

RELACIONES ENTRE SALUD FÍSICA Y PSICOLÓGICA EN MUJERES DE MEDIANA EDAD¹

M.^a Pilar Sánchez-López^{*2}

Virginia Dresch^{**3}

Violeta Cardenal-Hernández^{***}

Resumen: El objetivo central de este trabajo es analizar la relación entre los índices de salud física y psicológica de las mujeres de mediana edad frente a otros grupos de sujetos (mujeres jóvenes, hombres jóvenes y hombres de mediana edad). Además, específicamente, pretendemos verificar: a) cuáles son las variables psicológicas que predicen la salud física según se trate de índices objetivos o subjetivos y b) si entre las mujeres de mediana edad las variables demográficas (nivel socioeconómico, estado civil, tener o no hijos y situación laboral) influyen en los índices de salud. La investigación se ha llevado a cabo con 500 participantes, de 27 a 65 años, representativos de la Comunidad de Madrid (España). Los instrumentos utilizados como medida de las variables fueron el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad – ISRA –, la Escala de Autoestima de Rosenberg – RES –, el Cuestionario de Satisfacción Autopercebida y Cuestionarios de Medida de la Salud Física (dos índices objetivos y dos índices de Salud percibida). Los resultados indican que las mujeres de mediana edad tienen peor salud frente a mujeres jóvenes, hombres jóvenes y hombres de mediana edad, puntuando más en Visitas al Médico, Enfermedades Crónicas, Dolencias Físicas, Ansiedad Fisiológica, Ansiedad Cognitiva y menos en Salud Física Percibida y Autoestima; y que las únicas

¹ Parte de la investigación plurianual subvencionada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, REF: 51/99. Las tres autoras forman parte del Grupo de Investigación sobre Estilos Psicológicos (EPSY), que, con sede en la Universidad Complutense de Madrid, integra académicos, investigadores y profesionales del campo de la Salud de diversas instituciones españolas e iberoamericanas (www.ucm.es/info/estpsi).

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

² Correspondencia: M.^a Pilar Sánchez López, Campus de Somosaguas, 28223 Madrid – España, E-mail: mpsanche@psi.ucm.es.

** Instituto de Ciências Humanas, Letras e Artes – Centro Universitário Feevale (Brasil).

³ Con el apoyo del Programa AlBan, Programa de Becas de Alto Nivel de la Unión Europea para América Latina, número de identificación E03D01361BR (*Supported by the Programme AlBan, European Union Programme of High Level Scholarship for America Latina. Identification number E03D01361BR*).

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

variables demográficas que influyen en su salud son condición de trabajo y tener o no pareja. Las variables psicológicas empleadas en este estudio sólo explican la varianza de los índices de salud física subjetivos (Dolencias Físicas y Salud Física Percibida), sobretudo la Ansiedad Fisiológica, que es la responsable del mayor porcentaje de la varianza explicada. Las variables psicológicas predicen más la salud física de las mujeres que la de los varones, lo que parece indicar que la salud física de las mujeres está íntimamente relacionada con la salud psicológica. Futuras investigaciones deberían considerar otras variables psicológicas (personalidad, estrés, depresión) con el objetivo de encontrar si hay otras variables que expliquen partes de la varianza en salud física. Los resultados encontrados hasta ahora y los futuros ayudarán a diseñar programas más eficaces de intervención psicológica sobre la salud.

Palabras-clave: ansiedad, autoestima, satisfacción vital, salud, mujeres mediana edad.

The relationships between physical and psychological health in midlife woman (abstract):

The main target of this survey is to analyze the relation between the indicators of physical and psychological health in middle-aged women/female compared to other groups (young women/female, young men/male and middle-aged men/male). Besides, we specifically intend to verify: a) which the psychological variables that predict physical health are, depending on objective or subjective indicators; b) whether among middle-aged women, demographic variables (socio-economical level, marital status, children and working conditions) have an influence on health indicators. The survey has been carried out with 500 participants, aged 27-65, as a representative sample of the Community of Madrid (Spain). The instruments we have used to measure the variables are: Situations and Responses to Anxiety Inventory (ISRA), Rosenberg's Self-esteem Scale (RES), Self-perception of Satisfaction Questionnaire and some Questionnaires of Physical Health Assessment (two objective indicators and two perceived health indicators). The results show that middle-aged women are less healthy than young women, young men and middle-aged men, obtaining a higher score in Visits to the Doctor's, Chronicle Diseases, Physical Illnesses, Physiological Anxiety, Cognitive Anxiety and lower scores in Perceived Physical Health and Self-esteem; the only demographic variables that have influence on their health are working conditions and the fact of having or not a sentimental couple. The psychological variables that have been used in this survey can only explain the variance of the subjective physical health indicators (physical illnesses and perceived physical health), most of all, the physiological anxiety, which is responsible for the highest percentage of explained variance. The psychological variables predict physical health in women more than in men, what seems to indicate that physical health in women is closely related to psychological health. Future surveys should consider some other psychological variables (personality, stress, depression) in order to find out whether other variables can explain different parts of the variance in physical health. The results we have found so far and the ones to come will be helpful in order to design more efficient programs of psychological intervention within the health area.

Relações entre saúde física e psicológica em mulheres de meia-idade (resumo): O objectivo principal deste trabalho é o de analisar a relação entre os indicadores de saúde física e psicológica em mulheres de meia-idade face a outros grupos de sujeitos (mulheres jovens, homens jovens e homens de meia-idade). Acima de tudo, pretendemos verificar: a) quais as variáveis psicológicas que predizem a saúde física, quer se tratem de índices subjectivos ou objectivos; e b) se entre as mulheres de meia-idade as variáveis demográficas (nível socioeconómico, estado civil, ter ou não filhos e situação laboral) influenciam os seus índices de saúde. A investigação que apresentamos realizou-se junto de 500 participantes, com idades compreendidas entre os 27 e os 65 anos, representativos da comunidade de Madrid (Espanha). Os instrumentos utilizados como medida das variáveis em estudo foram o Inventário de Situações e Respostas de Ansiedade – ISRA –, a escala de auto-estima de Rosenberg – RES –, o Questionário de Satisfação Auto-Percebida e os Questionários de Medida da Saúde Física (dois índices objectivos de saúde e dois subjectivos). Os resultados indicam que as mulheres de meia-idade possuem uma saúde pior face às mulheres jovens, os homens jovens ou os homens de meia-idade, mostrando pontuações mais elevadas em visitas ao médico, doenças crónicas, dores físicas, ansiedade fisiológica, ansiedade cognitiva e menos saúde física percebida, e menor auto-estima; as únicas variáveis demográficas que influenciam a sua saúde são a situação laboral e ter ou não um par. As variáveis psicológicas utilizadas neste estudo explicam, apenas, a variância dos índices de saúde física subjectivos (dores físicas e saúde física percebida), sobretudo a ansiedade fisiológica que é responsável pela maior percentagem de variância explicada. As variáveis psicológicas predizem mais a saúde física das mulheres que a dos homens, o que parece indicar que a saúde física das mulheres está intimamente relacionada com a saúde psicológica. Em investigações futuras deverão considerar-se outras variáveis psicológicas (personalidade, *stress*, depressão), com o objectivo de encontrar se existem outras variáveis que expliquem partes da variância por explicar da saúde física. Os resultados encontrados até agora, bem como os futuros, ajudarão a conceber programas mais eficazes de intervenção psicológica na saúde.

El marco de referencia general de las autoras de este trabajo es el de la psicología de la Salud, cuyos objetivos fundamentales son los de estudiar los factores psicosociales que juegan un papel en el inicio y la evolución de las enfermedades, comprender los procesos biopsicosociales que explican esa influencia y optimizar la prevención y la promoción de los comportamientos de salud de las personas enfermas. Por su parte, el modelo general en el que se pretenden insertar los datos empíricos obtenidos hasta el momento y los que se obtendrán en años sucesivos, integra diversas perspectivas que, normalmente, se presentan de forma aislada: la pers-

pectiva *ambiental* (o variables situacionales), la perspectiva *disposicional* (o variables personales) y la *transaccional* (o variables procesuales).

Ahora bien, dentro de este modelo general, nuestro interés específico actual se centra en la temática de Salud y Mujer. La necesidad de acotar el campo de la salud y centrarlo explícitamente en la mujer, viene dada por tres razones fundamentales:

- La relativamente reciente visibilidad de las diferencias entre sexos en enfermar y morir.
- La frecuente “invisibilidad” de la mujer en los campos de la investigación sobre la salud, la formación de profesionales y los cuidados asistenciales.
- La existencia de consecuencias del posible sesgo de género, que pueden afectar a aspectos como las previsiones de los programas comunitarios de salud, la validez de las conclusiones de los estudios empíricos y la eficacia en la estimación de tasas de prevalencia de las enfermedades.

En diversas publicaciones hemos tratado la temática de Mujer y Salud; como revisión general puede citarse el último libro publicado (Sánchez López, 2003), que incluye trabajos de buena parte de los integrantes del grupo de investigación al que pertenecen las autoras. El objetivo fundamental del presente trabajo es investigar algunos factores psicológicos que pueden funcionar como predictores de la salud (fundamentalmente física) en la mujer de mediana edad. Por lo tanto, es necesario comparar tanto a hombres con respecto a mujeres (comparaciones entre sexos), a mujeres de distintas edades (comparaciones por edad) como a hombres y mujeres de distintas edades (o influencia de edad x sexo). Así, seremos capaces de llegar a conclusiones sobre si las mujeres de mediana edad poseen características diferenciales en aspectos que tienen que ver con sus conductas relacionadas con la salud.

