



Revista de
PSICOLOGIA
DE LA SALUD
Journal of
HEALTH
PSYCHOLOGY



Revista de Psicología de la Salud, 20-24(1), 2008-2012
Journal of Health Psychology, 20-24(1), 2008-2012

Directores

José Santacreu
(U. Autónoma Madrid)

Jesús Rodríguez-Marín
(U. Miguel Hernández)

Silverio Barriga
(U. de Sevilla)

Directores asociados

José A. I. Carrobles
(U. Autónoma Madrid)

Diego Maciá
(U. Murcia)

Manuel F. Martínez
(U. Sevilla)

Coordinadora Edición

Nieves Pons
(U. Miguel Hernández)

Secretaria

Beatriz Martín del Río
(U. Miguel Hernández)

Jefe de Redacción

Feo. Xavier Méndez
(U. Murcia)

Consejo Editorial

Arturo Bados (U. Barcelona); Pilar Barreto (U. Valencia); Ramón Bayés (U. Autónoma Barcelona); José Bermúdez (U.N.E.D.); Johannes C. Brengelmann (I. Max Planck, Munich); José Cáceres (U. Deusto); Tomás de Flores (U. Barcelona); Victoria del Barrio (U.N.E.D.); Christine Eiser (U. Exeter, R.U.); J. Richard Eiser (U. Exeter, R.U.); José M^o Farré (U. Barcelona); Concepción Fernández (U. Oviedo); Rocio Fernández Ballesteros (U. Autónoma Madrid); José L. Fernández Trespalacios (U.N.E.D.); José A. García-Rodríguez (U. Miguel Hernández); Juan Godoy (U. Granada); Marie Johnston (St. Andrews University); Francisco J. Labrador (U. Complutense Madrid); José M^o León (U. Sevilla); Luis M^o Llavona (U. Complutense Madrid); Stan Maes (U. Leiden); David Marks (U. Middlesex, R.U.); José J. Mira (U. Miguel Hernández); M^o Oliva Marquez (U. Autónoma Madrid); José Olivares (U. Murcia); Vicente Pelechano (U. La Laguna); Marino Pérez (U. Oviedo); Aquilino Polaino (U. Complutense Madrid); Bertran Raven (U. California, L.A.); Emilio Ribes (U. Guadalupe, México); Victor Rubio (U. Autónoma Madrid); Carmina Saldaña (U. Barcelona); Fernando Silva (U. Complutense Madrid); M.A. Simón (U. Santiago Compostela); George C. Stone (U. California, S.F.); Shelley Taylor (U. California, L.A.); Josep Toro (U. Barcelona); Manuel Valdés (U. Barcelona); Barbara VanOss Marín (U. California, S.F.); Jaime Vila (U. Granada)

INDICE

- 3 Mira, J.J.
Práctica basada en la evidencia.
- 7 Martín S, Palazón I, Couceiro S y van-der Hofstadt CJ.
Encopresis y trastornos del espectro autista.
- 23 Sánchez M, de Paula Palacios F, Leal C y van-der Hofstadt CJ.
Efecto del estrés mental sobre los índices de variabilidad de la frecuencia cardiaca y la entropía aproximada.
- 37 Mira JJ, Buit JA, Aranaz J, Rodríguez-Marin J, Lorenzo S and Vitaller J.
Do healthcare providers know what the patients perceive?
- 49 Gonzalez N, Tirado S, Rodríguez-Marin J y van-der Hofstadt CJ.
Intervención estandarizada en pacientes de atención primaria con ansiedad.
- 69 Leal C, Sánchez R y Jiménez Mesa L.
Habilidades sociales en los alumnos del grado de enfermería de la Universidad Católica San Antonio de Murcia.
- 85 Martín del Río B, Solanes A, Martínez Zaragoza F y Benavides G.
Profesoras y profesores universitarios: Diferencias en riesgo psicosocial laboral y su influencia sobre la salud.
- 105 Bernabeu P y Tirado S.
Efecto del tratamiento cognitivo-conductual sobre los déficits cognitivos y sociales derivados de la epilepsia en dos niñas de 11 años.
- 127 Luján I, Leal C, Gascón MJ, Espadas MJ y van-der Hofstadt CJ.
Habilidades sociales en los profesionales de la salud y satisfacción de los pacientes del hospital de día polivalente de un hospital comarcal.
- 143 Pérez MC, Cano MA y Carballo JL.
Perfil de una muestra de pacientes que Demandan asistencia psicológica en los servicios de atención primaria en la ciudad de Elche (Alicante-España).
- 159 Baeza L y van-der Hofstadt CJ.
Programa de intervención psicológica en pacientes con obesidad mórbida sometidos a cirugía bariátrica.
- 177 Neipp MC, Terol MC y Rodríguez-Marin J.
Do coping strategies predict long-term Emotional and psychosocial adaptation in women with breast cancer during survivorship?
- 193 Mira JJ, Pérez-Jover V, Lorenzo S, Aibar C y Llinás G.
Recomendaciones para los internautas que visitan sitios web sanitarios.
- 203 Guilbert M, Mira JJ, Pérez-Jover V, Infesta D, Tomás O, Llinás G y Martínez A.
¿Los internautas discriminan las páginas web fiables sobre trastornos mentales?

