL —tanto en su redacción original como tras la reforma operada por la Ley 39/1999— silenció la cuestión del derecho de la trabajadora *lactante* a la dispensa del trabajo. De esta manera, suponiendo las condiciones de seguridad y salud de la trabajadora un riesgo para la salud del hijo lactante, y resultando las previas medidas preventivas (adaptación de las condiciones del puesto y/o del tiempo de trabajo o, en su caso, la movilidad funcional) técnica u objetivamente imposibles o no exigibles razonablemente —por motivos justificados—, no cabía el paso de la trabajadora afectada a la situación de suspensión del contrato de trabajo por riesgo para su situación de lactancia. Resultaba inexplicable el olvido legal de este supuesto como habilitante para la apertura de un período suspensivo del contrato de trabajo, análogo al supuesto de riesgo durante el embarazo, con el consecuente establecimiento de una prestación económica por parte del sistema de la Seguridad Social. De cualquier modo, y con independencia de la dificultad técnica —y/o de las repercusiones económicas para el sistema de Seguridad Social— que la posible solución presentara en aquel momento, lo que no resultaba en absoluto inadmisible era la total desprotección en que la trabajadora lactante y su hijo o hija quedaban en dicho supuesto, cuando no cabía la aplicación de las previas medidas de protección y prevención. Para tal caso sólo quedaban como posibles las siguientes alternativas: la continuidad de la trabajadora (y, por ende, del hijo) en la exposición a los agentes lesivos (consecuencia que, en absoluto, podía ser admitida por el legislador); el abandono —definitivo y sin protección social alguna— de dicho empleo por parte de la mujer; o, finalmente, el mantenimiento de la trabajadora en su actividad, si bien siendo, en tal caso,

necesario que se desarrolle una lactancia artificial —tanto por lo que se refiere al «vehículo» de alimentación del lactante, cuanto por lo que respecta al mismo alimento a proporcionar al hijo o hija, pues, acreditándose la existencia de agentes de riesgo para la lactancia, queda claro que el medio por el que la criatura lactante queda expuesta es la propia leche materna, con lo que la misma habría de descartarse como alimento—. De esa manera, y cuando la trabajadora no estuviera dispuesta a sacrificar ni su maternidad ni su vida profesional, la Ley estaba negando al hijo o hija los beneficios nutricionales, inmunológicos e, incluso, psicológicos, derivados de la lactancia natural.

Urgía una respuesta normativa satisfactoria para evitar las consecuencias apuntadas (Garrigues Giménez, 2004, p. 81); respuesta que podía pasar por la delimitación de un período de lactancia natural protegido legalmente (por ejemplo, equiparándolo al estatutario de nueve meses, utilizado para la concreción temporal del permiso o reducción de jornada por lactancia), en el que fuera posible la suspensión del contrato de trabajo y la percepción de una prestación económica por parte de la trabajadora, con cargo al sistema de Seguridad Social. Para ello, la LOI introduciría distintas modificaciones: en el art. 26 LPRL, posibilitando «el pase de la trabajadora afectada a la situación de *suspensión del contrato por riesgo durante la lactancia natural de hijos menores de nueve meses*» si el cambio de puesto no resultara técnica u objetivamente posible, o no pudiera razonablemente exigirse por motivos justificados; asimismo, los arts. 45.1.d) y 48.5 del TRET para, respectivamente, incluir el «riesgo durante la lactancia natural de un menor de nueve meses», y añadir que, en tal supuesto, «la suspensión del contrato finalizará el día en que (...) el lactante cumpla nueve meses, (...) o (...) cuando desaparezca la imposibilidad de la trabajadora de reincorporarse a su puesto anterior o a otro compatible con su estado» (delimitando así el alcance temporal de tal situación suspensiva); finalmente, se modificaría el TRLGSS, introduciendo la situación de «Riesgo durante la lactancia natural» como nueva contingencia protegida por la cobertura económica del sistema de Seguridad Social (Sánchez-Trigueros, 2002, p. 61).

Las previsiones legales sugieren ciertas cuestiones de necesaria concreción. En primer término, la deliberada referencia al carácter *natural* de la lactancia protegida a través de la suspensión contractual; en efecto, quedan fuera del supuesto suspensivo (y de la eventual cobertura económica de la Seguridad Social) las situaciones de lactancia mixta (con leche materna y otros preparados alimenticios, simultáneamente) y de lactancia artificial (tanto en los casos de maternidad/paternidad biológica como adoptiva o acogimiento de menores de aquella edad). Además, no debe confundirse la suspensión de la prestación laboral por riesgo durante la lactancia natural con otras situaciones suspensivas que, reguladas en el art. 45 ET —incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo—, pueden, eventualmente, concurrir con la situación de lactancia natural de la trabajadora; en efecto, podría darse que la trabajadora lactante sufriera algún tipo de alteración de la salud de etiología extralaboral o, incluso, laboral, que la incapacitara

coyunturalmente para el desempeño de su trabajo (en tal caso se produciría la suspensión del contrato de trabajo por incapacidad temporal, con las consecuencias correspondientes). Podría, además, suceder que la trabajadora, durante la situación de suspensión por riesgo durante la lactancia, quedase nuevamente embarazada, acreditándose además la existencia de un riesgo para el embarazo derivado de las condiciones del puesto de trabajo (en tal caso, a falta de concreción normativa, la trabajadora debería permanecer en situación de suspensión por riesgo para la lactancia hasta agotar su duración para, posteriormente, activarse las medidas de protección de la maternidad establecidas en el art. 26 de la LPRL y, caso de ser imposible la adaptación de las condiciones y/o del tiempo de trabajo y la movilidad funcional, pasaría, sin solución de continuidad, a la situación de suspensión por riesgo durante el embarazo, con acceso a la prestación económica correspondiente si se cumplen los requisitos para ello).

Sentado lo anterior, ha de señalarse que el art. 135 bis TRLGSS (tras la modificación operada por la LO 3/2007) considera situación protegida *el período de suspensión del contrato de trabajo en los supuestos en que, debiendo la mujer trabajadora cambiar de puesto de trabajo por otro compatible con su situación*, en los términos previstos en el art. 26.4 de la LPRL, *dicho cambio de puesto no resulte técnica u objetivamente posible, o no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados*. De esta manera, el sistema de la Seguridad Social protege a la trabajadora proveyendo unas rentas de sustitución para los supuestos de *suspensión de la relación laboral por riesgo durante la lactancia natural*. De acuerdo con el art. 135 ter TRLGSS, la prestación económica por riesgo durante la lactancia natural consiste en un subsidio por importe del 100 por 100 de la base reguladora correspondiente al subsidio de IT derivada de contingencias profesionales —naturaleza profesional de la prestación reconocida, por fin, siquiera de manera refleja, por remisión a la prestación de riesgo durante el embarazo—, desde el día en que se produce el nacimiento del derecho. Debido a la actual caracterización del riesgo durante el embarazo como contingencia profesional, no se exige (ni para acceder a la prestación económica homónima, ni a la de riesgo durante la lactancia) tener cubierto período de cotización alguno.

El médico del Sistema Público de Salud que atienda a la trabajadora deberá haber emitido un informe (que el facultativo del sistema nacional de salud o, en su caso, de la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social deberá haber certificado), con carácter previo, acerca de la existencia de riesgo en el mantenimiento de la trabajadora en las condiciones del puesto de trabajo desarrollado.

## 10.3. HACIA UN DISEÑO NORMATIVO DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO: BASES LEGALES Y TÉCNICAS DE UN PROCESO AÚN POR DESARROLLAR

La Organización Internacional del Trabajo (a partir de ahora OIT) señaló en las

Conclusiones adoptadas por la Conferencia Internacional del Trabajo en su 91.ª reunión (2003), plasmadas en el documento titulado *Estrategia global en materia de seguridad y salud en el trabajo*, que «es preciso tener en cuenta los factores específicos de género en el contexto de las normas, los demás instrumentos, los sistemas de gestión y la práctica en materia de SST» (seguridad y salud en el trabajo). En el ámbito de la Unión Europea, y por indiscutible influencia del desarrollo experimentado por su Derecho antidiscriminatorio, tanto las políticas de acción como la normativa de la Unión experimentan también un cierto giro «de género» con ocasión de dos instrumentos clave:

— El Informe de la Comisión Europea «Cómo adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia de salud y seguridad (2002-2006)»; dicho Informe destaca la necesidad de prestar atención a las particularidades de la salud de las mujeres en el ámbito de la protección de la salud laboral, más allá de las cuestiones reproductivas. Las mujeres no son sensibles a los mismos tipos de enfermedades profesionales que los hombres y sufren accidentes de trabajo distintos. Debe integrarse mejor la especificidad de los sexos en la legislación de los Estados miembros. A tal efecto, deben invertirse esfuerzos en lo que se refiere a la ergonomía de los puestos de trabajo y a la consideración de las diferencias fisiológicas y psicológicas en la organización del trabajo.

— La *comunicación de la comisión de la UE al parlamento europeo, al consejo, al comité económico y social y al comité de las regiones*, titulada «Mejorar la calidad y la productividad en el trabajo: Estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo (2007-2012)», hace referencia concreta al «reto» que en materia de salud y seguridad representa «la participación de las mujeres en el empleo (que) sigue aumentando, y en muchos casos va acompañada de una segregación entre los sexos en el mercado laboral. Por consiguiente, es preciso tener más en cuenta los aspectos de salud y seguridad específicos de las mujeres». En su apartado 5.3, la Comisión reclama expresamente de la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo que, a través de su Observatorio de riesgos, elabore un análisis de los retos específicos que plantea, en materia de salud y seguridad, una mayor integración de las mujeres (...) en el mercado laboral. Dicho análisis facilitará la identificación y el seguimiento de las tendencias y de los nuevos riesgos, y de las medidas indispensables.