Durante los últimos años han aparecido publicados diversos trabajos que, de forma directa o indirecta, nos han ayudado a acotar y diseñar el campo de estudio.

Relaciones entre variables psicológicas y enfermedad

En primer lugar, los datos de estudios previos indican la relación de variables psicológicas, especialmente Ansiedad, Satisfacción y Autoestima, con el hecho de enfermar en sí mismo o con la existencia de enfermedades

concretas. Como pórtico de entrada, puede citarse el clásico trabajo de Friedman y Booth-Kewley (1978), quienes realizaron un meta-análisis de 101 estudios publicados entre 1945 y 1984, para comprobar hasta qué punto variables de personalidad como ansiedad, depresión, ira y extraversión se mostraban relacionadas con enfermedades físicas como asma, úlcera, dolencias cardiovasculares, artritis y dolor de cabeza. Aunque las correlaciones no fueron nunca superiores a 0,40, y en muchos casos fueron bastante más bajas, las dos variables que claramente siempre aparecían relacionadas (y normalmente con mayor índice de relación) eran siempre la Ansiedad y la Depresión. Los propios autores señalan como razones para que no sean muy altas las correlaciones el hecho de que muchos estudios no examinan más que uno o dos aspectos de la personalidad y esto impide decidir si cada aspecto actúa de forma independiente, en interacción o si su efecto es redundantemente con otros aspectos de la personalidad.

Ahora bien, puesto que nos interesan las posibles diferencias entre hombres y mujeres, conviene comprobar si en variables como Depresión, Ansiedad, Satisfacción vital y la propia enfermedad, aparecen o no diferencias entre los sexos. El repaso de los trabajos más recientes nos indica que las dos primeras variables, Depresión y Ansiedad han recibido comparativamente un número de estudios mucho mayor, probablemente porque desde el principio han demostrado ser variables importantes para la salud.

En concreto, podemos citar en relación con Depresión lo que podrían considerarse resultados típicos: Saks, Tuet, Kaeerik y Jaanson (2002), en un estudio con 1000 personas en Estonia, encuentran que la prevalencia del estado de ánimo depresivo aumenta con la edad y es más alto en las mujeres. Por su parte, Szadoczky, Rihmer, Papp, Vitral y Fueredi (2002) investigaron las características del Trastorno depresivo mayor en 2953 sujetos húngaros, entre 18 y 64 años y encontraron que las diferencias entre los sexos, en el sentido de una mayor prevalencia de este tipo de depresión entre las mujeres, aparecen en la adolescencia temprana y continúan hasta los 50 años, probablemente como consecuencia de una mayor tasa de trastornos de ansiedad pre-existentes. Y Sandanger, Nygard, Ingebrigtsen, Sorensen y Dalgard (1999) evaluaron la incidencia de la depresión, la ansiedad y trastornos somatoformes en Noruega, investigando a la población en dos fases, entre 1989 y 1991. Por lo que respecta a las diferencias entre sexos, la conclusión fundamental fue que las mujeres enferman con más frecuencia, pero la enfermedad dura más en los hombres.

Sin embargo, y a pesar de lo que aparece en los resúmenes generales sobre prevalencia de los trastornos depresivos, es necesario citar también trabajos como los de Stordal, Krueger, Dahl, Krueger, Mykletun y Dahl (2001) que señalan, con una amplia muestra de 92.100 sujetos noruegos entre 20 y 89 años, que sus datos contradicen los hallazgos “normales”

sobre depresión (más frecuente en mujeres, sin relación con la edad), en el sentido de que no encuentran una mayor prevalencia de depresión entre las mujeres y de que en ambos sexos aumenta su prevalencia con la edad. Hallazgos de este tipo llevan a realizar análisis más finos y cualitativos sobre la Depresión en mujeres y hombres. Así, Silverstein y Lynch (2002) examinan cómo afectan las normas de género y las restricciones ligadas a ellas en la salud mental, con 1331 sujetos, divididos en tres grupos de edad, 78 años, 57 años y 33 años. Con respecto a los hallazgos más cuantitativos, la “depresión pura” tiene tasas de ocurrencia semejantes en hombres y en mujeres, mientras que estas últimas tienen más “depresión somática ansiosa”. Wilhelm, Roy, Mitchell, Brownhill y Parker (2002), con 270 pacientes con depresión mayor, cuya media de edad era de 44,1 años, encontraron que las diferencias entre hombres y mujeres aparecían en aspectos como los niveles de activación, los desórdenes de ansiedad y los repertorios disponibles para enfrentarse con la ansiedad, pero no con los síntomas depresivos en sí mismos. Resultados de este tipo provienen de trabajos que pretenden investigar las posibles causas de esa matizada diferencia entre sexos. Díez, Llorca, López-Sosa, Lanchares y González-Tablas (1999), partiendo de la idea de que en el climaterio, como período del ciclo vital, son frecuentes en las mujeres los trastornos psicológicos como depresión y ansiedad, investigan con 128 mujeres españolas con menopausia confirmada (65 con menopausia fisiológica y 63 con quirúrgica) cuya media de edad era de 50 años. Pretenden establecer un modelo, mediante ecuaciones estructurales, incluyendo variables biológicas (niveles hormonales), variables psicológicas (expectativas y pensamiento negativo) y variables sociales (calidad de las relaciones con la pareja), como explicativos de la ansiedad y depresión menopausica. Los resultados indican que las variables que afectan a la depresión son la anticipación, las relaciones con la pareja y los niveles de hormona folicular estimulante. Las que afectan a la ansiedad son la autoeficacia y el pensamiento negativo. En cualquier caso, la ansiedad es una variable importante en los síntomas de la depresión. Por su parte, West, Rose, Spreng, Verhoef y Bergman (1999) se proponen con su trabajo entender mejor la depresión en la mujer, investigando los factores relacionados con ella, aunque en ausencia de comparación con hombres. Trabajan con 420 mujeres, cuya media de edad es de 45,1 años. Los resultados indican que un bajo nivel de autoestima y niveles altos de estrés reciente son las variables que mejor predicen la sintomatología depresiva.

La Ansiedad ha sido también una variable muy estudiada. En general, los autores han utilizado una puntuación única de ansiedad (entendida usualmente como rasgo), sin tener en cuenta los distintos tipos; conscientes de las dificultades que planteaba este hecho, en nuestro estudio, como veremos más adelante, hemos utilizado la medida de tres tipos de ansiedad,

así como la puntuación global, suma de las anteriores. Esto ha dado lugar a hallazgos interesantes, que serán comentados más abajo. Como ejemplo de trabajos centrados en Ansiedad podemos citar el de Yang (2002), que investiga la salud mental en 124 mujeres chinas, entre 55 y 81 años. Encuentra que los índices de Ansiedad son mayores para las mujeres a partir de los 65 años, especialmente para aquellas que se habían quedado viudas. Wittchen y Hoyer (2001) realizan una revisión sobre el Trastorno de Ansiedad generalizada, llegando a la conclusión de que mientras que en la población general la tasa estimada es del 5%, ésta sube hasta el 10% en las mujeres a partir de los 40 años. El riesgo de padecer este trastorno es, pues, mayor para las mujeres que para los hombres, y en ellas correlaciona con estar en paro, ser ama de casa o tener una enfermedad crónica. El trabajo de Díez, Llorca, López-Sosa, Lanchares y González-Tablas (1999), ya citado en el apartado anterior, pone claramente de manifiesto las relaciones entre Depresión y Ansiedad.

Hasta ahora, los trabajos citados se centran en ansiedad-rasgo; hay también algunos trabajos que buscan la relación entre ansiedad-estado y conductas específicas relacionadas con la salud. En este sentido, Dienger (1999) investigó las relaciones que se daban entre la ansiedad y una conducta relacionada con la salud, en este caso, el autoexamen del pecho. La autora intenta contestar a la pregunta de por qué sólo entre el 29 y el 46% de las mujeres dicen que realizan el autoexamen, a pesar de las recomendaciones que se hacen desde las consultas médicas y las campañas de salud y prevención del cáncer de pecho. Se sugiere que la ansiedad es una barrera para esta conducta preventiva, pero los factores que contribuyen a esta barrera no están claros. Los resultados encontrados a partir de 125 mujeres de entre 20 y 73 años indican que las mujeres con alto grado de ansiedad ante el autoexamen del seno se autoexaminan significativamente con menos frecuencia que las mujeres con bajo estado de ansiedad ante él. Se dan relaciones inversas entre la confianza en la propia aptitud para realizarse el autoexamen y la ansiedad-estado ante el autoexamen en sí mismo y ante la posibilidad de sufrir el cáncer.

Por último, en relación con la Satisfacción vital, los trabajos realizados han puesto de manifiesto relaciones positivas entre un conjunto de variables relacionadas con la Satisfacción y la Salud. Sin embargo, es necesario tener en cuenta, antes de seguir adelante, que hay un conjunto de características psicológicas relacionadas entre sí, pero no idénticas, que tienen que ver con la Satisfacción vital del individuo. En este sentido, se habla de Optimismo cuando se hace referencia a un rasgo, bastante estable, de la personalidad del sujeto; si el punto de mira es el de las emociones, hablamos de bienestar subjetivo o autopercebido; a su vez, se considera que el bienestar autopercebido tiene un componente afectivo, el Afecto positi-

vo/Afecto negativo y un componente cognitivo, al que tradicionalmente se denomina Satisfacción (percibida). Es en este último donde se centra nuestro trabajo de investigación.