**PROFESORAS Y PROFESORES UNIVERSITARIOS:
DIFERENCIAS EN RIESGO PSICOSOCIAL LABORAL Y SU
INFLUENCIA SOBRE LA SALUD**

**Martín del Río B, Solanes Puchol A, Martínez Zaragoza F
y Benavides Gil G**

*Dpto. Psicología de la Salud.
Universidad Miguel Hernández de Elche.*

RESUMEN

Con este trabajo se pretende identificar tanto las similitudes como las diferencias de género en factores de riesgo psicosocial laboral, y como influye en la salud psicológica autopercebida en un grupo de trabajadores y trabajadoras de una misma organización con puestos similares. En él han participado 129 miembros del personal docente e investigador de una universidad española (62% hombres y 37% mujeres), sin diferencias significativas en las variables sociodemográficas y laborales. El bienestar psicológico se midió mediante el *General Health Questionnaire* (GHQ-12) y los factores de riesgo psicosociales laborales mediante la adaptación de la *Encuesta del Método de Evaluación de los Factores Psicosociales* del INSHT. Los resultados principales muestran cómo (1) aunque en general el bienestar psicológico autopercebido es alto, las mujeres presentan de forma significativa unos valores más bajos que los varones. (2) Existen diferencias entre hombres y mujeres en la percepción de riesgos psicosociales laborales. (3) Existen diferencias con respecto a la capacidad explicativa de las variables de riesgo psicosocial en su influencia sobre la salud, de modo que los análisis de regresión realizados muestran en hombres dos factores que en conjunto explican el 20% de la varianza de la variable de salud, mientras que en las mujeres son cuatro los factores que en conjunto explican un 46% de la varianza.

Palabras clave: Factores de riesgo psicosocial laboral, salud psicológica autopercebida, diferencias de género, muestra homogénea.

** Este estudio ha sido realizado gracias a una ayuda de Bancaja y la Universidad Miguel Hernández para Proyectos de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico.

ABSTRACT

This work aims to identify gender similarities and differences in psychosocial work risk factors and how they influence self-perceived psychological health in a group of workers of the same organization with similar jobs. It has involved 129 Spanish university teachers (62% male and 37% female), with no significant differences in sociodemographic and labour features. Psychological well-being was measured by the General Health Questionnaire (GHQ-12) and psychosocial risk factors at work by an adaptation of the Survey Assessment Method of Psychosocial Factors from INSHT. The main results show how (1) although overall self-perceived psychological well-being is high, women have significantly worse values than men; (2) There are differences between men and women in occupational psychosocial risk perception, (3) there are differences related to the explanatory power of the psychosocial risk variables in influencing health, so that the regression analyzes performed show in men two factors that together explain 20% of the variance of the variable health, while women are four factors that explained 46% of variance.

Keywords: Occupational Psychosocial risk factors, self-perceived psychological health, gender differences, homogeneous sample.

** This study was granted by Bancaja and Miguel Hernández University Research Projects for Scientific and Technological Development.