— La Directiva 2006/54/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 de julio de 2006, relativa a la aplicación del principio de igualdad de oportunidades e igualdad de trato entre hombres y mujeres en asuntos de empleo y ocupación (refundición), cuyo art. 26 establece la obligación de los estados miembros de la UE en materia de «prevención» de la discriminación por razón de sexo y del acoso sexual y por razón de sexo en el trabajo que, aunque formulado (el término «prevención») en sentido amplio, debe entenderse comprensivo de la prevención de estos fenómenos

como riesgos laborales de naturaleza psicosocial, especialmente prevalentes en las mujeres (según revela la información estadística manejada por la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo y por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, INSHT).

Por lo que se refiere a la normativa interna española, hasta la LOI de 2007 la cuestión de la prevención de riesgos laborales de las mujeres se venía limitando, como se ha dicho, al factor diferencial meramente reproductivo. La feminidad (y feminización) de ciertos riesgos laborales permanecía insistentemente invisible en todos los campos normativos, aunque podía inferirse de la LPRL y de su desarrollo reglamentario; en estas normas, aunque no se alude expresamente al género ni al sexo, sí se hace referencia a las características de la «persona», desde la consideración de la necesaria atención a la diversidad. Cabe citar asimismo, sin perjuicio de hacer hincapié en su singularidad, alguna norma reglamentaria de carácter técnico que sí hace referencia expresa a los aspectos preventivos diferenciales entre hombres y mujeres: el RD 487/1997, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores *(sic)*.

El impulso normativo efectivo hacia la introducción de la perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales no se produce en nuestro Derecho interno hasta la aprobación de la LOI, en marzo de 2007. En efecto, en ella hay tres preceptos clave a destacar:

1. El art. 27 (sobre *Integración del principio de igualdad en la política de salud*, incluyendo expresamente el ámbito de la salud laboral).
2. La D.A. 12.ª, que modifica el art. 5 LPRL, y exige la integración de los factores de riesgo ligados al sexo en la política de prevención de la empresa y en los estudios sobre PRL.
3. El art. 46.2, relativo a los Planes de Igualdad, al señalar expresamente como parte de su contenido la «prevención del acoso sexual y del acoso por razón de sexo».

En esta línea está la *estrategia española de seguridad y salud en el trabajo (2007-2012)*, al exigir que «el diseño de las políticas públicas en seguridad y salud en el trabajo debe integrar todo el conjunto de riesgos a los que se ven expuestos los trabajadores y trabajadoras como consecuencia del ejercicio de su actividad dentro y fuera de los centros de trabajo (...). De igual forma, dichas políticas, a la hora de establecer medidas concretas de actuación, deben tomar en consideración variables subjetivas de determinados colectivos tales como la edad, *el género*, la migración o la discapacidad».

Sin embargo, y a pesar de estas bases, a fecha de hoy aún no puede hablarse de mejoras normativas en el Derecho español que recojan la integración de la dimensión de género en los riesgos laborales en general, ni en los psicosociales en particular, ni tampoco la adopción de estrategias preventivas específicas de género. No obstante, sí

debe dejarse aquí constancia de las indicaciones (de valor técnico-orientativo, que no normativo) elaboradas por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), servicio técnico asesor de la Administración General del Estado en materia de seguridad y salud en el trabajo y prevención de riesgos laborales, adscrito al Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Y es que entre hombres y mujeres existen notables diferencias anatómicas, fisiológicas, antropométricas y un diferente grado/frecuencia de exposición a determinados riesgos. Todo ello relevante a los efectos de:

— Establecer los valores límite de exposición a determinados agentes lesivos presentes en el medio ambiente de trabajo.
— Evaluar la eventual mayor incidencia sobre uno de los sexos de los riesgos derivados de ciertas condiciones de trabajo.
— Diseñar las medidas preventivas necesarias desde una perspectiva de eficacia.

En este sentido, el INSHT establece, en sus *Notas Técnicas de Prevención* (NTP), criterios diferenciados en función del sexo/género, que cabe tener en cuenta en lo relativo a la exposición a los siguientes riesgos laborales: *a*) los causados por agentes *químicos* (NTP 542: compuestos químicos tóxicos para la reproducción femenina —causan infertilidad-subfertilidad-menopausia precoz—; NTP 758: alteradores endocrinos —pueden causar subfertilidad, cáncer de mama, endometriosis, alteraciones menstruales y de la edad de menarquía y menopausia—; NTP 557: sensibilidad química múltiple —prevalente en las mujeres— y NTP 487: agentes neurotóxicos —en sexo es un criterio diferencial en lo relativo a los efectos adversos—); *b*) los ocasionados por agentes *físicos* (NTP 784: vibraciones de cuerpo completo —las mujeres son más sensibles a las oscilaciones de baja frecuencia— y NTP 542: radiaciones X y *gamma* —infertilidad—); *c*) los relacionados con la *carga física de trabajo* (NTP 175: el sexo supone un factor diferencial en su cálculo; NTP 657 y 658: trastornos músculo-esqueléticos de las mujeres —mayor frecuencia en las mujeres y características distintas a los que sufren los hombres— y NTP 819: evaluación de posturas de trabajo estáticas), y *d*) los causados por agentes de naturaleza *psicosocial* (NTP 507: acoso sexual en el trabajo —afecta predominantemente a las mujeres—; NTP 603: riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (I) —hay una distribución desigual por géneros—; NTP 702: proceso de evaluación de los factores psicosociales —el sexo es variable a considerar—; NTP 730: tecnoestrés —diferencias significativas en función del sexo— y NTP 776: Promoción organizacional desleal: *trepismo* —mayor gravedad en caso de mujeres con responsabilidades familiares).

## REFERENCIAS

Comisión Europea (2000). *Directrices para la evaluación de los agentes químicos, físicos y biológicos, así como*

*de los procedimientos industriales considerados peligrosos para la salud o la seguridad de las trabajadoras embarazadas, que hayan dado a luz recientemente o estén en período de lactancia (Directiva 92/85/CEE)*. Bruselas, 05.10.2000. COM (2000), 466 final.

Garrigues Giménez, A. (2004). *La maternidad y su consideración jurídico-laboral y de seguridad social*. Madrid: CES.

Garrigues Giménez, A. (2009). Evaluación de riesgos laborales y maternidad: el R. D. 298/2009, de 6 de marzo, o el peligroso hábito normativo de la transposición «por entregas». *Revista Española de Derecho del Trabajo, 143*, 627-649.

Rodríguez Escanciano, S. (2004). La conciliación de la vida laboral y familiar en Castilla y León. *Revista de investigación económica y social de Castilla y León, 7*, 1-235.

Sánchez-Trigueros, C. (2002). *El riesgo durante el embarazo. Régimen laboral y de Seguridad Social.* Pamplona: Editorial Aranzadi.

Sánchez-Urán Azaña, Y. (2004). Igualdad de género y salud laboral: propuestas institucionales, realidad normativa y práctica convencional. *Revista del MTAS (Serie de Derecho del Trabajo), 53*.

---

**NOTAS**

1 Universitat Jaume I.

# 11

# Planes de igualdad y salud laboral

ANA MARÍA JULIÁN EDO[1] Y ELISA INIESTA PÉREZ DE GRACIA[1]

En el marco de la intervención, los planes de igualdad son una herramienta clave para mejorar la igualdad de género en las organizaciones. La estrategia que cada una de ellas traza en función de su propia naturaleza, tamaño, actividad que desarrolla, flexibilidad a la que puede adaptarse, pero sobre todo en función de la voluntad de las personas que la dirigen, va a ser determinante a la hora de analizar el impacto que las políticas de igualdad puedan generar.

Los planes de igualdad afectan a las empresas desde una doble perspectiva: por un lado, el funcionamiento interno de la empresa, desde un punto de vista orgánico y laboral, y en segundo lugar tienen una repercusión directa en la salud laboral de las personas, la cual debe ser contemplada con perspectiva de género, tal y como marca la legislación europea y española.

## 11.1. FUNCIONAMIENTO INTERNO DESDE UN PUNTO DE VISTA ORGÁNICO Y LABORAL

### 11.1.1. Fundamentación jurídica

Todas las empresas, por mandato de la *Ley Orgánica de igualdad 3/2007, de 22 de marzo, entre mujeres y hombres* (en adelante LOI), están obligadas a respetar la igualdad de trato y de oportunidades en el ámbito laboral y, con esta finalidad, deberán adoptar medidas dirigidas a evitar cualquier tipo de discriminación laboral entre mujeres y hombres (art. 45.1 LOI). Esta obligatoriedad de implementar medidas de igualdad afecta a todas las empresas, independientemente de su tamaño y singularidad.

Además, es obligatorio realizar un plan de igualdad (en adelante PI) en los siguientes supuestos:

— «En el caso de las empresas de más de doscientos cincuenta trabajadores (art. 45.2 *LOI*).
— Cuando así se establezca en el convenio colectivo que sea aplicable, en los términos previstos en el mismo (art. 45.3 LOI).
— Cuando la autoridad laboral hubiera acordado en un procedimiento sancionador la

sustitución de las sanciones accesorias por la elaboración y aplicación de dicho plan, en los términos que se fijen en el indicado acuerdo» (art. 45.4 LOI).