Los datos empíricos indican diferencias a veces entre los sexos en Satisfacción. Por ejemplo, Dear, Henderson y Korten (2002), a partir de la Encuesta Nacional sobre Salud Mental y Bienestar de Australia, encuentran, sobre un total de 10641 sujetos que las mujeres alcanzan, en general, un índice de satisfacción mayor que los hombres; además, la alta satisfacción vital se va haciendo menos común con la edad, en los dos sexos, pero especialmente en las mujeres. Los autores señalan como de particular interés el hecho de que haya un pequeño grupo de personas que puntúan alto en ansiedad o síntomas depresivos que dicen tener una alta satisfacción vital.

Así mismo, son claras las relaciones entre Satisfacción y Salud. Por ejemplo, Sánchez-López, Díaz-Morales y Cardenal-Hernández (en prensa), investigan la Satisfacción con 1501 sujetos, de los cuales el 39.97 % eran varones y cuya media en edad era de 41.80 ($dt = 10.89$) con un rango de edades comprendido entre los 18 y los 63 años, pertenecientes a un entorno urbano y a un entorno rural. Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo estratificado entre el conjunto de la población española, teniendo en cuenta variables como el nivel socioeconómico, el nivel de estudios, la edad y el sexo. Los resultados relacionados con el tema del presente trabajo indican que la alta satisfacción autopercebida predice una mejor salud psicológica (es decir, menor ansiedad y mejor autoestima); sin embargo, con respecto a la salud física, sólo predice la autopercebida, pero no índices más “objetivos”, como las visitas al médico, la ingesta de medicinas y las dolencias. Cuando se analizan las diferencias entre los sexos, aparecen mejores índices en los hombres siempre, excepto en autoestima; como en las encuestas nacionales e internacionales generales, aparecen también diferencias en la ingesta total de sustancias, tabaco y alcohol, más altos en los hombres.

Diferencias entre los sexos en Salud

Ha habido numerosos estudios que analizan las diferencias entre los dos sexos en índices de salud, comparando hombres y mujeres en general; Pinquart y Soerensen (2001) realizaron un metanálisis con 300 estudios empíricos sobre diferencias de género en variables como Satisfacción vital, Felicidad, Autoestima, Soledad, Salud percibida (subjetiva) y edad subjetiva, con personas ancianas. Las mujeres aparecían con menores puntuaciones en todas las medidas de bienestar subjetivo y autoconcepto positivo, excepto en edad subjetiva. Pero es cierto que la variable sexo daba cuenta

de menos de un 1% de la varianza. Este es un resultado muy significativo que pone sobre la pista de la idea básica que se defiende en este trabajo, esto es, que la variable sexo por sí misma explica poco y que es necesario hacer las comparaciones entre personas parecidas en otras muchas variables, que se diferencian sólo en la variable sexo, si no queremos contaminar los resultados.

En los datos provenientes del clásico Berlin Aging Study, Baltes, Freund y Horgas (1999), tanto en el grupo de 70 a 84 años como en el de 85 a 103, encuentran que en las 32 variables biopsicosociales evaluadas, incluidas las relacionadas con salud, las diferencias entre los sexos son pequeñas, y en muchas de ellas, inexistentes. Con sujetos más jóvenes, de entre 55 y 75 años, y con condiciones de morbilidad específica (en este caso, personas que habían sufrido un infarto de miocardio), Woodend (2002) encontró que las mujeres experimentaban significativamente más ansiedad o depresión después del infarto que los hombres. Las diferencias en el distrés sufrido por parte de las mujeres parecen explicarse, según la autora, por las diferencias entre los sexos en los recursos disponibles y el mayor esfuerzo que exige el papel femenino. Pero de nuevo los datos indican que la variable sexo por sí sola no es demasiado significativa: un conjunto de variables como Salud física, sexo, sobrecarga de rol, apoyo social e intrusividad de la enfermedad explicaban el 53% de la varianza del distrés; cuando todas estas variables se incluyeron en un análisis de regresión, el efecto independiente del sexo se convierte en no significativo.

Patrones diferenciales en mujeres y hombres

Puesto que se sospecha cada vez con mayor fundamento que la comparación general entre mujeres y hombres es poco esclarecedora, los trabajos se dirigen a investigar posibles diferencias más cualitativas, esto es, relacionadas con los diferentes patrones de las variables relacionadas con la Salud en hombres y mujeres. Así, por ejemplo, aparecen diferencias en las relaciones entre enfermedad y ansiedad: Hagerdoorn, Sanderman, Ranchor, Brillman, Kempen y Ormel (2001), analizando el efecto de las enfermedades crónicas en 995 parejas mayores (con la media de edad de 69 años en los hombres y 67 en las mujeres) encontraron mayor estrés en las mujeres, asociado tanto con su propia enfermedad como con la de su esposo; en los hombres, el estrés aparecía sólo asociado con la enfermedad propia.

Aparecen también diferencias entre los sexos en los patrones de consumo de alcohol. Caldwell, Rodgers, Jorm, Christensen, Jacomb, Korten y Lynskey (2002) muestran, con 2404 jóvenes adultos (entre 20-24 años) que los patrones de asociación entre el consumo de alcohol y los síntomas de

depresión y ansiedad son distintos para hombres y para mujeres; por ejemplo, en el caso de los hombres, la depresión y la ansiedad estaban asociados tanto con la bebida ocasional como no ocasional; en el caso de las mujeres, sólo las bebedoras ocasionales mostraban niveles altos de depresión y afecto negativo.

El trabajo de Creamer, Lethbridge-Cejku, Costa, Tobin, Herbst, Hochberg (1999) es especialmente interesante porque además de investigar las relaciones diferenciales de Ansiedad y Depresión con un índice de salud concreto, abordan otro tema, el de la relación entre índices objetivos y subjetivos que será un punto crucial en nuestro propio trabajo. Con la muestra del Baltimore Longitudinal Study of Aging, con 374 sujetos de más de 40 años (la media de edad estaba en 64,3), investigaron la posible relación entre la ansiedad, la depresión y el dolor de rodilla; a los sujetos se les preguntaba si sufrían dolor y se les hacía una radiografía anteroposterior de la rodilla. El dolor percibido era independiente de la Depresión en ambos sexos, y también de la Ansiedad, pero en este caso sólo en los varones; en las mujeres sí aparecía relación. Además, las mujeres que decían que sufrían de dolor de rodilla sin que se certificara la presencia de osteoartritis tenían puntuaciones en ansiedad más altas que las que no informaban que tenían dolor.

Los datos también indican diferencias entre los sexos en las relaciones entre Personalidad y Salud. Artístico, Baldassarri, Lauriola y Laicardi (2000), con 308 italianos de más de 60 años (media de edad de 70,5 años), encuentran que hombres y mujeres muestran distintos patrones de correlación entre los factores de salud y las variables de personalidad del modelo de los Cinco Grandes.

Los factores de riesgo y la importancia de los acontecimientos estresantes pueden ser también características diferenciales para mujeres y hombres. Jonas y Lando (2000) parten de la hipótesis de que el afecto negativo es un factor de riesgo prospectivo para la hipertensión, tanto entre sujetos blancos como negros. Utilizan una cohorte de 3310 sujetos sanos, entre 25 y 64 años, proveniente de la National Health and Nutritional Examination Survey en EEUU y encuentran que, efectivamente, el afecto negativo predice el desarrollo de la hipertensión entre las mujeres blancas y todos los hombres, tanto blancos como negros, siempre que haya riesgos similares, y también entre las mujeres negras, pero sólo si tienen riesgos sustancialmente más altos. Van Os y Jones (1999) pretenden investigar la relación entre trastornos afectivos y acontecimientos estresantes recientes. Utilizan una cohorte de 5326 británicos nacidos en una determinada semana de un determinado año. En las mujeres, el efecto del “acontecimiento estresante en el último año” sobre la salud mental fue mayor que en los

hombres; también lo fue en sujetos con un mayor nivel de N (Neuroticismo) y una peor salud mental en la infancia.

Salud objetiva y Salud subjetiva (autopercebida)

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

Varios estudios han investigado el acuerdo entre los dos tipos de índices. Baron-Epel y Kaplan (2001) llaman a la cautela a la hora de usar diferentes redacciones de las preguntas sobre salud percibida cuando se utilizan poblaciones poco homogéneas. Los autores compararon dos medidas de salud percibida: una pregunta general sobre salud subjetiva (subjective health, SH) y una pregunta, también sobre salud percibida, pero relacionada con la edad (age health, AH). Entrevistaron y pasaron cuestionarios a 793 sujetos, de entre 45 y 75 años, teniendo en cuenta edad, sexo, trastornos, educación, emigración reciente e índice de masa corporal. Los resultados indican que el acuerdo entre SH y AH era peor en los sujetos de 65 a 75 años, con menos de 12 años de educación y sin enfermedades, y mejor entre los sujetos de 55 a 64 años, también sin sufrir enfermedad. No hay diferencias entre sexos. Por su parte, Roberts (2000), con tres grupos de sujetos clasificados según su edad (347 sujetos de entre 18 y 45 años, 339 de entre 46 y 60 y 120 de entre 67 y 78 años), con esclerosis múltiples, llega a la conclusión de que la edad puede moderar el efecto de la salud objetiva sobre la salud percibida, pero el punto de inflexión para esta relación es la mediana edad, no la tercera edad; en efecto, la influencia de los problemas de salud objetivos sobre la salud percibida es menor en los grupos de sujetos mayores y de mediana edad que en los jóvenes, pero entre los dos primeros no hay diferencias. Tampoco las hay entre hombres y mujeres.