INTRODUCCIÓN

Como ya indicaron Matteson e Ivancevich (1987), el estrés laboral es una cuestión cada vez más relevante. Incluso la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo califica actualmente como una epidemia mundial, señalándolo como la cuarta causa de las enfermedades en todo el mundo. El estrés laboral tiene importantes repercusiones en las organizaciones, dando lugar a problemas como la reducción de la productividad y la competitividad, la insatisfacción de los empleados, así como el deterioro de la salud física y mental de los trabajadores. En

este sentido, los riesgos psicosociales laborales (en adelante RPL) se configuran como una de sus posibles causas.

Desde el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) los RPL se definen como "aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación de trabajo y que están relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que pueden afectar tanto al bienestar o a la salud (específicamente psicológica o mental) del trabajador como al desarrollo de su trabajo" (Martín Daza y Pérez Bilbao, 1997). A pesar de la generalidad de esta definición, existen estudios que permiten un consenso sobre qué factores afectan a la salud de los trabajadores (Cooper y Marshall, 1978; Cooper y Payne, 1978; Dua, 1994; Matteson y Ivancevich, 1987). Algunos han identificado factores intrínsecos a los puestos de trabajo, como las malas condiciones y la sobrecarga del trabajo. Otros abogan por factores relacionados con las propias organizaciones, como el conflicto y la ambigüedad de rol. Otros son inherentes al desarrollo de la carrera, como la falta de políticas de promoción y seguridad en el empleo. También estarían los relacionados con las malas relaciones en el trabajo y la cultura de la organización, como la política organizacional y la falta de participación en la toma de decisiones.

Autores como Moncada (1998) afirman que la relación entre los factores psicosociales y diversos trastornos de salud está sólidamente documentada. La mayoría de los estudios publicados en las dos últimas décadas muestran cómo pueden ser la causa de: (1) una reducción de la salud emocional, que se manifiesta a través de trastornos psicológicos, depresión y ansiedad (Stansfeld et al., 1995); (2) un deterioro de la salud física, que se manifiesta en forma de enfermedades coronarias y gastrointestinales, síntomas y trastornos músculo-esqueléticos, problemas de sueño, dolores de cabeza, e infecciones (Bongers, Kompier y Hildebrandt, 1993; Hemmingway, Shipley, Stansfeld y Marmot, 1997; The European Heart Network, 1998); y, (3) en la organización, síntomas tales como la insatisfacción laboral, el absentismo, el descenso de la productividad, el aumento de los accidentes laborales y la mala calidad del trabajo (North, Syme, Feeney, Shipley y Marmot, 1996).

Datos de la Unión Europea (European Foundation for the Improvement of Living and Work Conditions, 2005) indican cómo en el año 2000 las enfermedades de origen psicosocial (estrés, depresión y ansiedad) fueron las más comunes relacionadas con el trabajo, detrás de los desórdenes músculo-esqueléticos, dando cuenta del 28% de los problemas de salud relacionados con el trabajo.

Por consiguiente, existe una clara y urgente necesidad de abordar los riesgos psicosociales y su relación con la salud física, mental y bienestar en el lugar de trabajo, intentando establecer en qué medida estos factores son explicativos del riesgo de bajo bienestar psicológico, o de presentar más síntomas, o de desarrollar

una enfermedad física concreta, o de que la evolución de un trastorno sea más rápida o tenga peores consecuencias, en otras palabras, de morbilidad física o psicológica (Cahill y Landsbergis, 1996; Herold y Waldron, 1985; Hibbard y Pope, 1987; Hunt y Annandale, 1993; Johnson y Hall, 1995; Loscocco y Spitze, 1990; Lowe y Northcott, 1988; Macran, Clarke y Joshi, 1996; Muntaner y O'Campo, 1993; Roxburgh, 1996; Sorensen, Lewis y Bishop, 1996; Walters et al., 1997).