Según la LOI, los planes de igualdad no precisan necesariamente un acuerdo entre la representación de la plantilla y el comité de empresa. Deberán ser objeto de negociación, y aunque el acuerdo no es prescriptivo, evidentemente sí es deseable. Si atendemos a la *Directiva 2006/54/CE de 5 de julio, sobre la Aplicación del principio de igualdad de oportunidades e igualdad de trato entre hombres y mujeres en asuntos de empleo y ocupación (Refundición)*, en su art. 21.2 dice expresamente:

> «(...) los Estados miembros alentarán a los interlocutores sociales, sin perjuicio de su autonomía, a promover la igualdad entre hombres y mujeres, a fomentar normativas laborales flexibles con el objetivo de facilitar la conciliación de la vida laboral y familiar, y a celebrar en el nivel adecuado convenios que establezcan normas antidiscriminatorias en los ámbitos mencionados en el art. 1, que entren en el marco de la negociación colectiva. Dichos convenios respetarán las disposiciones de la presente Directiva y las correspondientes medidas nacionales de desarrollo.»

A pesar de que la legislación española no establece la obligación de acordar, es clara la intención del legislador europeo, y para ello la herramienta es la tradicional: la negociación colectiva. En ese sentido, la doctrina científica y la jurisprudencia de Tribunal Superior de Justicia avalan que:

> «El legislador europeo considera que situar en términos de obligatoriedad, sobre el tapete de la mesa de negociación, las políticas o medidas de igualdad puede contribuir a que éstas efectivamente se adopten sin necesidad de imponer la obligación de llegar a un acuerdo, que sí sería claramente atentatorio al derecho de negociación colectiva. En este sentido, bien podría concluirse que entre los extremos que deberán figurar en el escrito en el que se promueva la negociación a la otra parte, previsto en el art. 89.1 del Texto refundido del Estatuto de los Trabajadores (TRET), deberán figurar, sin perjuicio de que ello no condicione el acuerdo, las medidas relativas a la igualdad de género que propugna el promotor de la negociación (...)» (Comentarios a la Ley de Igualdad 2007, p. 358).

El art. 89 TRET impone a la partes expresamente el deber de negociar de buena fe. Por tanto, dependerá de la buena voluntad de las partes el llegar a acuerdos en materia de igualdad, acuerdos que serán beneficiosos para la empresa y para el conjunto de la plantilla, y por ende para el resto de la sociedad.

En el ámbito público la obligatoriedad de realizar planes de igualdad se concreta en la *Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto básico del empleado público,* cuya Disposición Adicional Octava establece:

> *«Planes de igualdad.*
>
> Las Administraciones Públicas están obligadas a respetar la igualdad de trato y de oportunidades en el ámbito laboral y, con esta finalidad, deberán adoptar medidas dirigidas a evitar cualquier tipo de discriminación laboral entre mujeres y hombres.
>
> Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado anterior, las Administraciones Públicas deberán elaborar y aplicar un plan de igualdad a desarrollar en el convenio colectivo o acuerdo de condiciones de trabajo del personal funcionario que sea aplicable, en los términos previstos en el mismo».

### 11.1.2. Fundamentación ética

La ética como disciplina ha tenido siempre, desde sus inicios, una perspectiva crítica sobre «lo establecido o sobre lo que hay», para proponernos guías u orientaciones sobre «lo que debería ser» (González Esteban, 2011, p. 1):

> «Si los hombres tuvieran el mismo tipo de responsabilidades para con los niños que tienen las mujeres, o si las mujeres tuvieran el mismo tipo de poder que tienen los hombres para determinar cosas como las prioridades en el trabajo, o la asistencia sanitaria, o la planificación urbana, o la organización del trabajo doméstico, muchos aspectos de la vida social podrían ser muy diferentes» (Jean Grimshaw, 1995, p. 665).

La participación de la mujer en el ámbito laboral, en la planificación y toma de decisiones, no sólo es justa sino también necesaria. Lo mismo sucede con el papel de los hombres en la organización del trabajo doméstico; no sólo es merecida su participación, sino que, además, es imprescindible en la búsqueda de la equidad social. Sin embargo, si bien es cierto que la mujer se ha introducido paulatinamente en el mercado laboral, el hombre no ha tenido las mismas oportunidades de elección para encargarse del ámbito privado. Todavía muchos hombres no han disfrutado de la satisfacción que el cuidado de los seres queridos proporciona. Esta sensibilización tan necesaria, acerca de la desigualdad social, será una de las piezas clave que articulen los planes de igualdad en las organizaciones. El cambio de paradigma es imprescindible en la asunción de una sociedad «globalizada» y equitativa. En ese sentido, la formación en igualdad y el rechazo de los estereotipos alimentados por el patriarcado van a ayudar a producir uno de los mayores retos sociales: que cada persona pueda orientar su vida laboral y personal sin la presión que socialmente se atribuye a cada uno de los géneros.

En el s. XXI es incuestionable la visión universalista de la ética. La ética en todos los ámbitos formales reconoce la igualdad de derechos y oportunidades. Lo que sucedía a finales de s. XX en el entorno empresarial, en el sentido de que pasar del reconocimiento formal a la realidad social y económica suponía que todo lo que no se podía decir, todavía se podía hacer (García Marzá, 1999), ya no sucede. Ahora la cuestión ética no sólo debe constar explícitamente en los planes y estrategias de las organizaciones, sino que en la mayoría de los casos es exigible por los *stakeholders* (personas consumidoras, clientela, personal de las organizaciones...). No basta con decir y expresar voluntades: decir y hacer son dos elementos inseparables en el mundo empresarial de hoy en día. Las memorias de Responsabilidad Social Empresarial (RSE) de las empresas no pueden reducirse a ser meros trámites de marketing. Precisan de auditorías y evaluaciones constantes. Los *stakeholders* del s. XXI, con las nuevas TICS a su alcance, están muy pendientes de la veracidad de los contenidos de las mismas. Y puede ser incluso contraproducente hablar de lo que no se hace, o mantener como valores aquéllos en los que no se cree.

Desde la ética empresarial dialógica es imprescindible, para hablar de credibilidad o legitimidad de la empresa, que se den diez valores básicos (García-Marzá, 2004, p. 286); de todos ellos, nos interesa destacar la justicia, el diálogo, la integridad, la transparencia y

la legalidad. Enlazando con la material que nos ocupa, los planes de igualdad, es preciso hacer referencia a la posibilidad de participación y mecanismos de consenso entre los diferentes grupos participantes, el respeto y fomento de los derechos humanos y de los valores implicados en el reconocimiento recíproco de las personas. Y aunque sea algo obvio, es conveniente recordar que no se puede ser socialmente responsable si no se cumple la ley, ya que la RSE siempre va más allá de la Ley.

Pero en algunos ámbitos, como por ejemplo en el laboral, existen todavía grandes contrastes, y aunque se promulga la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, en la práctica nos encontramos con grandes diferencias que son todavía reminiscencias de un pasado cercano; así por ejemplo, en materia de conciliación sigue siendo la mujer la que habitualmente ejerce los derechos que reconoce nuestra legislación laboral a ambos sexos.

Hablar de ética y de igualdad en el ámbito laboral obliga a hacer referencia a la responsabilidad social de las empresas y a la excelencia empresarial. En ese sentido, las Actas de las I Jornadas sobre RSE y Excelencia Empresarial, desarrolladas en 2013 en la Universitat Jaume I, pueden dar mucha luz sobre los valores y las herramientas utilizadas por las empresas que están destacando en este sentido. Para las empresas que persiguen la excelencia, el capital humano es clave en su estrategia empresarial.

No hay duda de que existe una vinculación natural entre RSE, políticas de igualdad y rentabilidad empresarial. Pero es imprescindible, para que ello sea posible, que estas políticas sean diseñadas, ejecutadas y evaluadas con un criterio profesional. La RSE es una oportunidad para la mejora de beneficios de la empresa, que ayuda a construir una sociedad más justa y eficiente y que garantiza, con la inclusión de la igualdad de oportunidades, mayores niveles de cohesión social. Las razones para apostar por la igualdad en el entorno empresarial son muchas y diversas, lo cual hace que, en realidad, no haya ninguna razón para no tener el propósito empresarial de conseguirla en todas y cada una de las organizaciones que pretenden ser una referencia a nivel de excelencia y sostenibilidad. Pero quizá la razón de peso que mueve al empresariado, más allá de la justicia social, más allá de la ética, es que las empresas socialmente responsables que integran planes de igualdad disponen de una ventaja competitiva en el mercado. Así lo corroboran recientes estudios (por ejemplo, *Women Matter* de Mc Kinsey, 2012, o *Mujeres en Puestos Directivos* de Price Waterhouse Coopers, 2012).

Según estudios realizados por IESE, sobre Beneficios de Políticas Flexibles, «la implantación de políticas de conciliación en las empresas reduce la rotación, el absentismo, el estrés, la ansiedad y la depresión en los empleados, aumenta la productividad, la motivación, el compromiso y la satisfacción laboral en los mismos y, en general, mejora las relaciones laborales» (Muñoz, 2007, p. 114).