Dentro de esta línea de investigación, algunos autores se preguntan qué influye sobre la salud percibida. Jurkovicova, Aghova, Stefanikova, Sevecikova, Ragan y Dubrovova (2000), utilizando 528 estudiantes de medicina, 828 soldados y 1424 voluntarios en un proyecto de evaluación de enfermedades cardiovasculares encontraron que, en general, los factores de riesgo reales que tenían los sujetos para padecer trastornos cardiovasculares no contribuían directamente a las puntuaciones de los sujetos sobre salud percibida; de hecho, en todo el grupo, la salud percibida no correla-

cionaba con los resultados del examen clínico. Hessel, Geyer, Ploettner, Schmidt y Braehler (1999) en una muestra representativa de la población alemana encuentran que ni el apoyo social ni el nivel social son factores importantes en la evaluación subjetiva que hacen los sujetos de su propia salud y de su morbilidad. No hay diferencias entre hombres y mujeres ni entre jóvenes y ancianos.

A su vez, el interés se centra a veces en investigar sobre qué influye la Salud autopercebida. Perrig-Chiello (2000) investiga las relaciones entre el sentimiento de control que los sujetos tienen sobre su salud, la salud en sí misma y el bienestar en sujetos mayores, a través de un proyecto longitudinal, el Basle Longitudinal Project of the Inter-Disciplinary Study on Ageing. Los datos con 442 sujetos entre 65 y 94 años demuestran el fuerte impacto que tienen sus propias autoevaluaciones de salud percibida sobre el control que creen tener sobre su salud. Y, claramente, la Salud percibida influye sobre la Satisfacción. Gutmanis (1999) a partir de del 1990 Ontario Health Survey investiga las relaciones entre salud percibida, dolor que limita la actividad del sujeto, edad, sexo, educación, ingresos familiares, tener ayuda en casa, tener un confidente, empleo, estar casado, tener hijos y satisfacción. Los sujetos eran 18.743 canadienses, entre 25 y 64 años. Los análisis de regresión lineal realizados muestran que la satisfacción vital aumenta con la edad y es mayor entre los hombres, los casados y los que no tenían hijos y se asociaba con altos niveles de salud percibida, menos niveles de dolor limitantes, tener ayuda y tener un confidente. Los modelos finales daban cuenta de entre el 16,2% y el 31,4% de la varianza total de la Satisfacción.

Basándose en los resultados de investigaciones previas que señalan que la Salud física y varios aspectos del apoyo social tienen influencias sustanciales sobre la Satisfacción autopercebida entre los mayores, Jones (2001) investiga los predictores cognitivos y psicosociales del bienestar subjetivo entre los adultos de más de 65 años (el 66% mujeres), con una media de edad de 75 años, del área metropolitana de Detroit, en EEUU. Sus resultados indican que esas variables son importantes a la hora de predecir la felicidad, independientemente de las variables demográficas. Los datos sugieren que el uso del afrontamiento basado en la emoción y la falta de salud percibida estaban asociados con menores sentimientos de bienestar. De hecho, la Salud percibida baja tiene un impacto negativo mayor sobre la Satisfacción autopercebida que el estado de salud real. Junowitz (2000) señala que se han encontrado, con frecuencia, asociaciones de moderadas a fuertes entre la salud percibida y la Satisfacción y entre la Salud percibida y la objetiva, pero una asociación pequeña e incluso nula entre la Salud objetiva y la Satisfacción. El autor pretende que su estudio demuestra a) que la personalidad es un predictor más fuerte a largo plazo de la

Satisfacción que la Salud objetiva, b) la personalidad y las variables demográficas (incluyendo la salud percibida) individualmente o en combinación son predictores significativos a largo plazo de la Satisfacción vital, pero sólo predictores significativos a corto plazo de los componentes afectivos del bienestar y c) se produce un efecto a corto plazo de la salud objetiva sobre la varianza explicada de la Satisfacción con la vida que es independiente de los efectos de la personalidad o las variables demográficas. Por su parte, Smith, Fleeson, Geiselman, Settersten, y Kunzmann (1999), utilizando los datos del Berlin Aging Study, encuentran, mediante la aplicación de las técnicas de path analysis, que las evaluaciones subjetivas, especialmente la de Salud percibida, son predictores más fuertes del bienestar auto-percibido del sujeto que las medidas objetivas en todos los dominios vitales, también en el campo de la Salud.

Estudios como éstos, y como los de Creamer, Lethbridge-Cejku, Costa, Tobin, Herbst, y Hochberg (1999), citado más arriba, indican que es bastante probable que las relaciones entre Salud y Satisfacción (y seguramente otras variables psicológicas) no sean las mismas según se utilicen unos u otros índices de Salud.

A partir de estos antecedentes, nuestro propósito actual es el de profundizar en los conocimientos sobre las relaciones entre ciertas variables psicológicas y la salud en las mujeres de mediana edad, para lo que será necesario realizar comparaciones intersexos, comparaciones por edad dentro del grupo de mujeres y comparaciones entre hombres y mujeres de distintas edades (para comprobar la influencia de la interacción entre sexo y edad). Trabajos previos de nuestro grupo de investigación y de investigadores internacionales indican la necesidad de ser cautelosos a la hora de hacer comparaciones entre mujeres y hombres sin tener en cuenta semejanzas entre los miembros de cada uno de los sexos en variables como edad, condición de trabajo, situación familiar, nivel socioeconómico, etc. Del mismo modo, la cautela aconseja tener en cuenta índices desagregados de ansiedad (por ejemplo, cognitiva, motora, fisiológica, etc.) en vez de un solo índice global, que nos llevaría sólo a resultados muy generales. Por último, los resultados previos indican también que no todos los índices de salud utilizados muestran las mismas relaciones con las variables psicológicas que se han mostrado significativas en el ámbito de la salud. Hay indicios de diferencias al menos entre la Salud percibida y los índices más objetivos de Salud, como visitas al médico, ingesta de medicamentos, presencia de dolencias crónicas, existencia de tratamientos médicos, etc.

Sobre esta base, nuestros objetivos son los siguientes:

- 1) Analizar las diferencias en salud física y psicológica según sexo y edad;

- 2) Evaluar si la Autoestima, Ansiedad y Satisfacción Vital (índices de Salud Psicológica) predicen los índices de salud física y si esta predicción es distinta según se trate de un índice de salud física objetivo (visitas al médico, enfermedades crónicas) o subjetivo (dolencias físicas y salud física percibida), teniendo en cuenta, además, las posibles diferencias en función del sexo y edad.
- 3) Analizar las diferencias intragrupalas en salud física y psicológica en mujeres de mediana edad según condición de trabajo, nivel socioeconómico, estado civil y tener o no hijos.

Método

Participantes

El grupo está compuesto por 500 sujetos de 25 a 65 años (media de edad = 41,91, desviación estándar = 10,75), de los cuales 250 tienen de 27 a 44 años (jóvenes) y 250 tienen de 45 a 65 años (mediana edad). Los participantes presentan diferentes niveles de estudios, seleccionados por la técnica de muestreo y representativos de la Comunidad de Madrid, de los cuales 250 tienen un nivel socioeconómico medio-bajo y 250 un nivel socioeconómico medio-alto, distribuidos en 5 grupos: 100 mujeres amas de casa; 100 mujeres que trabajan fuera del hogar; 100 mujeres en paro; 100 hombres trabajadores y 100 hombres en paro.

Instrumentos

1) *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad – ISRA* (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1994). Este cuestionario evalúa la disposición general que tienen las personas a experimentar y padecer Ansiedad y la cantidad de ansiedad que pueden experimentar en una situación concreta. Se mide, por tanto, el rasgo de Ansiedad como una tendencia que manifiesta el sujeto, con una cierta estabilidad temporal y consistencia transituacional. Además, esta prueba permite obtener tres puntuaciones independientes de ansiedad: *Ansiedad Cognitiva*, *Ansiedad Fisiológica* y *Ansiedad Motora*. El ISRA está compuesto por 24 ítems; el sujeto deberá indicar la frecuencia con la que tiene las reacciones o pensamientos descritos, entre “casi nunca” y “casi siempre” en formato tipo *likert*. El coeficiente alfa total de la escala es de 0,99.

2) “*Rosenberg's Self-Esteem Scale*” o *Escala de Autoestima de Rosenberg (RES)*. Esta prueba de Rosenberg (1965) evalúa la valoración positiva o negativa que una persona tiene de sí misma: su autoestima. Ha sido confeccionada a partir de frases que exploran el autoconcepto. Se trata de un auto-informe de diez ítems para evaluar los niveles individuales de

autoestima global. Se presentan cuatro respuestas en formato tipo *likert* (1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = de acuerdo y 4 = totalmente en desacuerdo) para cada uno de los diez ítems. Las altas puntuaciones representan una alta autoestima. El coeficiente alfa está entre 0,77 y 0,94 (Kolligian y Sternberg, 1991).

3) *Cuestionario de Satisfacción Autopercebida*. Hay un acuerdo generalizado sobre la validez de las medidas de autopercepción de la felicidad, bienestar o satisfacción (Argyle, 1987), además del uso de medidas de satisfacción de ítem único. Por tanto, se utilizó una escala tipo *likert* de 10 puntos en la que los sujetos valoran tanto su “Satisfacción Familiar”, su “Satisfacción Laboral” como su “Satisfacción Global”. El coeficiente alfa total de la escala es de 0,70 (Castro Solano y Sánchez López, 2000).