Además, existe un creciente cuerpo de conocimientos que muestra diferentes resultados sobre los efectos de estos factores laborales sobre la salud de las mujeres, y es que a la hora de abordar el estudio de las diferencias de género en salud relacionada con el trabajo se consideran tanto las experiencias propias del trabajo como otras experiencias biográficas importantes de las que es imposible separar el género. Así, un primer grupo de estudios concluye que son los factores laborales los que tienen más importancia en la explicación de la salud de los trabajadores y trabajadoras que otros factores biográficos que se construyen en torno al género (e.g. Cahill y Landsbergis, 1996; Hibbard y Pope, 1987; Hunt y Annandale, 1993; Lowe y Northcott, 1988; Sorensen et al., 1996); mientras que otros demuestran cómo son los factores biográficos ligados al género y su construcción social y cultural (e.g. estado civil, hijos, trabajo no remunerado en el hogar, educación, desigualdades en ingresos) los que interactúan con los laborales para producir un empeoramiento en la salud, fundamentalmente de las trabajadoras (e.g. Arber, 1997; Blaxter, 1990; D'Arcy, 1998; Denton y Walters, 1999; LaCroix y Haynes, 1987; Lowe y Northcott, 1988; Marmot, Riff, Bumpass, Shipley y Marks, 1997; North, Syme y Feeney, 1996; Repetti, Matthews y Waldron, 1989; Townsend, Davidson y Whitehead, 1992; Walters y Denton, 1997; Walters, Lenton y McKeary, 1995; Walters et al., 1997; Weimberg y Creed, 2000).

Pero ¿qué sucede con respecto a las diferencias de género en salud cuando los roles de hombres y mujeres convergen? Algunos indican que las diferencias en salud psicológica se reducen e incluso desaparecen cuando los roles laborales de hombres y mujeres convergen (e.g. Aneshensel, Frerichs y Clark, 1981; Annandale y Hunt, 2000; Gore y Mangione, 1983; Gove y Tudor, 1973; Rosenfield, 1980).

Con el presente trabajo se pretende realizar una contribución específica a los conocimientos sobre la relación entre género, trabajo y salud, identificando las similitudes y diferencias de género con respecto a los factores de riesgo psicosocial laboral en su influencia sobre la salud psicológica. Para ello, se han analizado los datos obtenidos de trabajadores y trabajadoras pertenecientes a una única organización, en la que ocupan puestos similares y realizan tareas también similares, con objeto de controlar al máximo algunas de las desigualdades relacionadas con variables como el sector laboral de pertenencia, los estudios realizados, el tipo de vinculación laboral, la remuneración económica, las tareas a

realizar y otros factores que podrían estar afectando a la distribución de género de los roles sociales y, por tanto, ser en sí mismas fuente de diferencias.

En este marco, los objetivos que persigue el trabajo son: (1) determinar si existen diferencias significativas de género con respecto a la salud cuando se compara a hombres y mujeres que están empleados en circunstancias similares (la misma organización en los mismos puestos); (2) estimar si existen diferencias significativas de género con respecto a los factores de riesgo psicosociales percibidos por los hombres y mujeres trabajadores en la misma organización en los mismos puestos; y (3) analizar si la relación explicativa de los factores de riesgo psicosociales examinados sobre la salud es similar entre los hombres y mujeres de esta organización.

MÉTODO

Muestra

La muestra analizada está compuesta por 128 miembros del personal docente e investigador (PDI) de una universidad pública española, lo que supone una tasa de respuesta del 17.4% del total del PDI de dicha universidad (N = 955).

La proporción de hombres (n = 80; 62%) es mayor que la de mujeres (n = 48; 37%), aunque ambos muestran edades medias similares (H: \bar{X} = 39.45; DT = 9.15. M: \bar{X} = 36.83; DT = 6.78). La mayoría de ellos informaron que estaban casados o conviviendo con una pareja (71.6% de los hombres y 76.6% de las mujeres), en torno a un tercio viven solos (23.5% de los hombres y 19.1% de las mujeres) y el 4.9% de los hombres y el 4.3% de las mujeres indican estar separados o divorciados. Con respecto a su estado parental, el 54.3% de los hombres y el 41.7% de las mujeres tienen uno o más hijos.

Con respecto a las características profesionales y laborales, los hombres informan de una media de 10.11 años trabajando en esta universidad y las mujeres de 8.26. La vinculación laboral con la universidad es similar para ambos grupos, de modo que existe una proporción similar de personal funcionario (43.2% en hombres y 46.8% en mujeres) y contratado (56.7% en hombres y 53.2% en mujeres). Por último, el nivel de estudios alcanzado también es similar, siendo doctores el 70.4% de la muestra y doctoras el 64.6%.

Ninguno de los datos personales o laborales mostrados en este apartado muestra diferencias significativas con respecto al género después de haber realizado las pruebas T de comparación de medias oportunas.