La ventaja competitiva se manifiesta en activos tales como beneficios de contratación con Administraciones públicas, retención y aprovechamiento del talento, mejora del clima socio-laboral, mayor estabilidad y rendimiento laboral, mejora de la productividad,

disminución del estrés y aumento de la calidad de vida de toda la plantilla. Pero sobre todo, el hecho de trabajar bajo los parámetros de la excelencia de aquellas organizaciones referentes por su equilibrio y bien hacer, bajo la necesidad del cumplimiento de la legalidad, se convierte en una virtud, tratando de aprovechar lo que la ley impone como una oportunidad de hacer la empresa más productiva y rentable. En esta línea, el contar con un PI se convierte en una herramienta clave.

### 11.1.3. Materias sobre las que intervenir

«Para la consecución de los objetivos fijados, los planes de igualdad podrán contemplar, entre otras, las materias de acceso al empleo, clasificación profesional, promoción y formación, retribuciones y ordenación del tiempo de trabajo, para favorecer, en términos de igualdad entre mujeres y hombres, la conciliación laboral, personal y familiar, y prevención del acoso sexual y del acoso por razón de sexo» (art. 46.2 LOI).

Así, los planes de igualdad contemplarán, entre otras materias, las siguientes:

— El acceso al empleo. Supone la prohibición de ofertas de empleo sexistas, que puedan incurrir en discriminaciones directas o indirectas, y el establecimiento de garantías de imparcialidad en los procesos de selección de personal, a través de procedimientos objetivos.
— La clasificación profesional debe garantizar que se atribuye a las trabajadoras y trabajadores en atención a las funciones que realizan y que no supone un móvil indirectamente discriminatorio que origine categorías profesionales feminizadas o masculinizadas, ni provoque segregación horizontal o vertical, directa o indirectamente.
— La promoción profesional supone el establecimiento de sistemas objetivos de promoción que eviten las discriminaciones directas, y que tengan en cuenta los méritos, la formación académica y la experiencia profesional. Los PI en materia de promoción pueden contemplar medidas de acción positiva.
— Los criterios para acceder a la formación no deben ser discriminatorios, ni directa ni indirectamente, fomentando siempre su realización dentro del horario laboral, y en una hora que permita la conciliación (entre las 9:30 y las 16:30), estableciendo criterios objetivos e incluso adoptando medidas de acción positiva (por ejemplo que tengan preferencia las personas que se incorporen al trabajo tras una baja de maternidad o paternidad, o que puedan optar a la formación incluso en períodos de excedencia para el cuidado de menores o dependientes).
— Las retribuciones. Suponen garantizar el cumplimiento del principio legal de «a trabajo de igual valor, igual salario». El diagnóstico de situación deberá analizar las retribuciones salariales y extra-salariales, examinar posibles discriminaciones

directas o indirectas, tratando de fomentar sistemas objetivos relacionados con la competencia y la productividad, evitando pluses que puedan provocar discriminaciones indirectas en las mujeres como la antigüedad o la disponibilidad horaria. Analizar la brecha salarial suele ser un tema que ofrece resistencias. Sin embargo, sólo la asunción del problema y su visibilización garantizará las posibilidades de transformación con la implantación de un PI.

— La ordenación del tiempo de trabajo para favorecer, en términos de igualdad entre mujeres y hombres, la conciliación personal, familiar y laboral, informando al personal no sólo de sus derechos reconocidos en la legislación en cuanto a permisos, sino estableciendo mejoras en el sistema y reconociendo un elenco de medidas favorecedoras de dicha conciliación y fomentando su uso. De nada servirá un PI que reconozca mejoras de derechos, como la flexibilidad, o ampliaciones de permisos, si después no garantiza que el personal pueda acceder a dichas medidas.

— La prevención del acoso sexual y del acoso por razón de sexo, mediante el establecimiento de procedimientos específicos para su prevención, detección y para dar cauce a las denuncias o reclamaciones que puedan formular quienes hayan sido objeto del mismo. Son tan importantes la elaboración y difusión de códigos de buenas prácticas como la realización de campañas informativas o de acciones de formación en esta materia.

El tratamiento de todas estas materias en los PI, como veremos en los siguientes puntos de este capítulo, tiene una relación directa o indirecta con la salud laboral de mujeres y hombres.

### 11.1.4. Fases de elaboración

«Los planes de igualdad de las empresas son un conjunto ordenado de medidas, adoptadas después de realizar un diagnóstico de situación, tendentes a alcanzar en la empresa la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres y a eliminar la discriminación por razón de sexo.

Los planes de igualdad fijarán los concretos objetivos de igualdad a alcanzar, las estrategias y prácticas a adoptar para su consecución, así como el establecimiento de sistemas eficaces de seguimiento y evaluación de los objetivos fijados» (Artículo 46 LOI).

Respecto del contenido del plan de igualdad, hay que señalar por un lado las acciones previas, como son:

— El diseño de un buen diagnóstico, algo imprescindible para abordar la problemática teniendo un conocimiento preciso de la realidad, desde la perspectiva de género.

— Voluntad de dirección. Es imprescindible que la voluntad de la dirección quede

firmemente plasmada por escrito y se comunique a la plantilla para que los esfuerzos que conlleva la implementación de esta estrategia de cambio hacia la igualdad tenga éxito. Dicha formulación llevará aparejada el compromiso y la creación de la Comisión de Igualdad.

— Formación. La experiencia y la formación del equipo directivo son requisitos para que el Plan que se formule sea el adecuado. Cada agente implicado necesitará de formación en igualdad. Es necesario que la Comisión de Igualdad se forme, pero también es básica la formación desde los niveles de dirección y gestión más altas, hasta la última persona comprometida con la organización. En el tema de la salud laboral, como es lógico, es imprescindible que las y los profesionales de prevención de riesgos laborales adquieran los conocimientos oportunos en materia de género. Éstas serán las personas responsables no sólo de modificar las evaluaciones introduciendo las particularidades de género, sino de transmitir la prevención de riesgos con perspectiva de género dentro de la organización.

— Investigar y diagnosticar. De forma permanente el diagnóstico que se está realizando tiene sentido en cuanto que sirve para la acción. Es decir, se trata de reconocer lo que hay, con el objetivo de mejorarlo con una intervención.

— Priorizar. El Plan tiene que recoger las prioridades que sean coherentes con la política de la empresa, con sus problemáticas, necesidades e intereses. Un buen diagnóstico ha debido proporcionar información suficiente para conocer cuál es la realidad actual y cuáles son las oportunidades y amenazas del futuro para conseguir el reto de la igualdad entre mujeres y hombres. En este paso es necesario tomar decisiones sobre cómo abordar los problemas manifiestos, entendiendo como problemas aquellas necesidades que no están resueltas o no se van a resolver en un plazo razonable. La decisión es empresarial, y junto al equipo técnico que asesore ha de tomar las decisiones oportunas para llegar a establecer la lista de prioridades. A partir de estas prioridades, se comienza a planificar.

— Planificar con transversalidad. La planificación tendrá en cuenta los objetivos, los resultados previstos, las acciones, los indicadores, la estrategia (transversal), metodología, actividades y recursos destinados.

Contenidos básicos de un plan de igualdad. Un buen Plan de Igualdad ha de contemplar necesariamente los siguientes aspectos:

1. Diagnóstico.
2. Objetivos.
3. Acciones e indicadores.
4. Cronograma.
5. Responsable de cada acción.
6. Presupuesto.
7. Planificación del seguimiento y evaluación.

## 11.2. REPERCUSIÓN PARA LA SALUD LABORAL CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

### 11.2.1. Principales aspectos a tener en cuenta

Para abordar el tema de la salud laboral con perspectiva de género es necesario contemplar la situación de doble o triple carga de trabajo a que las mujeres, por cuestiones socio-culturales, se hallan sometidas. Así, conectando con algunos capítulos de este libro, se entiende que determinados aspectos son fundamentales a la hora de abordar la redacción de un plan de igualdad, en lo relativo a la salud laboral de mujeres y hombres.

Tal como se expresa en el capítulo 2, las personas tienen distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud en función de su sexo y clase social, territorio o etnia, y ello se traduce en una peor salud de los colectivos menos favorecidos (a pesar de que no es correcto hablar de colectivo cuando nos referimos a las mujeres, ya que son algo más de la mitad de la población mundial). Así, existen modelos de referencia que nos exponen datos sobre las distintas condiciones laborales de las mujeres en comparación con las de los hombres, y que ilustran sus peores condiciones. El principal y casi único objetivo de un plan de igualdad es corregir este desequilibrio.

Como se expresa en el capítulo 3, el género constituye una de las variables más importantes estudiadas desde la psicología de la salud, cuya influencia no deja lugar a dudas.

El análisis con perspectiva de género de las variables llevado a cabo en el capítulo 4, tanto estructurales (segregación horizontal y vertical, características del puesto diferenciadas por género) como individuales o del rol social (preferencias por género, significado del trabajo y del no trabajo) resulta muy útil para explicar algunas de las fases de la publicación de un plan de igualdad en lo relativo a la salud laboral con perspectiva de género. En esta línea, en el capítulo 5 se aborda la importancia de la conciliación familia-trabajo tanto para la salud en el hogar como laboral, siendo ésta una de las medidas a abordar en los PI.