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

- a) Escala de *likert* de cuatro puntos sobre la presencia de diez dolencias físicas más comunes en población general (por ejemplo, dolores de cabeza, dolores de espalda, mareos, etc.). La suma de cada puntuación dada por los sujetos permite obtener una puntuación total que puede oscilar entre 10 y 40. La escala presenta un alfa de Cronbach de 0,77.
- b) Número de veces que los sujetos acudieron a cada uno de los especialistas médicos detallados a continuación: gastroenterólogo, urólogo, ginecólogo, traumatólogo, dermatólogo, otorrinolaringólogo, oftalmólogo, neurólogo, nefrólogo, dentista, oncólogo, podólogo, cardiólogo, neumólogo u otros. Se anotó la suma total de visitas a médicos en el último año.
- c) Existencia de enfermedades crónicas. Se anotó la suma total de enfermedades crónicas informadas por los participantes.
- d) Finalmente, se pidió a cada uno de los participantes que evaluaran su salud física a través de una escala *likert* de diez puntos y otra de un único ítem cuya respuesta oscilaba de 1 (muy satisfactoria) a 5 (muy insatisfactoria).

Procedimiento

Las pruebas se administraron individualmente en sesiones de 1 hora de duración; todas las personas participaron de forma voluntaria. Para el análisis de los datos se ha empleado el paquete estadístico SPSS versión 12.0. Las técnicas de análisis de datos utilizadas han sido: *diferencias de medias (técnica t de Student)*, para analizar las diferencias de medias según sexo y edad; *análisis de regresión múltiple*, para verificar la magnitud de la predicción de las variables psicológicas (ansiedad, autoestima y satisfacción vital) respecto a cada uno de los índices de salud física (visitas al mé-

dico, presencia de enfermedades crónicas, dolencias físicas y salud física percibida) en los grupos de sujetos según sexo y edad; y *análisis multivariante de la varianza*, para analizar las diferencias en salud física y psicológica cuando emparejamos las mujeres según edad, sexo y otras variables demográficas (condición de trabajo, estado civil, tener o no hijos y nivel socioeconómico).

Resultados

Se ha establecido el nivel de significación en 0,01 para todos los análisis, excepto en el caso de las Tablas 3 y 5 en las que se ha tomado en consideración las diferencias a partir del nivel de significación del 0,05 para analizar entre qué grupos se producían las diferencias señaladas según el estadístico de Scheffé; las F son significativas al 1%.

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

Objetivo 1: Relaciones entre variables psicológicas (salud psicológica) y salud física según sexo

Para cumplir este primer objetivo, presentamos a continuación los descriptivos de las variables utilizadas en este estudio según sexo (Tabla 1) y edad (Tabla 2); se señalan las diferencias a través del estadístico *t de Student*.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos y diferencias de medias entre sexos

Variables	Ambos Sexos		Varones		Mujeres		<i>t</i>
	M	DE	M	DE	M	DE	
Visitas al médico	5,80	10,76	3,69	6,12	7,21	12,79	- 4,10*
Enfermedades crónicas	0,28	0,55	0,25	0,49	0,29	0,59	- 0,88ns
Dolencias físicas	16,06	4,57	15,07	4,39	16,72	4,58	- 4,04*
Salud física percibida	7,27	1,70	7,50	1,78	7,11	1,63	2,47*
Ansiedad cognitiva	9,07	4,75	8,00	4,73	9,78	4,64	- 4,14*
Ansiedad fisiológica	6,80	5,02	6,01	4,73	7,33	5,15	- 2,94*
Ansiedad motora	6,99	3,89	6,55	3,98	7,29	3,82	- 2,07ns
Ansiedad total	22,86	11,32	20,56	11,07	24,39	11,24	- 3,77*
Autoestima	21,14	4,48	21,42	4,48	20,95	4,48	1,12ns
Satisfacción vital	7,29	1,59	7,28	1,70	7,29	1,52	- 0,12ns

* $p < 0,01$

Según los resultados presentados en la Tabla 1, no encontramos diferencias según *sexo* en las variables Enfermedades Crónicas, Ansiedad Motora, Autoestima y Satisfacción Vital. Las diferencias aparecen en Visitas al

Médico, Dolencias Físicas, Ansiedad Cognitiva, Ansiedad Fisiológica y Ansiedad Total, en las que las mujeres puntúan más; y Salud Física Percibida, en la que son los varones los que tienen puntuaciones más elevadas. Hay que reseñar el hecho de que la desviación típica para Visitas al Médico es superior a la media, en todos los grupos. Efectivamente, el análisis de los protocolos indica que la casuística en el número de visitas al médico que realizan los sujetos es muy variado. Por lo tanto, los resultados y las interpretaciones en relación con este índice han de ser tomados con cautela.

Tabla 2: Estadísticos descriptivos y diferencias de medias entre sujetos jóvenes y de mediana edad

Variables	Jóvenes 27-44 años		Mediana Edad 45-65 años		t
	M	DE	M	DE	
Visitas al médico	5,14	10,81	6,46	10,69	- 1,37ns
Enfermedades crónicas	0,19	0,47	0,36	0,61	- 3,58*
Dolencias físicas	15,37	4,00	16,74	4,99	- 3,37*
Salud física percibida	7,77	1,45	6,76	1,79	6,87*
Ansiedad cognitiva	8,77	4,56	9,36	4,93	- 1,38ns
Ansiedad fisiológica	6,21	4,75	7,39	5,22	- 2,63*
Ansiedad motora	7,04	3,89	6,93	3,90	0,26ns
Ansiedad total	22,02	10,57	23,69	11,98	- 1,65ns
Autoestima	21,73	4,51	20,55	4,38	2,96*
Satisfacción vital	7,35	1,61	7,22	1,57	0,92ns

En la Tabla 2 encontramos que no existen diferencias según *edad* en las variables Visitas al Médico, Ansiedad Cognitiva, Ansiedad Motora, Ansiedad Total y Satisfacción Vital. Encontramos diferencias en las variables Enfermedades Crónicas, Dolencias Físicas y Ansiedad Fisiológica, en las que los sujetos de mediana edad puntúan más; y Salud Física Percibida y Autoestima, en la que los jóvenes alcanzan mayor puntuación.

Considerando los resultados según sexo y edad, encontramos que en las variables Ansiedad Cognitiva y Ansiedad Total influye sólo el sexo, con puntuaciones más elevadas en las mujeres. En el caso de la variable Autoestima influye sólo la edad, siendo los jóvenes los que tienen mayor puntuación. Influyen tanto sexo como edad en las variables Visitas al Médico, Dolencias Físicas y Ansiedad Fisiológica, en las que las mujeres y los sujetos de mediana edad puntúan más; y Salud Física Percibida, en la que puntúan más los varones y los jóvenes. Y por último, en las variables Ansiedad Motora y Satisfacción Vital no influyen ni el sexo ni la edad.

Para concluir los análisis de este primero objetivo, hemos realizado un Análisis Mutivariado de la Varianza, considerando los cuatro grupos de sujetos según edad y sexo; los resultados se presentan en la Tabla 3.

En la Tabla 3 podemos verificar que cuando hay diferencias, siempre están implicadas las *mujeres de mediana edad*. Estas puntúan más en Visitas al Médico, Enfermedades Crónicas, Dolencias Físicas, Ansiedad Cognitiva, Ansiedad Fisiológica y Ansiedad Total. Por otro lado, tienen menos Salud Percibida y Autoestima. Hay que resaltar que las diferencias en esta última variable, la Autoestima, sólo aparece con este grupo, las mujeres de mediana edad.

Tabla 3: Análisis Multivariado de la Varianza de los Índices de Salud en los grupos de sujetos según edad y sexo

Variables	Varones				Mujeres				F	Scheffé
	Jóvenes (1)		Mediana Edad (2)		Jóvenes (3)		Mediana Edad (4)			
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE		
Visitas al médico	2,93	4,66	4,44	7,22	6,63	13,27	7,78	12,32	5,00**	2,4*
Enfermed. crónicas	0,16	0,42	0,34	0,55	0,21	0,50	0,38	0,65	4,29**	1,4*
Dolencias físicas	14,60	3,89	15,53	4,81	15,92	4,00	17,51	4,98	9,33**	1,4*; 2,4*; 3,4*
Perc. de la salud física	7,80	1,63	7,21	1,88	7,73	1,32	6,49	1,68	18,98**	1,4*; 2,4*; 3,4*
Ansiedad cognitiva	8,12	4,36	7,88	5,09	9,25	4,62	10,31	1,68	7,13**	1,4*; 2,4*
Ansiedad fisiológica	5,69	4,54	6,33	4,90	6,57	4,88	8,08	5,31	5,39**	1,4*
Ansiedad motora	6,72	3,86	6,38	4,10	7,25	3,93	7,33	3,71	1,62ns	–
Ansiedad total	20,53	10,03	20,58	12,05	23,07	10,84	25,71	11,51	6,12**	1,4*; 2,4*
Autoestima	21,72	4,39	21,12	4,56	21,69	4,57	20,22	4,27	3,45**	3,4*
Satisfacción vital	7,31	1,74	7,24	1,66	7,37	1,53	7,21	1,51	0,22ns	–

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

Objetivo 2: Relaciones entre variables psicológicas (Autoestima, Ansiedad y Satisfacción Vital) y salud física según el índice de salud utilizado. Influencia del sexo y la edad.

El siguiente análisis, que atiende al segundo objetivo, se ha llevado a cabo por separado según sexo y edad y de acuerdo al tipo de índice de salud, es decir objetivo (*Visitas al Médico y Enfermedades Crónicas*) o subjetivo, o de salud percibida (*Dolencias Físicas y Salud Física Percibida*). Para ello se llevaron a cabo análisis de regresión múltiple, mediante el procedimiento de pasos sucesivos, tomando como variable criterio los índices de salud y como variables independientes (predictivas) las variables *Ansiedad Fisiológica, Ansiedad Cognitiva, Ansiedad Motora, Autoestima y Satisfacción vital*.