Variables e Instrumentos

Salud. General Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg y Hiller (1979). Utilización de la versión al castellano de Muñoz (1996), en su versión de 12 ítems

(GHQ-12). Es un cuestionario para la medición del bienestar psicológico general autopercibido como índice de salud mental. La versión de 12 ítems ha sido recomendada para su uso en ámbitos laborales por haber sido demostrada su sensibilidad con respecto a las diferencias de género y de estatus ocupacional (Banks et al., 1980; Emslie et al., 1999; Virtanen et al., 2007). Utiliza una escala tipo Likert de cuatro puntos, de modo que se obtienen puntuaciones medias entre 0 (muy buena salud psicológica) y 3 (muy mala salud psicológica). El análisis de fiabilidad muestra un Alfa de Cronbach de 0.83.

Factores de riesgo psicosocial. Versión adaptada de la Encuesta del Método de Evaluación de los Factores Psicosociales del INSHT de Martín Daza y Pérez Bilbao (1997), realizada por Solanes, Tirado y Martín del Río (2004). El instrumento está compuesto por 70 ítems agrupados en 18 dimensiones, con una escala de respuesta de tipo Likert de 5 alternativas (1 Casi nunca - 5 Siempre). La puntuación se establece según el promedio de la puntuación de los ítems de cada una de las dimensiones. Tras invertir los valores de aquellos ítems que indican bienestar psicosocial laboral, las puntuaciones se interpretan según el grado de riesgo psicosocial que conllevan, de modo que, a una mayor puntuación en el factor, mayor riesgo psicosocial. La escala total presenta una consistencia interna de .81 y la de sus dimensiones oscila entre .86 y .49.

Procedimiento

Este trabajo es parte del Proyecto de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico Bancaja y la Universidad Miguel Hernández de Elche (2005-2006), por lo que el procedimiento de elaboración de la investigación fue el del proyecto en el que se enmarca.

En la fase de pase de cuestionarios se envió un sobre a todo el personal docente e investigador de la universidad (N = 950). En él se incluía una carta de presentación firmada por la investigadora principal y el Presidente del Comité de Seguridad y Salud Laboral de dicha Universidad, en la que se explicaba brevemente el proyecto de investigación y se instaba a su colaboración. Además, se incluyó una explicación sobre cómo cumplimentar la batería de cuestionarios, así como la parte de datos personales.

También se explicaba cómo se garantizaba el anonimato y confidencialidad de las respuestas, que sólo serían manipuladas por miembros del equipo para fines de investigación. Por último, se les dio instrucciones de cómo devolver los cuestionarios cumplimentados, también por correo a la dirección de la investigadora principal y de forma anónima. Tras enviar los sobres, se dejó un mes para su cumplimentación.

Después de ese periodo de tiempo, se les envió un primer correo electrónico de recordatorio y un segundo a los 20 días. Transcurridos un total de dos meses y

medio, y tras observar que no se habían recibido nuevos sobres en 15 días, se dio por concluida la fase de recogida de información.

Análisis estadísticos

Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS 14.0. Se han utilizado pruebas T de diferencias de medias para muestras independientes con objeto de poner a prueba la existencia de diferencias de género tanto en las variables sociodemográficas como en las de salud y las de riesgo psicosocial laboral.

Se realizaron análisis de regresión múltiple con el método de introducción por pasos con objeto de comparar el poder explicativo para hombres y mujeres de los factores de riesgo psicosocial laboral sobre la variable de salud psicológica autopercibida. El impacto de la entrada de cada variable en cada paso del modelo de regresión se muestra a través de los valores del coeficiente de determinación (R²) y el coeficiente de determinación ajustado (ΔR^2), así como los valores de cambio en R² y F.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se presentan las medias, desviaciones típicas y valores t de diferencias de medias para la variable de salud psicológica autoinformada y los 18 factores de riesgo psicosocial para hombres y mujeres.

Tabla 1.- Valores descriptivos y valores t de diferencias de medias entre hombres y mujeres para las variables de estudio.