En el capítulo 6 se sostiene que «la crisis económica está favoreciendo la aparición de nuevas formas de violencia contra las mujeres», y ello también deberá ser considerado a la hora de abordar la redacción de un plan de igualdad. La legislación española contempla la violencia de género en el terreno laboral a través de los términos de acoso sexual y acoso por razón de sexo, y propone su previsión y actuación básicamente a través de los Protocolos de Acoso, herramientas valiosísimas para:

— Evidenciar la tolerancia cero de la organización con cualquier tipo de acoso sexual o por razón de sexo.
— Establecer una serie de medidas preventivas para que este acoso no llegue a

producirse: sensibilizaciones a la plantilla y formación a puestos directivos y mandos intermedios, fundamentalmente para reconocer y detectar las situaciones de acoso, y así poder actuar ante las mismas lo antes posible, ya que cuanto antes se enfrenten, menor será el daño causado a la víctima.

— Establecer un proceso interno que garantice la forma de elevar una queja o reclamación por parte de la presunta víctima u otros agentes habilitados para ello, de modo que quede salvaguardado el carácter confidencial de todos los datos y de todas las partes, y elaborar una serie de medidas cautelares en su caso.

El reto de los planes de igualdad es pues enorme, y el problema no es baladí: como se nos comenta en el capítulo 7, son pocas las mujeres que llegan a puestos directivos, pero las que lo hacen se enfrentan a condiciones ambientales muy concretas y diferentes a las de sus homólogos masculinos y, consecuentemente a problemas de Salud muy específicos.

Otro aspecto novedoso a tratar en los Planes de Igualdad, es el impacto de las desigualdades de género en el trabajo (segregación laboral) sobre las decisiones económicas tal como se plantea en el capítulo 8 de este libro.

Por tanto, los PI aparecen como herramientas clave de intervención a la hora de disminuir la discriminación de las mujeres e incrementar la igualdad de oportunidades que repercutirá directamente en su salud laboral en concreto, y su salud general.

### 11.2.2. Principales áreas de intervención del plan de igualdad con respecto a la salud laboral

#### 1. Prevención de riesgos laborales

En relación con este tema, la LOI estipula en su Disposición Adicional duodécima las modificaciones que sufre la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en el sentido de que las Administraciones públicas tendrán en cuenta las variables relacionadas con el sexo al estudiar o investigar en materia de prevención de riesgos laborales.

Sin embargo, la LOI no establece ningún tipo de nueva regulación en la empresa privada, sino que se mantiene el criterio de abordar todo lo relacionado con el embarazo y la lactancia sin entrar en otras consideraciones más allá de la gestación o post-parto, lo cual supone un déficit y una pérdida de oportunidad.

En este sentido son enormemente ilustradoras las consideraciones de Pilar Rivas Vallejo (2007, p. 230), en su artículo «Salud y género: perspectiva de género en la salud laboral», en el que expresa que:

> «No existe una política preventiva específica de riesgos laborales desagregada por sexos desde el punto de vista del marco legal vigente, ni tampoco puede afirmarse que constituya una realidad en las empresas españolas. Ni tampoco ha sido objeto de atención específica fuera de nuestras fronteras, pues la perspectiva preventiva se reserva para los aspectos biológicos especialmente relacionados con la

maternidad, descuidando otras incidencias de género que pueden interactuar con otros factores de exposición a riesgos laborales y reduciendo las políticas a criterios aparentemente neutros pero basados en patrones masculinizados.»

Sin embargo, qué duda cabe que existen riesgos laborales específicos de las mujeres que deben ser eficazmente abordados por los PI, y en este capítulo quisiéramos destacar los siguientes, como más significativos, que no como relación exhaustiva:

— Acoso sexual o por razón de sexo, dentro de los denominados riesgos «psicosociales» y que repercuten directamente en la salud mental y física.
— Dobles o triples jornadas. El rol femenino de cuidados de la familia y del hogar conlleva una responsabilidad y carga familiar que constituye un importante riesgo laboral, ocasionando una interactuación de la vida privada y productiva imposible de desvincular.
— Otro tipo de riesgos ocasionados por las consecuencias de distintos tipos de discriminación en el trabajo. La incorporación de las mujeres al sistema laboral supone para las mismas un indiscutible enfrentamiento a una estructura masculina, que premia y pone en valor el trabajo productivo, dificultando su compatibilidad con las otras esferas de la vida, como el trabajo reproductivo. Del mismo modo, los varones encuentran dificultades para vivir una vida más allá de lo laboral, teniendo unos elevados riesgos psicosociales si pretenden compaginar la vida profesional y la familiar. Todo ello origina un alto nivel de precariedad laboral femenina, traducido en supuestos como:

  • La brecha salarial: es la diferencia media entre el salario de los hombres y de las mujeres, y su cálculo puede ser global (también reflejará la importante prevalencia de las mujeres en los contratos a tiempo parcial, alrededor del 80 por 100) o por hora, cuyo porcentaje, al no tener en cuenta las reducciones de jornada, es más ajustado. Cabe destacar que esta brecha se está agrandando como consecuencia de la crisis económica, y sobre todo de la reducción de acciones gubernamentales por la aplicación de políticas públicas de igualdad.
  • La segregación vertical: hace referencia a las dificultades que tienen las mujeres para poder desarrollarse profesionalmente, aun hallándose en igualdad de condiciones académicas que sus homólogos. Ello supone una barrera para que la mujer ocupe puestos con poder decisorio, ya que, por el contrario, quedan relegadas a cotizar en contratos a tiempo parcial o en formas laborales de flexibilidad o jornada continuada, teniendo a su vez incidencia en la remuneración percibida con respecto a los varones, tal como se ha comentado anteriormente. Esta segregación supone pues una división jerárquica del poder y de la influencia entre ambos sexos, dando como resultado el que los hombres ocupen en gran proporción posiciones directivas y las mujeres las ocupaciones menos cualificadas, incluso en los sectores feminizados.

- La segregación horizontal: se refiere a las dificultades de las mujeres para acceder a determinadas profesiones, verificándose su presencia habitual en los sectores tradicionalmente feminizados como sanidad, limpieza, educación (sobre todo en las primeras fases de escolarización), auxiliares administrativas, geriatrías..., todas ellas profesiones con un origen en el ámbito de los cuidados, como se puede apreciar, de modo que acaban reproduciendo en el ámbito productivo su rol reproductivo tradicional de responsables en el mantenimiento de la familia y el hogar, lo cual convierte a estas profesiones en poco valoradas y prestigiadas socialmente, a pesar de la enorme importancia que tiene su correcto desempeño para la vida de las personas.
- La creencia empresarial de que las mujeres son menos productivas por el «riesgo» de ser madres (ni siquiera por el hecho de serlo, que ya sería discutible *per se*).
- Menos disponibilidad para la formación o reciclaje en el puesto del trabajo (aquí los planes de igualdad suelen proponer soluciones del tipo: formación en horario laboral, formación online o formación semipresencial).
- Menos posibilidad de acudir a determinadas reuniones laborales en las que se transmite información vital sobre la evolución de la empresa, se toman decisiones importantes o se manejan datos que pueden resultar claves para la promoción en el puesto de trabajo; no acudir a estas reuniones también supone perder la posibilidad de hacerse visible y disponible en la empresa.
- La carga emocional de culpabilidad si una mujer rompe su estereotipo social de género y no cumple con el papel de esposa, madre (supervisora y ejecutora en materia de educación, salud, valores, afecto...), hija (cuidadora de sus progenitores y de los de su pareja), etc.

Todas estas circunstancias conllevan una sobrecarga mental y emocional para la empleada, y no para el empleado, y es imposible que tal sobrecarga no acabe afectando al desarrollo del trabajo y a la salud física y psíquica de las mujeres, situación que de ninguna manera afecta a los varones, que tienen la condición social de productores, y su tarea se considera cumplida si son mantenedores de la economía familiar y procuran ascender o avanzar en su puesto de trabajo, pudiendo disponer para ello todos los medios que consideren oportunos, principalmente la disponibilidad de tiempo de presencia, ya sea en la ejecución del trabajo, en la formación o reciclaje profesional, en las reuniones organizativas, en la asistencia a jornadas..., más allá incluso, si es necesario, de la jornada laboral.

Desde el punto de vista de la función de los PI, todo esto nos lleva al planteamiento de si el diseño de una adecuada política de conciliación de la vida personal, familiar y laboral pudiera o debiera ser considerada no sólo como un derecho de las trabajadoras y trabajadores, sino además, y sobre todo, como una herramienta preventiva en materia de

riesgos laborales, para el correcto cuidado de la salud laboral. Este novedoso planteamiento está siendo estudiado por investigadoras como Isabel Sanz Vergel (2011, p. 118), planteando cuestiones como «las consecuencias del conflicto trabajo-familia». Esta investigadora nos dice que:

> «En un meta-análisis realizado en 2007 por Ford, Heinen y Langkamer se concluyó que cada tipo de conflicto conduce a efectos negativos en el otro dominio (por ejemplo, el conflicto trabajo-familia conduce a insatisfacción familiar, mientras que el conflicto familia-trabajo conduce a insatisfacción laboral), aunque alguna doctrina científica piensa que también pueden existir efectos dentro del mismo dominio. Por ejemplo, el conflicto trabajo-familia también puede conducir a menores niveles de satisfacción laboral, así como a mayor intención de abandonar la empresa».

(Véase el capítulo 5 para una mayor descripción de la interacción vida privada-vida laboral y los efectos cruzados en salud).