Los resultados de estos análisis son presentados en las Tablas 4 y 5.

Tabla 4: Análisis de regresión múltiple de los índices de salud física objetivos

Índices de Salud Física	R ² Corre-gida	F	Varianza Explicada	VV Predictivas	Ecuación
Visitas al Médico					
Jóvenes	-	-	-	-	-
Mujeres Jóvenes	-	-	-	-	-
Varones Jóvenes	-	-	-	-	-
Mediana Edad	0,05	F1,248 = 14,50; p < 0,001	5%	Ansiedad Cognitiva: t = 3,80; p < 0,001	Visitas al médico = 1,68 + 0,51 ans. cog.
Mujeres Mediana Edad	0,04	F1,148 = 7,97; p < 0,01	4%	Ansiedad Cognitiva: t = 2,82; p < 0,01	Visitas al médico = 1,54 + 0,60 ans. cog.
Varones Mediana Edad	0,07	F2,98 = 4,99; p < 0,01	7%	Ansiedad Cognitiva: t = 3,02; p < 0,01 Autoestima: t = 2,40; p < 0,01	Visitas al médico = - 8,65 + 0,49 ans. cog. + 0,43 autoestima
Enfermedades Crónicas					
Jóvenes	0,05	F1,248 = 14,68; p < 0,001	5%	Ansiedad Fisiológica: t = 3,83; p < 0,001	Enfermedades crónicas = 0,04 + 0,02 ans. fis.
Mujeres Jóvenes	0,03	F1,248 = 6,18; p < 0,01	3%	Ansiedad Fisiológica: t = 2,48; p < 0,01	Enfermedades crónicas = 0,07 + 0,02 ans. fis.
Varones Jóvenes	0,08	F1,97 = 9,46; p < 0,01	8%	Ansiedad Fisiológica: t = 3,07; p < 0,01	Enfermedades crónicas = 0,004 + 0,02 ans. fis.
Mediana Edad	0,07	F1,247 = 10,43; p < 0,001	7%	Ansiedad Cognitiva: t = 4,56; p < 0,001 Autoestima: t = 2,91; p < 0,01	Enfermed. crónicas = -0,71 + 0,04 ans. cog. + 0,03 autoestima
Mujeres Mediana Edad	0,03	F1,148 = 6,01; p < 0,01	3%	Ansiedad Cognitiva: t = 2,45; p < 0,01	Enfermedades crónicas = 0,09 + 0,02 ans. cog.
Varones Mediana Edad	0,10	F2,98 = 6,83; p < 0,01	10%	Ansiedad Fisiológica: t = 3,64; p < 0,001 Ansiedad Motora: t = -2,58; p < 0,01	Enfermed. crónicas = 0,29 + 0,02 ans. fis. - 0,04 ans. mot.

Tabla 5: Análisis de regresión múltiple de los índices de salud física subjetivos

Índices de Salud Física	R ² Corre-gida	F	Varian-za Ex-plicada	VV Predictivas	Ecuación
Dolencias Físicas					
Jóvenes	0,37	F1,245 = 74,09; p < 0,001	37%	Ansiedad Fisiológica: t = 9,63; p < 0,001 Ansiedad Motora: t = 2,30; p < 0,05	Dolencias físicas = 11,59 + 0,45 ans. fis. + 0,13 ans. mot.
Mujeres Jóvenes	0,46	F2,147 = 64,81; p < 0,001		Ansiedad Fisiológica: t = 9,26; p < 0,001 Ansiedad Motora: t = 2,05; p < 0,05	Dolencias físicas = 11,59 + 0,50 ans. fis. + 0,13 ans. mot.
Varones Jóvenes	0,21	F1,97 = 27,56; p < 0,001	21%	Ansiedad Fisiológica: t = 5,25; p < 0,001	Dolencias físicas = 12,30 + 0,40 ans. fis.
Mediana Edad	0,41	F4,245 = 44,84; p < 0,001	41%	Ansiedad Fisiológica: t = 10,01; p < 0,001 Ansiedad Motora: t = -3,11; p < 0,01 Ansiedad Cognitiva: t = 3,60; p < 0,001 Autoestima: t = 2,59; p < 0,01	Dolencias físicas = 7,68 + 0,61 ans. fis. - 0,26 ans. mot. + 0,26 ans. cog. + 0,18 autoestima
Mujeres Mediana Edad	0,42	F1,148 = 108,97; p < 0,001	42%	Ansiedad Fisiológica: t = 10,43; p < 0,001	Dolencias físicas = 12,58 + 0,61 ansiedad fisiológica
Varones Mediana Edad	0,39	F3,97 = 22,97; p < 0,001	39%	Ansiedad Fisiológica: t = 5,29; p < 0,001 Ansiedad Motora: t = -4,83; p < 0,001 Ansiedad Cognitiva: t = 2,86; p < 0,01	Dolencias físicas = 12,38 + 0,57 ans. fis. - 0,55 ans. mot. + 0,28 ans. cog.
Salud percibida					
Jóvenes	0,26	F2,247 = 44,94; p < 0,001	26%	Ansiedad Fisiológica: t = -6,88; p < 0,001 Satisfacción Vital: t = 4,12; p < 0,001	Salud percibida = 6,95 - 0,12 ans. fis. + 0,21 satisf. vital
Mujeres Jóvenes	0,29	F2,147 = 32,38; p < 0,001	29%	Ansiedad Fisiológica: t = -6,07; p < 0,001 Satisfacción Vital: t = 2,75; p < 0,01	Salud percibida = 7,23 - 0,12ans.fis. + 0,17 satisf. vital
Varones Jóvenes	0,24	F3,95 = 11,53; p < 0,001	24%	Ansiedad Fisiológica: t = -4,35; p < 0,001 Satisfacción Vital: t = 3,04; p < 0,01 Ansiedad Motora: t = 2,19; p < 0,05	Salud percibida = 6,19 - 0,16 ans. fis. + 0,25 satisf. vital + 0,09 ans. mot.
Mediana Edad	0,20	F1,248 = 66,80; p < 0,001	20%	Ansiedad Fisiológica: t = -8,17; p < 0,001	Salud percibida = 7,93 - 0,15 ans. fis.
Mujeres Mediana Edad	0,23	F1,148 = 46,42; p < 0,001	23%	Ansiedad Fisiológica: t = -6,81; p < 0,001	Salud percibida = 7,73 - 0,15 ansiedad fisiológica
Varones Mediana Edad	0,17	F2,98 = 11,53; p < 0,001	17%	Ansiedad Fisiológica: t = -4,76; p < 0,001 Ansiedad Motora: t = 2,26; p < 0,05	Salud física = 7,75 - 0,20 ans. fis. + 0,11 ans. mot.

En la Tabla 6 se presentan los porcentajes de la varianza explicada por cada una de las variables predictivas, resultantes de los análisis de regresión realizados. No se han tenido en cuenta los resultados para Visitas al Médico y Enfermedades Crónicas, ya que los valores de la Regresión Múltiple son iguales o inferiores a 0,10.

Tabla 6: Porcentaje de la varianza explicada por cada variable según la variable criterio

Variables criterio	Ambos Sexos		Varones		Mujeres	
	Jóvenes	Mediana Edad	Jóvenes	Mediana Edad	Jóvenes	Mediana Edad
Visitas al médico	-	-	-	-	-	-
Enfermedades crónicas	-	-	-	-	-	-
Dolencias físicas	A. Fisiológica = 36,1%	A. Fisiológica = 36,9%	A. Fisiológica = 21%	A. Fisiológica = 25%	A. Fisiológica = 45,3%	A. Fisiológica = 42%
	A. Motora = 1,1%	A. Motora = 1,5%		A. Motora = 10,3%	A. Motora = 1,2%	
	Total = 37,2%	A. Cognitiva = 1,6%		A. Cognitiva = 4,4%	Total = 46,5%	
		Autoestima = 1,3%		Total = 39,3%		
		Total = 41,3%				
Salud percibida	A. Fisiológica = 21,3%	A. Fisiológica = 20%	A. Fisiológica = 15,3%	A. Fisiológica = 14%	A. Fisiológica = 26,5%	A. Fisiológica = 23%
	Satisfac. Vital = 4,8%		A. Motora = 3%	A. Motora = 3,4%	Satisfac. Vital = 3%	
	Total = 26,1		Satisfac. Vital = 6,1%	Total = 17,4%	Total = 28,5%	
			Total = 24,4%			

Basándonos en los resultados presentados en la Tabla 4, verificamos que son siempre las *mujeres* las que muestran un mayor porcentaje de varianza explicada, ya sean jóvenes o mayores, sobre todo en Dolencias Físicas, donde la diferencia entre *mujeres jóvenes* (46,5%) y *varones de mediana edad* (21%) llega al 25%.

Otro dato importante es que la variable Ansiedad Fisiológica aparece explicando grande parte de la varianza en todos los análisis realizados. Los otros tipos de Ansiedad, Motora y Cognitiva, sólo explican la varianza en el caso de los varones de mediana edad.

Por otro lado, la variable Autoestima aparece sólo cuando analizamos la submuestra de mediana edad, pero explicando un porcentaje muy bajo de la varianza, es decir un 1,3%. Es necesario recordar que no hay diferencias significativas entre mujeres y varones en esta variable, sólo entre personas jóvenes y de mediana edad.