	Hombres		Mujeres		t-test
	M	DT	M	DT	
Fac. de Riesgo Psicosocial					
Capacidad para tomar decisiones	2.09	0.82	2.16	0.64	-0.84
Ambigüedad de rol	3.07	1.00	3.07	0.92	-0.02
Relaciones Interpersonales	1.71	0.61	1.95	0.62	-2.13*
Supervisión	1.70	0.75	1.48	0.58	1.72
Habilidades motoras /cognitivas	3.77	0.62	3.75	0.67	0.18
Canales participación	3.46	1.26	3.29	1.07	0.79
Autonomía Temporal	2.37	0.92	2.27	0.95	0.60
Importancia del trabajo	2.55	0.71	2.59	0.80	-0.32
Poca variedad /repetitividad	1.94	0.61	1.72	0.66	1.92
Dificultad de la tarea	2.77	0.91	2.41	0.72	2.37*
Habilidades sociale de gestión	4.28	0.53	4.50	0.53	-2.28*
Fatiga en el trabajo	2.68	0.79	2.58	0.76	0.75
Capacidad adaptación nuevas situaciones	4.09	0.82	4.39	0.65	-2.23*
Información de la organización	2.39	1.08	2.38	0.98	0.02
Relaciones y canales de información con jefes	2.20	1.01	2.28	0.98	-0.04
Carga mental	3.02	0.93	3.15	0.82	-0.80
Motivación intrínseca	2.92	0.80	3.04	0.83	-0.83
Motivación extrínseca	1.31	0.60	1.42	0.65	-0.94
Salud psicológica autoinformada	0.82	0.34	0.95	0.39	-2.08*

* $p < .05$

En primer lugar, y con respecto a la variable de salud psicológica, en general se observan valores bajos, lo cual indica una ausencia de síntomas y una buena salud psicológica, aunque con diferencias entre hombres y mujeres ($t = -2.08, p < .05$), de manera que las mujeres de forma significativa presentan un valor más elevado en cuanto a la presencia de síntomas y, por tanto, una peor salud.

En segundo lugar, y en relación con las variables de riesgo psicosocial laboral, en general se han obtenido valores moderados o bajos. Únicamente destacan tres de ellas por sus valores elevados y, por tanto, por las altas demandas que requieren en estos trabajadores y trabajadoras: las habilidades motoras y cognitivas básicas (atención, memoria, destreza manual, capacidad de concentración y precisión) requeridas por el puesto de trabajo, las habilidades sociales de gestión para el trabajo (iniciativa, transmisión de información y

capacidad de trabajo en equipo) y la capacidad de adaptación a nuevas situaciones derivadas del entorno laboral.

Atendiendo a las diferencias entre hombres y mujeres, éstas son mínimas en la mayoría de los factores estudiados, a excepción de cuatro. Así, de forma significativa las mujeres muestran un mayor riesgo relacionado con una menor calidad de las relaciones interpersonales con jefes, compañeros de trabajo, subordinados y clientes ($t = -2.13, p < .05$); unas menores habilidades sociales de gestión para el trabajo (iniciativa, transmisión de información y capacidad de trabajo en equipo ($t = -2.28, p < .05$); y una menor capacidad de adaptación a las nuevas situaciones derivadas del entorno laboral ($t = -2.23, p < .05$). También de forma significativa los hombres muestran un mayor riesgo relacionado con la percepción de una mayor dificultad de la tarea (cantidad y dificultad de la información que maneja y dificultad del trabajo realizado) ($t = 2.37, p < .05$).

Por último, con objeto de determinar la existencia de diferencias entre hombres y mujeres con respecto a la capacidad explicativa de las variables de riesgo psicosocial laboral en su influencia sobre la salud psicológica autopercebida, se realizó un análisis de regresión múltiple con las 18 variables de riesgo psicosocial como variables independientes y la variable de salud psicológica como dependiente. Los resultados para hombres y mujeres se muestran en las Tablas 2 y 3. El método de introducción de datos fue por pasos, ya que además interesaba conocer qué conjunto de factores de riesgo psicosocial son los que explican de forma significativa la varianza de la variable salud y si son diferentes para hombres y mujeres.

Tabla 2.- Regresión de los factores de riesgo psicosocial sobre la salud psicológica autoinformada en hombres.