Lamentablemente, la relación entre conciliación y salud laboral no está siendo considerada en la práctica como un binomio adecuado para prevenir riesgos en la salud, a la hora de diseñar los distintos planes de prevención de riesgos laborales y los planes de igualdad en las empresas. No se tiene en cuenta a la hora de evaluar los riesgos de los puestos de trabajo, porque sigue considerándose de alguna manera que la familia es un problema de las mujeres, a lo sumo de la sociedad, pero en ningún caso de las empresas, y con este planteamiento se pierde una posibilidad infinita de mejorar la salud global de las trabajadoras, sometidas por norma a una sobrecarga derivada de su rol reproductivo y su actual posición en el mercado laboral, la salud global de los cada vez más trabajadores que quieren ser partícipes de su historia familiar, y el rendimiento, la productividad y la competitividad en la empresa de ellas y ellos.

Las mujeres trabajan mayoritariamente en el sector servicios, especialmente en educación, sanidad, limpieza y hostelería, realizando tareas repetitivas, ergonómicamente poco saludables, y con graves repercusiones musculoesqueléticas. Según indica la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (2011), las molestias de este tipo según el sexo son las que se describen a continuación.

Resulta evidente que las patologías en nuca y cuello son acusadas de forma mayoritariamente por las mujeres, al igual que las de la zona alta de la espalda, habiendo un resultado favorable a los varones entre las personas que no sufren ninguna molestia. Conociendo estos datos, debería resultar viable reflejar en los planes de igualdad medidas de prevención laboral para contener esta situación, pero, como hemos comentado anteriormente, las únicas situaciones que habitualmente son tenidas en cuenta a la hora de desagregar por sexos son las relacionadas con la condición reproductiva de la mujer, asimilando en todo lo demás a ambos sexos, es decir, dando por sentado que la situación masculina es la universal y la que se debe tratar de abordar, sin tener en cuenta que, incluso en aquellas patologías o molestias en que coincidan, la causa, el origen, la consecuencia y la solución seguramente deberán ser abordadas desde distintos planteamientos.

Otra situación que llama la atención de dicha encuesta es que las mujeres, a pesar de

ser las titulares oficiales de los contratos a tiempo parcial, para «poder seguir ocupándose de su ámbito reproductivo y doméstico» prescinden más habitualmente que los varones de los tiempos de descanso en fin de semana, sobre todo las que se dedican a hostelería (78,5 por 100), comercio (57,1 por 100), tareas agrícolas y ganaderas (54,8 por 100) y ámbito sanitario (41,7 por 100), que son los colectivos que con mayor frecuencia trabajan sábados o domingos y festivos.

Resulta pues paradójico que, siendo la conciliación una herramienta jurídica para compatibilizar la vida personal, familiar y laboral (sobre todo estas dos últimas) aplicada casi de forma exclusiva a las mujeres, como si los hombres no tuviesen necesidad de conciliar, al suponer que el ámbito productivo es el principal y casi único que les ocupa, con las limitaciones que ello supone para la promoción profesional y eliminación de la brecha salarial en las mujeres, resulten ser ellas las más perjudicadas a la hora de trabajar en un período considerado universalmente de descanso, como es el fin de semana y los días festivos. Nuevamente, los sectores feminizados son los más castigados, aunque supuestamente sean los mayoritariamente diseñados para la conciliación.

En cuanto a la regularidad con que se suelen efectuar estudios de riesgo por puesto de trabajo, como vemos en la figura siguiente una vez más los sectores feminizados salen penalizados. Esta situación también tiene a buen seguro consecuencias de salud laboral, que podrían ser corregidas o paliadas si fueran consideradas en el diagnóstico y diseño de los planes de igualdad, pero una vez más, al no pertenecer al ámbito fisiológico-reproductivo femenino, no son tenidas en cuenta.

A consecuencia de esta falta de previsión en la salud laboral con perspectiva de género, vemos en la siguiente tabla que tanto en los PI como en los PPRL la salud de las mujeres, en relación con su actividad laboral, es mucho más precaria que la de los hombres. Proponemos que esto sea revisado por la legislación, ya que de *motu propio* es muy complicado, prácticamente imposible, que se tenga en cuenta por las empresas en su responsabilidad de PRL de la plantilla.

Toda esta información, recogida en la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo elaborada por el INSHT del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2011, pone de manifiesto que institucionalmente se está cumpliendo con la normativa legal, al analizar estos datos por parte de las autoridades con perspectiva de género y con datos desagregados por sexo, pero insistimos en que sería necesario y conveniente dar un paso más, introduciendo la obligatoriedad de que estas diferencias en la causa y las consecuencias de los datos de salud laboral en mujeres y hombres fuesen integradas en los PPRL y PI de las empresas de manera obligatoria, con pautas concretas a seguir. De lo contrario nos encontramos con una realidad muy bipolar: el mercado de trabajo dispone de datos, pero no los utiliza por desconocimiento, falta de cultura empresarial o comodidad, en función del tamaño y valores de las empresas.

CUADRO 11.1

*Colectivos a los que con mayor frecuencia se ha realizado un estudio de riesgos en su puesto de trabajo durante el último año*

| | Colectivos en los que es más frecuente | Colectivos en los que es menos frecuente |
|---|---|---|
| Sector de actividad | Industria (56,3 por 100).<br>Construcción (43,4 por 100). | Agrario (21,4 por 100). |
| Rama de actividad | Química, saneamiento y extractiva (61,8 por 100).<br>Metal (58,2 por 100).<br>Industria manufacturera (51,9 por 100). | Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca (21,4 por 100).<br>Actividades culturales y servicios personales (21,3 por 100). |
| Tamaño plantilla | Centros de 250 trabajadores (48,3 por 100). | Centros de 1 a 10 trabajadores (26,7 por 100). |
| Ocupación | Mecánico y empleado de taller (58,9 por 100).<br>Obreros industriales (55,9 por 100).<br>Trabajadores de la industria tradicional (55,6 por 100). | Trabajadores agropecuarios (10,3 por 100).<br>Trabajadores de hostelería y limpieza (25,1 por 100).<br>Personal docente (28 por 100).<br>Trabajadores del comercio (28,1 por 100). |
| Tipo de contrato | Indefinido (40,3 por 100). | Temporal (27,9 por 100). |
| Antigüedad en el puesto | Más de un año (39,2 por 100). | Un año o menos (25,4 por 100). |
| Sexo | Hombre (41,2 por 100). | Mujer (31,7 por 100). |
| Edad | Mayores de 24 años (37,1 por 100). | De 16 a 24 años (24,3 por 100). |
| Nacionalidad | Española (38,3 por 100). | Otra nacionalidad (21,3 por 100). |

FUENTE: VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (INSHT).

CUADRO 11.2

*Estado de salud regular, malo o muy malo, según diferentes variables*

| | Menos frecuente | Más frecuente |
|---|---|---|
| Sector de actividad | Industria (15 por 100).<br>Construcción (13 por 100). | Agrario (22,4 por 100).<br>Servicios (18,2 por 100). |
| Rama de actividad | Química, saneamiento y extractiva (11,9 por 100).<br>Metal (13 por 100).<br>Construcción (13 por 100). | Actividades culturales y servicios personales (23,7 por 100).<br>Actividades sanitarias y sociales (23,3 por 100).<br>Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca |

| | | |
|---|---|---|
| | | (22,4 por 100). |
| Ocupación | Otras ocupaciones de estudios medios o superiores (8,3 por 100).<br>Técnicos (12,4 por 100).<br>Directivos (12,8 por 100). | Trabajadores industria tradicional (24,2 por 100).<br>Trabajadores hostelería y limpieza (23,8 por 100).<br>Trabajadores agropecuarios (23,2 por 100). |
| Sexo | Hombre (14,2 por 100). | Mujer (21,3 por 100). |
| Edad | Menores de 45 años (13,2 por 100). | De 45 y más años (23,5 por 100). |
| Nacionalidad | Española (17,2 por 100). | Otras nacionalidades (20,8 por 100). |

FUENTE: VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (INSHT).

## 2. Violencia de género

El impacto laboral de la violencia de género (véase más información en el capítulo 6) en el ámbito privado de las trabajadoras tampoco es considerado habitualmente por los PPRL y PI de las empresas, a pesar de que es más que evidente su repercusión en la salud laboral y en el desempeño de su trabajo, limitándose las empresas, en el mejor de las casos, a transcribir la letra de la ley en cuanto a la reserva de puesto de trabajo, la garantía de determinados derechos de la trabajadora víctima de violencia de género, y poco más.

Siguiendo con las aportaciones de la profesora Pilar Rivas Vallejo (2007, p. 258), vemos que:

> «No se prevé tampoco ninguna modulación especial del tratamiento jurídico que deba merecer la conducta de la trabajadora en el seno de la relación de trabajo vinculada a los posibles trastornos de conducta o de personalidad, es decir, afectaciones de la salud, motivadas por la violencia doméstica sufrida, pero sin duda es un factor que debe barajarse en la interpretación de posibles incumplimientos relacionados con el rendimiento o la diligencia en el trabajo a efectos de calibrar la gravedad y culpabilidad propias del despido disciplinario por los órganos judiciales, de acuerdo con el art. 4 LO 3/2007 (que ordena la integración del principio de igualdad entre mujeres y hombres en la interpretación y aplicación de las normas jurídicas, como principio informador del ordenamiento jurídico), así como del art. 14.6 de la misma ley (que establece como criterio de actuación de los poderes públicos la consideración de las singulares dificultades en las que se encuentran las mujeres víctimas de violencia de género).»