La variable Satisfacción Vital explica un porcentaje pequeño (entre 3 y 6,1%) de la varianza en Salud Percibida pero sólo aparece en los jóvenes, tanto en los varones como en las mujeres.

Objetivo 3: Diferencias intragrupalas en salud física y psicológica en mujeres de mediana edad según condición de trabajo, nivel socioeconómico, estado civil y tener o no hijos

Con el objetivo de analizar las posibles diferencias intragrupalas en salud física y psicológicas en mujeres de mediana edad, se ha realizado un Análisis Multivariado de la Varianza (MANOVA) según situación laboral, estado civil, nivel socioeconómico y tener o no hijos.

Tabla 7: MANOVA Índices de Salud Física y Psicológica según *condición de trabajo* en mujeres de mediana edad

Variables	Amas de Casa (1)		En Paro (2)		Trabajadoras (3)		F	Scheffé
	M	DE	M	DE	M	DE		
Visitas al médico	7,44	8,40	5,40	5,99	10,50	18,49	2,20ns	–
Enfermedades crónicas	0,48	0,73	0,26	0,52	0,40	0,67	1,46ns	–
Dolencias físicas	18,96	4,87	15,88	5,07	17,70	4,58	5,09**	1,2*;
Percepción de la salud física	5,80	1,79	6,76	1,54	6,90	1,51	6,79**	1,2*; 1,3*
Ansiedad cognitiva	10,94	5,14	9,72	4,54	10,26	4,09	0,87ns	–
Ansiedad fisiológica	9,74	5,46	7,02	5,16	7,48	5,01	3,89ns	–
Ansiedad motora	8,00	4,21	7,22	3,34	6,76	3,50	1,43ns	–
Ansiedad total	28,68	12,87	23,96	11,71	24,50	9,31	2,56ns	–
Autoestima	19,88	4,50	20,22	4,77	20,56	3,48	0,31ns	–
Satisfacción vital	7,60	1,59	6,70	1,43	7,34	1,40	4,90**	1,2*

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

Como se puede verificar en la Tabla 7, cuando analizamos las mujeres de mediana edad según condición de trabajo (amas de casa, en paro y trabajadoras fuera del hogar), encontramos que las mujeres amas de casa puntúan más en dolencias físicas, pero también presentan puntuaciones más elevadas en satisfacción vital. Las mujeres trabajadoras son las que informan tener mejor salud física percibida.

Tabla 8: MANOVA Índices de Salud Física y Psicológica según *estado civil* en mujeres de mediana edad

Variables	Sin pareja		Con pareja		F
	M	DE	M	DE	
Visitas al médico	9,26	18,42	7,11	8,21	0,98ns
Enfermedades crónicas	0,40	0,71	0,37	0,62	0,09ns
Dolencias físicas	16,49	4,63	17,98	5,08	2,93ns
Salud física percibida	6,72	1,69	6,38	1,68	1,35ns
Ansiedad cognitiva	9,30	4,35	10,77	4,67	3,32ns
Ansiedad fisiológica	7,04	5,04	8,55	5,39	2,63ns
Ansiedad motora	7,04	3,56	7,46	3,79	0,39ns
Ansiedad total	23,38	10,97	26,78	11,65	2,83ns
Autoestima	20,89	3,96	19,91	4,38	1,71ns
Satisfacción vital	6,62	1,40	7,49	1,49	11,29*

* $p < 0,01$.

En la Tabla 8 podemos verificar que la única variable que diferencia a las mujeres de mediana edad según estado civil es satisfacción vital, en la que mujeres con pareja (casadas o con pareja de hecho) informan sentirse más satisfechas que las mujeres sin pareja (solteras, separadas/divorciadas o viudas).

Como se puede constatar en la Tabla 09 y 10, las mujeres de mediana edad no se diferencian en salud física y psicológica según tengan o no hijos ni según el nivel socioeconómico.

Discusión y perspectivas futuras

La conclusión central de este trabajo es la de que las mujeres de mediana edad tienen peor salud que los demás grupos de sujetos (mujeres jóvenes, hombres jóvenes y hombres mayores). Las mujeres de mediana

edad puntúan más en Visitas al Médico, Enfermedades Crónicas, Dolencias Físicas, Ansiedad Fisiológica, Ansiedad Cognitiva y menos en Salud Física Percibida y Autoestima. Este resultado es coherente con la conclusión general de que si se tiene en cuenta de manera aislada la edad, encontramos que los jóvenes, en general, disfrutan de mayor satisfacción personal y bienestar psicológico, además de físico, que los adultos. Por tanto, la edad en sí misma es una fuente importante que procura mayor o menor salud física y felicidad. El hecho es que si se añaden, además, los efectos del sexo, como en esta investigación, encontramos que las mujeres de mediana edad manifiestan tener más síntomas negativos de salud física como dolores de cabeza, reuma, insomnio, gripe, etc. y menos autovaloración y estabilidad emocional, coincidiendo con los resultados de otros estudios (Lennon, 1999; Sánchez-López y Cardenal, 2001).

Tabla 9: MANOVA Índices de Salud Física y Psicológica según *tener o no hijos* en mujeres de mediana edad

Variables	Sin hijos		Con hijos		F
	M	DE	M	DE	
Visitas al médico	5,58	3,95	8,20	13,30	0,90ns
Enfermedades crónicas	0,21	0,50	0,41	0,67	1,99ns
Dolencias físicas	16,58	4,91	17,69	4,99	0,99ns
Salud física percibida	6,83	1,76	6,42	1,67	1,21ns
Ansiedad cognitiva	8,88	4,42	10,58	4,61	2,78ns
Ansiedad fisiológica	7,71	5,12	8,15	5,37	0,13ns
Ansiedad motora	6,83	3,38	7,42	3,78	0,13ns
Ansiedad total	23,42	10,63	26,15	11,66	1,13ns
Autoestima	21,83	3,63	19,91	4,32	4,16ns
Satisfacción vital	6,75	1,22	7,30	1,55	2,69ns

Cuando analizamos sólo el grupo de mujeres de mediana edad, encontramos que esta peor salud no está influida por variables demográficas tales como tener o no hijos o nivel socioeconómico. Las diferencias intragrupalas que encontramos aparecen relacionadas con situación laboral y estado civil en las variables Dolencias Físicas, Percepción de Salud Física y Satisfacción Vital, es decir, las variables más relacionadas con índices subjetivos de la salud utilizados en nuestro estudio. Los resultados indican que, entre las mujeres de mediana edad, las *amas de casa* puntúan más en dolencias físicas, pero son también ellas las que informan tener más satisfacción global; y son las que *trabajan fuera del hogar* las que se sienten

con mejor salud. Aquí se diseña una tendencia en las relaciones entre el tipo trabajo y la salud, ya que nuestros datos indican que el hecho de trabajar en las tareas del hogar se asocia a más dolencias físicas y trabajar fuera del hogar está ligado a la percepción de una mejor salud. En cuanto al estado civil, son las mujeres con pareja las que informan tener más satisfacción global.

Tabla 10: MANOVA Índices de Salud Física y Psicológica según *nivel socioeconómico* en mujeres de mediana edad

Variables	Media-Baja		Media-Alta		F
	M	DE	M	DE	
Visitas al médico	7,59	14,41	7,97	9,90	0,03ns
Enfermedades crónicas	0,39	0,69	0,37	0,61	0,01ns
Dolencias físicas	17,56	5,14	17,47	4,85	0,01ns
Salud física percibida	6,63	1,76	6,35	1,60	1,03ns
Ansiedad cognitiva	10,85	4,33	9,76	4,83	2,12ns
Ansiedad fisiológica	7,47	4,94	8,69	5,63	2,12ns
Ansiedad motora	7,59	3,65	7,07	3,78	2,00ns
Ansiedad total	25,91	10,66	25,52	12,38	0,73ns
Autoestima	19,69	4,41	20,75	4,08	0,04ns
Satisfacción vital	7,21	1,58	7,21	1,45	0,00ns

Otro resultado importante de este estudio son las diferencias que encontramos en las relaciones entre salud física y variables psicológicas según se trate de un índice objetivo o subjetivo de la medida de la salud física. Como ya habíamos comentado en la introducción de este trabajo, no todos los índices de salud utilizados muestran las mismas relaciones con las variables psicológicas. De hecho, aparecen indicios de una diferencia clara entre salud percibida (lo sana que la persona se siente) y la salud objetiva, que hemos medido a través de visitas al médico y presencia de enfermedades crónicas. Nuestros resultados indican que las variables psicológicas (Ansiedad, Autoestima y Satisfacción) *no* predicen los índices de salud física objetivos (Visitas al Médico, Enfermedades Crónicas), pero sí explican la varianza en el caso de los índices de salud física subjetivos (Dolencias Físicas, Salud Física Percibida). En este caso, la Ansiedad Fisiológica es la variable que más porcentaje explica, tanto en el caso de hombres como mujeres. Es decir, la *Ansiedad Fisiológica*, entendida como una serie de respuestas que son índices de activación del SNA y del SNS, tales como palpitaciones, taquicardia, sequedad de boca, dificultades para

tragar, etc. (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2002), explica un porcentaje de la varianza elevado tanto para Dolencias Físicas como para Salud Física Percibida. Es decir, cuanto mayor sea la Ansiedad Fisiológica, hay más Dolencias Físicas y Peor Salud Física Percibida.

Además, los resultados indican que las variables psicológicas explican un mayor porcentaje de la varianza en la submuestra de mujeres que en la de los hombres. Esto nos indica que la salud física de las mujeres, más que la de los varones, está íntimamente relacionada con salud psicológica; especialmente con altos niveles de ansiedad, que explican entre 23 y 45% de la varianza en Dolencias Físicas y Salud Percibida. Otros tipos de Ansiedad, Motora o Cognitiva, son importantes sólo para los varones (y en menor medida).