Sería recomendable pues contemplar esta circunstancia en los PI y en la negociación colectiva, ya que si no se corre el riesgo de que una trabajadora pudiera ser despedida por causas objetivas, sin tener en cuenta su condición de víctima de violencia de género, y cómo afecta por tanto esa condición al desempeño de sus funciones.

## 3. Acoso sexual y por razón de sexo

Según el artículo 7 de la LOI, constituye acoso sexual cualquier comportamiento,

verbal o físico, de naturaleza sexual que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo; y constituye acoso por razón de sexo cualquier comportamiento realizado en función del sexo de una persona, con el propósito o el efecto de atentar contra su dignidad, y de crear un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo.

La incidencia de ambas figuras no es solo psicológica, sino que, a causa del estrés generado, podemos afirmar que aparecen otras consecuencias como cardiopatías, ictus, cáncer, enfermedades musculoesqueléticas y gastrointestinales, ansiedad, trastornos depresivos, accidentes, suicidio, además de otras manifestaciones del estrés como la agresividad, irritabilidad, fatiga o alteraciones de la concentración, o síntomas psicosomáticos como alteraciones del sueño, sensación continua de cansancio, cefalea o falta de memoria, según se desprende del documento *Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo. ¿La sal de la vida, o el beso de la muerte?* (p. 6), publicado por la Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales de la Comisión Europea en 1999.

El artículo 13 bis del RDL 5/2000 de 4 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social (LISOS), (artículo incorporado por la LOI 3/2007), tipifica como falta muy grave el acoso por razón de sexo, «cuando se produzcan dentro del ámbito a que alcanzan las facultades de dirección empresarial, cualquiera que sea el sujeto activo del mismo, siempre que, conocido por el empresario, éste no hubiera adoptado las medidas necesarias para impedirlo». Asimismo, el artículo 46 bis del mismo cuerpo legal estipula la pérdida automática de ayudas, bonificaciones y beneficios públicos en materia de empleo, y la exclusión automática del nuevo acceso a los mismos durante seis meses, aunque esta sanción podría ser sustituida por la redacción e implementación de un Plan de Igualdad que compensara esta carencia.

### 4. Incidencia de la precariedad laboral en la salud de las mujeres

Vista la marcada segregación de género en el mercado laboral, tanto horizontal como vertical, con la consecuente brecha salarial que ello ocasiona, nos encontramos además con otras diferencias de género en los riesgos laborales clásicos, como los factores de riesgo psicosocial. En la Unión Europea se considera que el trabajo de las mujeres se caracteriza por ser más monótono, con menos participación en toma de decisiones, con más acoso sexual, con más temporalidad, con jornadas más parciales, con menos perspectivas de promoción y, en definitiva, con más precariedad laboral.

Todo ello se puede conceptualizar con el término «techo de cristal», como una superficie superior invisible en la carrera laboral, difícil de traspasar, que impide seguir avanzando a las mujeres. Su carácter de invisibilidad viene dado por el hecho de que no existen leyes ni dispositivos sociales establecidos ni códigos visibles que impongan a las mujeres semejante limitación, sino que está construido sobre la base de otros rasgos que, por su invisibilidad, son difíciles de detectar. Autoras como Mabel Burin (2008, pp. 75-

86) han estudiado los efectos depresógenos que las denominadas «fronteras de cristal» tienen sobre la salud de las mujeres.

Profundizando en lo visto al respecto en el capítulo 2, en España (y por desgracia no es el único país) las estadísticas referentes a los ingresos medios de mujeres y hombres ponen en evidencia que los ingresos de ellas son muy inferiores a los de ellos, en cualquier nivel de educación y disciplina que nos situemos.

Un plan de igualdad técnicamente adecuado debe tener como uno de sus principales objetivos acometer la ruptura de este techo de cristal, ya que, como vemos, supone en sí mismo un compendio de todas las discriminaciones, visibles e invisibles, que afectan a las mujeres y exclusivamente a las mujeres en el ámbito laboral, y por «contagio» acaban afectando también al personal, con graves consecuencias económicas y sobre su salud.

### 11.2.3. Igualdad de oportunidades en el ámbito de la investigación

Es preciso hacer referencia a la *Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación* (en adelante LCTI), que establece la obligatoriedad de tener en cuenta la perspectiva de género como una categoría transversal en todos los aspectos en el ámbito científico. La ciencia, para tener rigor, ha de ser una disciplina que investigue e incorpore los resultados, teniendo en cuenta las diferentes expectativas y problemáticas que afectan a mujeres y hombres en nuestra sociedad. La Disposición adicional decimotercera de la LCTI así lo establece. El género habrá de tenerse en cuenta, no sólo en la composición de los órganos, consejos, comités, órganos de evaluación y selección del Sistema Español de Ciencia, Tecnología e Innovación, ajustándose al principio de composición equilibrada entre mujeres y hombres, sino que, además, la Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y el Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica promoverán la incorporación de la perspectiva de género como una categoría transversal en la investigación y la tecnología, de manera que su relevancia sea considerada en todos los aspectos del proceso, incluidos la definición de las prioridades de la investigación científico-técnica, los problemas de investigación, los marcos teóricos y explicativos, los métodos, la recogida e interpretación de datos, las conclusiones, las aplicaciones y los desarrollos tecnológicos, y las propuestas para estudios futuros. Promoverán igualmente los estudios de género y de las mujeres, así como medidas concretas para estimular y dar reconocimiento a la presencia de mujeres en los equipos de investigación.

Para ello es preciso, al igual que para desarrollar políticas de igualdad en cualquier organización, recoger, tratar y difundir los datos desagregados por sexo, establecer mecanismos para eliminar los sesgos de género en los procedimientos de selección y evaluación del personal, así como dotar de la formación necesaria a las y los profesionales para que puedan introducir transversalmente la categoría de género en sus investigaciones.

Para ello, los Organismos Públicos de Investigación adoptarán Planes de Igualdad, que serán objeto de seguimiento anual. Dichos planes deberán incluir medidas incentivadoras para aquellos centros que mejoren los indicadores de género en el correspondiente seguimiento anual.

## 11.3. CONCLUSIONES

Los Planes de Igualdad son una herramienta clave para mejorar la igualdad de género en las organizaciones. Su implantación, seguimiento y evaluación permitirá avanzar en la igualdad efectiva entre mujeres y hombres. Más allá de la obligatoriedad legal, la voluntad de las personas con responsabilidades en los órganos de toma de decisión es determinante para que las medidas adoptadas en los mismos tengan una verdadera capacidad de transformación social en cuanto a los roles laborales de género, permitiendo de ese modo de construir los modelos tradicionales, plagados de sesgos de género, avanzar hacia modelos integradores y equitativos.

Podemos concluir que, si hay dos medidas con un especial impacto en la salud laboral con perspectiva de género, son sin lugar a dudas las acciones de conciliación laboral con promoción de la corresponsabilidad, y todas aquellas que prevengan y actúen ante el acoso sexual o por razón de sexo.

---

## REFERENCIAS


Burin, M. (1996). Una hipótesis de género: el techo de cristal en la carrera laboral. *Género, psicoanálisis y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.

Burin, M. (2008). Las «fronteras de cristal» en la carrera laboral de las mujeres. Género, subjetividad y globalización. *Anuario de Psicología, 39*, (1), 75-86.

CCOO (2011). *Aclarando dudas sobre planes de igualdad*. Secretaría de la Mujer de la Federación de Servicios a la Ciudadanía. Extraído el 6 de junio de 2014 desde http://www.fsc.ccoo.es/comunes/recursos/15621/doc69851_Aclarando_algunas_dudas_sobre_planes_de_igua

Comisión Europea (2000). *Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo: ¿la «sal de la vida» o el «beso de la muerte»?* Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.

Fundación Mujeres (2010). *Implantación de planes de igualdad en organizaciones* laborales. Extraído el 6 de junio de 2014 desde http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/A04A9545-E338-4BD3-9970-EFF76D737307/168335/monografico_salud_laboral.pdf.

García-Marzá, D. (1999). Mujer y entorno empresarial. *Papeles de Ética, Economía y Dirección*, *4*. Extraído el 6 de junio de 2014 desde http://www.eticaed.org/5.Marzá99.pdf.

García-Marzá, D. (2004). *Ética empresarial. Del diálogo a la confianza.* Madrid: Editorial Trotta.

García Ninet, J. I. y Garrigues Giménez, A. (2007). *Comentarios a la Ley de Igualdad*. Valencia: Editorial CISS.

González Esteban, E. (2009). *Ética feminista y género.* Granada: Editorial Comares, S.L.

Grimshaw, J. (1995). *Materiales Divulgativos. Desafío y crítica, la idea de una ética femenina Compendio de Ética Meter Singer.* Madrid: Alianza Editorial.

Iniesta Pérez de Gracia, E. y Julián Edo, A. M. (2011). *Herramienta práctica para auditorías de igualdad*. Trabajo presentado en el III Congreso Universitario Nacional «Investigación y Género». Logros y retos (pp. 904 a 928). Sevilla. Extraído el 9 de junio de 2014 desde http://wdb.ugr.es/~esmujer/AgataIgnaciuk/wp-content/uploads/pdf/Investigacion_Genero_11.pdf.