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

Otro resultado importante es que hay diferencias en Autoestima sólo entre mujeres jóvenes y de mediana edad, pero no con relación a los varones ni entre mujeres de mediana edad según variables demográficas.

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

Futuras investigaciones podrían evaluar otras variables en la predicción de la salud física, tales como la Depresión y otras variables de personalidad, con el objetivo de afinar cada vez más cuáles son las variables psi-

cológicas responsables por el estado de salud del sujeto, sobre todo el percibido. Asimismo, sería importante analizar sí el sujeto informa algún acontecimiento vital estresante asociado a su estado de salud / enfermedad, que podría estar produciendo el aumento en los niveles de ansiedad. Futuros trabajos de nuestro equipo de investigación se centrarán en estos temas.

Referencias

- Artístico, D., Baldassarri, F., Lauriola, M., & Laicardi, C. (2000). Dimensions of health-related dispositions in elderly people: Relationships with health behaviour and personality traits. *European Journal of Personality, 14* (6), 533-552.
- Argyle, M. (1987). *The psychology of Happiness*. Londres: Methuen.
- Baltes, M. Freund, A. M., & Horgas, A. L. (1999). Men and woman in the Berlin Aging Study. En P. B. Baltes & K. Ulrich (Eds.), *The Berlin Age Study: Aging from 70 to 100*. (pp. 259-281). Nova Iorque: Cambridge University Press.
- Baron-Epel, O., & Kaplan, G. (2001). General subjective status or age-related health status: Does it make a difference? *Social Science and Medicine, 53* (10), 1373-1381.
- Caldwell, T. M., Rodgers, B., Jorm, A. F., Christensen, H., Jacomb, P. A., Korten, A. E., & Lynskey, M. T. (2002). Patterns of association between alcohol consumption and symptoms of depression and anxiety in young adults. *Addiction, 97* (5), 583-594.
- Castro Solano, A., & Sánchez López, M. P. (2000). Objetivos de vida y satisfacción autopercibida en estudiantes universitarios. *Psicothema, 12* (1), 87-92.
- Conroy, R. M., Smyth, O., Siriwardena, R., & Fernandes, P. (1999). Health anxiety and characteristics of self-initiated general practitioner consultations. *Journal of Psychosomatic Research, 46*(1), 45-50.
- Creamer, P., Lethbridge-Cejku, M., Costa, P., Tobin, J. D., Herbst, J. H., & Hochberg, M. C. (1999). The relationship of anxiety and depression with self-reported knee pain in the community: Data from the Baltimore longitudinal study of aging. *Arthritis Care and Research, 12* (1), 3-7.
- Dear, K., Henderson, S., & Korten, A. (2002). Well-being in Australia: Findings from the National Survey of Mental Health and Well-being. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37* (11), 503-509.
- Dienger, M. J. (1999). Anxiety and the performance of breast self-examination. *Dissertation Abstract International: Section B: The Sciences and Engineering, 59*, 5310.
- Díez, M. A., Llorca, G., López-Sosa, C., Lanchares, J. L., & González-Tablas, M. M. (1999). Pathanalysis to depressed mood and anxiety in postmenopause. *European Journal of Psychiatry, 13* (4), 247-256.
- Friedman, H. S., & Booth-Kewley, S. (1987). The "disease prone" personality. *American Psychologist, 42* (6), 539-555.

- Gutmanis, I. A. (1999). The association of physical health and sociodemographic factors with well-being and alcoholism (stress). *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 59, 5328.
- Hagerdoorn, M., Sanderman, R., Ranchor, A. V., Brilman, E. I., Kempen G., & Ormel, J. (2001). Chronic disease in elderly couples: Are women more responsive to their spouses' health condition than men? *Journal of Psychosomatic Research*, 51 (5), 693-696.
- Hessel, A., Geyer, M., Ploettner, G., Schmidt, B., & Braehler, E. (1999). Subjective assessment of self health and subjective morbidity in Germany: Results of a representative demographic survey. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 49 (8), 264-274.
- Jonas, B. S., & Lando, J. F. (2000). Negative affect as a prospective risk factor for hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 62 (2), 188-196.
- Jones, T. G. (2001). Cognitive and psychosocial predictors of subjective well-being in older adults. *Dissertation Abstracts International, Section B*, 62 (3B), 1582.
- Junowitz, D. J. (2000). Effects of health and personality on subjective well-being in older adults. *Dissertation Abstracts International, Section B*, 61 (1B), 563.
- Jurkovicova, J., Aghova, L., Stefanikova, Z., Sevecikova, L., Ragan, J., & Dubrova, I. (2000). Perception of risk in relation to prevalence of cardiovascular disease risk factors in selected population groups. *Homeostasis in Health and Disease*, 40 (3-4), 139-141.
- Keyes, C. L. M., & Magyar-Moe, J. L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 411-425). Washington: American Psychological Association.
- Kollingian Jr, J., & Sternberg, R. J. (1991). Perceived fraudulence in young adults: Is there an "impostor syndrome"? *Journal of Personality Assessment*, 56, 308-320.
- Lennon, M. C. (1999). Work and unemployment as stressors. In A. V. Horwitz & T. L. Scheid (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*. Nova Iorque: Cambridge Univ. Press.
- Miguel Tobal, J. J., & Cano Vindel, A. R. (2002). *Inventario de situaciones de respuestas de ansiedad (ISRA): Manual*. Madrid: TEA.
- Perrig-Chiello, P. (2000). Control beliefs, health and well-being in elderly. In W. J. Perrig & A. Grob (Eds.), *Control of human behavior, mental processes and consciousness: Essays in honor of the 60th birthday of August Flammer* (pp. 411-423). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Pub.
- Pinquart, M., & Soerensen, S. (2001). Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: A meta-analysis. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56B (4), 195-213.
- Rhodes, A. E. (2000). Gender, type of mental disorder and use of outpatient mental health services. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, 60 (9-B), 4515.

- Roberts, G. J. (2000). Models of health appraisal in persons with multiple sclerosis. *Dissertation Abstracts international. Section B: the Sciences and Engineering*, 60, 3597.
- Rosemberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Saboonchi, F., & Lundh, L. G. (2003). Perfectionism, anger, somatic health, and positive affect. *Personality and Individual Differences*, 35(7), 1585-1599.
- Saks, K., Tuet, E., Kaeerik, E., & Jaanson, K. (2002). Depressive symptoms in older Estonians: prevalence and models. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50 (6), 1164-1165.
- Sánchez-López, M. P. (Ed.) (2003). *Mujer y salud. Familia, trabajo y sociedad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Sánchez-López, M. P., Díaz-Morales, & Cardenal-Hernández V. (no prelo). Relationships between global health profiles and subjective wellbeing in women and men: comparisons between rural and urban people. *Preliminary results*.
- Sánchez-López, M. P., & Cardenal, V. (2001). *Diferencias en variables de personalidad en tres grupos de mujeres: 1. Mujeres que trabajan fuera del hogar, 2. Mujeres amas de casa y 3. Mujeres en paro. Influencia del nivel cultural*. Comunicación Presentada en XXVIII Congreso Interamericano de Psicología, Santiago de Chile.
- Sandanger, I., Nygard, J. F., Ingebrigtsen, G., Sorensen, T., & Dalgard, O. S. (1999). Prevalence, incidence and age at onset of psychiatric disorders in Norway. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34 (11), 570-579.
- Silverstein, B., & Lynch, A. D. (2002). Gender differences in depression: The role placed by paternal attitudes of male superiority and maternal modeling of gender-related limitations. In A. E. Hunter & C. Forden (Ed.), *Readings in the psychology of gender: Exploring our differences and commonalities* (pp. 85-99). Needham Heights: Allyn and Bacon.
- Smith, J., Fleeson, W., Geiselman, B., Settersten, R., & Kunzmann, U. (1999). Sources of well-being in very old age. In P. B. Baltes & K. Ulrich (Ed.), *The Berlin Age Study: Aging from 70 to 100* (pp. 450-471). Nova Iorque: Cambridge University Press.
- Stordal, E., Krueger, M. B., Dahl, N. H., Krueger, O., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2001). Depression in relation to age and gender in the general population: The Nord-Trondelag Health Study (HUNT). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104 (3), 210-216.
- Szadoczky, E., Rihmer, Z., Papp, Z., S., Vitral, J., & Furedi, J. (2002). Gender differences in major depressive disorder in a Hungarian community survey. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 6 (1), 31-37.
- Van Os, J., & Jones, P. B. (1999). Early risk factors and adult person-environment relationships in affective disorders. *Psychological Medicine*, 29 (5), 1055-1067.
- West, M., Rose, S. M., Spreng, S., Verhoef, M., & Bergman, J. (1999). Anxious attachment and severity of depressive symptomatology in women. *Women and Health*, 29 (1), 47-56.

- Wilhelm, K., Roy, K., Mitchell, P., Brownhill, S., & Parker, G. (2002). Gender differences in depression risk and coping factors in a clinical sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *106* (1), 45-53.
- Wittchen, H. U., & Hoyer, J. (2001). Generalized anxiety disorder: Nature and course. *Journal of Clinical Psychiatry*, *62* (11), 15-19.
- Woodend, A. K. (2002). Do women with heart disease experience more distress than men? *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, *63* (6B), 2787.
- Yang, B. (2002). Mental health of elderly women. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, *10* (2), 132-133.