Iniesta Pérez de Gracia, E. y Julián Edo, A. M. (2013). *Acta de la I Jornada sobre Excelencia Empresarial, RSE e Igualdad de Oportunidades*. Castellón. Extraído el 1 junio de 2014 desde http://www.equalitymomentum.com/.

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene (2011). VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Extraído el 9 de junio de 2014 desde http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnextoid=100b47975dcd8310VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnextchannel=25d44a7f8a651110VgnVCM1

Muñoz, L. A. (2007). Protagonismo de la mujer en la gestión de la Responsabilidad Social Corporativa. *Revista Capital Humano*, *209*, Abril. Extraído el 9 de junio de 2014 desde http://pdfs.wke.es/2/9/0/3/pd0000012903.pdf#page=2&zoom=auto,-65,115.

Rivas Vallejo, P. (2007). Salud y género: perspectiva de género en la salud laboral. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, *número extraordinario*, 227-285. Extraído el 6 de junio de 2014 desde http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/Revista/numeros/ExtraSS-08/Est05.pdf.

Sala Franco, T., Ballester Pastor, M.ª A., Bañó León, J. M., Embid Irujo, J. M. y Goerlich Peset, J. M. (coord.) (2008). *Comentarios a la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres* (357-380). Madrid: Editorial LA LEY.

Sanz Vergel, A. I. (2011). Conciliación y salud laboral: ¿una relación posible? Actualidad en el estudio del conflicto trabajo-familia y la recuperación del estrés. *Medicina y Publicidad del Trabajo*, *1*(1), 1-262. Extraído el 9 de junio de 2014 desde http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57s1/actualizacion6.pdf.

---

**NOTAS**

1 Equality Momentum.

Director: Francisco J. Labrador

Edición en formato digital: 2015

© Eva Cifre Gallego, María Vera Perea y Fulvia Signani (Coords.)
© Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.), 2015
Calle Juan Ignacio Luca de Tena, 15
28027 Madrid
piramide@anaya.es

ISBN ebook: 978-84-368-3257-0

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del Copyright.

Conversión a formato digital: calmagráfica

Los enlaces web incluidos en esta obra se encuentran activos en el momento de su publicación.

www.edicionespiramide.es

# Índice


Relación de autores 4
Introducción 10
Parte primera. Marco general: salud ocupacional y género 14
1. El género como fuente de diversidad en salud y trabajo: bases teóricas y conceptuales 15
1.1. El inevitable aprecio de la diversidad 15
1.1.1. El pensamiento de la diferencia 15
1.1.2. La dinámica de la percepción de diferencias: estereotipos, prejuicios y discriminación por género 16
1.2. Género: cuestiones a considerar cuando se está estudiando salud en el trabajo 23
1.2.1. Género como constructo 24
1.2.2. Género-sexo como factor determinante de la salud 25
1.3. El enfoque del ciclo vital en salud y género 27
1.3.1. El enfoque del ciclo vital 27
1.3.2. Deconstrucción de cursos de la vida 29
1.4. El machismo y el patriarcado 30
1.5. Conclusiones 32
Referencias 32
2. El género como determinante social del trabajo y la salud 34
2.1. Modelo de los determinantes de la desigualdad-inequidad en salud de la OMS 34
2.2. La salud de las mujeres 38
2.3. Condiciones laborales de las mujeres 41
2.3.1. Salario 42
2.3.2. Segregación ocupacional 43
2.4. Consideraciones acerca del estudio de la salud laboral respecto al género 46
2.5. Conclusión 47
Referencias 47
3. Psicología de la salud y género 50
3.1. Mortalidad y esperanza de vida en función del género 51
3.2. Morbilidad y género 53

3.3. Causas biológicas y sesgos de los clínicos 55
3.4. Líneas de investigación que podrían explicar las diferencias en salud a través del género 57
3.4.1. Conductas de salud 57
3.4.2. Roles sociales y eventos vitales estresantes 59
3.4.3. Rasgos asociados al género 62
3.5. Diferencias de género en la búsqueda de ayuda médica 63
3.6. El género de los profesionales sanitarios 64
3.7. Conclusión 65
Referencias 65
4. Psicología de la salud ocupacional, emociones y género 68
4.1. La psicología de la salud ocupacional 68
4.1.1. Definición de psicología de la salud ocupacional 68
4.1.2. Modelos teóricos 69
4.2. Las emociones como indicador básico de salud ocupacional 70
4.2.1. El triple sistema de respuesta emocional 71
4.2.2. Emociones primarias y secundarias 72
4.2.3. Funcionalidad de las emociones 73
4.2.4. Emociones y salud ocupacional 74
4.3. Psicología de la salud ocupacional, emociones y género 75
4.3.1. Mujeres y hombres en el mundo laboral 75
4.3.2. Aproximación empírica: diferencias de género en la salud ocupacional 76
4.3.3. Diferencias en los componentes fisiológico, psicológico y social de las emociones en el trabajo en función del género 80
4.4. Más allá de la prevención: promocionando la salud ocupacional de ambos géneros 82
Referencias 84
Parte segunda. Factores que afectan a la salud ocupacional considerando el género 89
5. Conflicto trabajo-familia y salud: ¿Afectan los mismos factores familiares y laborales a hombres y mujeres? 90
5.1. Introducción 90
5.2. Conflicto trabajo-familia 90
5.3. Conflicto trabajo-familia y género 94
5.4. Efecto diferencial de las variables familiares en el conflicto trabajo- 96

familia 96

5.5. Efecto diferencial de las variables laborales en el conflicto trabajo-familia 98

5.6. Apoyo social, género y conflicto trabajo-familia 101

5.7. Consecuencias sobre la salud del conflicto trabajo-familia en función del género 102

5.8. Conclusión 103

Referencias 105

6. Violencia de género en el trabajo 110

6.1. Conceptos básicos para la definición de la violencia contra las mujeres 110

6.2. El concepto de violencia de género en la legislación española: Estado y Comunidades Autónomas 112

6.3. El concepto de violencia de género en la doctrina del Tribunal Constitucional 115

6.4. La violencia de género en el trabajo 117

Referencias 120

7. Conducta económica, género y bienestar subjetivo 122

7.1. Más allá de la economía tradicional 122

7.2. Más allá de la psicología tradicional 123

7.3. El ciclo vital y su vinculación con las finanzas 124

7.3.1. Niñez 125

7.3.2. Adolescencia-juventud 126

7.3.3. Madurez: una fase caracterizada por la emancipación 127

7.3.4. Adultez: con o sin tantas cargas familiares y con salarios o rendimientos adecuados a dicho estatus 127

7.3.5. Adultez tardía 128

7.4. La alfabetización financiera 129

7.5. Psicología, economía, género y bienestar 132

7.6. Una responsabilidad en el ámbito económico-financiero 134

7.7. Ante un mundo en continuo cambio 136

Referencias 138

8. Entornos saludables y género: impacto en género y salud del programa Universidad Saludable 141

8.1. Fundamentación: ¿de dónde venimos? 141

8.2. Igualdad como salud y salud como igualdad: evaluar el impacto de género y salud en el programa universidad saludable 143

8.2.2. Evaluación del programa Universidad Saludable según indicadores, 2013 144
8.3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES: ¿HACIA DÓNDE VAMOS? 147
Referencias 152
Parte tercera. Intervención 155
9. Happiness Mainstreaming. Fundamentos teóricos y metodológicos desde la psicología de género 156
9.1. La felicidad. Clave de diagnóstico e intervención social y organizacional 157
9.2. Happiness mainstreaming. Fundamentos teóricos y metodológicos 160
9.2.1. Creas lo que crees. Cerebro emocional y cognitivo 162
9.2.2. Desempoderamiento: miedo, violencia y violencia de género, enfermedad e infelicidad 166
9.2.3. Desempoderamiento organizacional 170
9.2.4. Empoderamiento: amor, libertad, salud y felicidad 173
9.3. Happiness mainstreaming organizacional. Transversalizar la felicidad como cultura corporativa 177
9.4. Conclusiones 181
Referencias 183
10. Bases normativas para el gender mainstreaming en salud laboral 187
10.1. Algunas consideraciones previas 187
10.2. el marco normativo de la prevención de riesgos laborales en las situaciones de embarazo, lactancia y puerperio 188
10.2.1. Evaluación de los riesgos para el embarazo o la lactancia 189
10.2.2. El largo olvido legal de la suspensión del contrato de trabajo como medida preventiva en las situaciones de embarazo y lactancia y la sucesión de «parches» normativos 196
10.3. Hacia un diseño normativo de la prevención de riesgos laborales desde la perspectiva de género: bases legales y técnicas de un proceso aún por desarrollar 199
Referencias 202
11. Planes de igualdad y salud laboral 204
11.1. Funcionamiento interno desde un punto de vista orgánico y laboral 204
11.1.1. Fundamentación jurídica 204
11.1.2. Fundamentación ética 205
11.1.3. Materias sobre las que intervenir 208
11.1.4. Fases de elaboración 209

11.1.4. Fases de elaboración 209
11.2. Repercusión para la salud laboral con perspectiva de género 211
11.2.1. Principales aspectos a tener en cuenta 211
11.2.2. Principales áreas de intervención del plan de igualdad con respecto a la salud laboral 212
11.2.3. Igualdad de oportunidades en el ámbito de la investigación 220
11.3. Conclusiones 221
Referencias 221
Créditos 223