	Salud Hombres						
	B	DT	β	R ²	Δ R ²	Cambio R ²	Cambio F
(Constante)	.45	.11					
1 Relaciones Interpersonales	.22	.06	.39**	.15	.14	.15	13.16**
(Constante)	.16	.16					
2 Relaciones Interpersonales	.21	.06	.38**	.22	.20	.07	6.17*
Fatiga en el trabajo	.11	.04	.26*				

* $p < .05$ (bilateral). ** $p < .01$ (bilateral).

Tabla 3. Regresión de los factores de riesgo psicosocial sobre la salud psicológica autoinformada en mujeres.

	Salud Mujeres						
	B	DT	β	R ²	Δ R ²	Cambio R ²	Cambio F
(Constante)	.36	.19			.18	.20	10.63**
1. Importancia del trabajo	.23	.07	.45**	.20			
(Constante)	-.35	.29			.32	.15	9.24**
2. Importancia del trabajo	.28	.07	.55†	.35			
Fatiga en el trabajo	.23	.07	.39**				
(Constante)	-1.23	.45			.39	.09	6.27*
3. Importancia del trabajo	.31	.06	.60†	.44			
Fatiga en el trabajo	.23	.07	.40**				
Capacidad adaptación nuevas situaciones	.18	.07	.30*				
(Constante)	-1.54	.44			.46	.07	5.58*
4. Importancia del trabajo	.27	.06	.51†	.51			
Fatiga en el trabajo	.22	.07	.39**				
Capacidad adaptación nuevas situaciones	.22	.07	.37**				
Relaciones y canales información jefes	.12	.05	.29*				

* $p < .05$ (bilateral). ** $p < .01$ (bilateral). † $p < .001$ (bilateral).

Los resultados para el grupo de hombres indican cómo después de la introducción de las 18 variables independientes de riesgo psicosocial sólo dos de ellas se muestran significativamente asociadas con la salud psicológica de estos trabajadores, explicando de forma conjunta el 20% de su varianza. Estos factores son las relaciones interpersonales con jefes, compañeros de trabajo, subordinados y clientes; y el nivel de fatiga mental (atención sostenida, rapidez de ejecución y fatiga general) en el trabajo.

Los resultados para el grupo de mujeres arrojan resultados diferentes, siendo cuatro las variables de riesgo psicosocial laboral que explican de forma significativa la salud psicológica autopercibida de estas trabajadoras y en un valor muy superior al de los hombres (46% de varianza explicada). Estos cuatro factores psicosociales son la importancia del trabajo que realizan para el conjunto de personas que las rodean (empresa, superiores, compañeros, clientes, familia,

amistades y para sí mismas); el nivel de fatiga mental (atención sostenida, rapidez de ejecución y fatiga general) en el trabajo; la capacidad de adaptación a nuevas situaciones derivadas del entorno laboral; y las existencias y calidad de las relaciones y canales de información disponibles con los jefes.

DISCUSIÓN

En esta investigación realizada con hombres y mujeres que trabajan en una misma organización, en puestos similares y realizando tareas también similares (personal docente e investigador de una universidad española) se ha querido constatar la existencia de diferencias en salud psicológica, percepción de factores de riesgo psicosociales laborales, así como la influencia de estos factores sobre la salud, al controlar otras variables tanto laborales (sector, vinculación laboral, remuneración económica, tareas a realizar, años trabajando para la organización) como personales (edad, estado civil, estado parental, nivel de estudios alcanzado), que podrían estar afectado de forma diferencial a hombres y mujeres. Todo ello con la finalidad de completar otros estudios previos sobre salud, trabajo y género en los que se han utilizado muestra generales pero sin un control tan exhaustivo de las variables laborales y personales que podrían estar interfiriendo en dichas discrepancias de género.

Una vez constatada la inexistencia de diferencias significativas entre los hombres y mujeres de la muestra de estudio en variables como la edad, estado civil, estado parental, años de vinculación a la organización, puesto ocupado y nivel de estudios alcanzado, los resultados muestran en primer lugar cómo, aunque la organización es la misma y los puestos son los similares, existen diferencias significativas en la salud psicológica autopercibida, por lo que no se confirman los resultados de estudios anteriores que constataban que cuando los roles laborales de hombres y mujeres convergían, su salud psicológica no mostraba diferencias (Aneshensel et al., 1981; Annandale y Hunt, 2000; Blix, Cruise, Mitchell y Blix, 1994; Emslie et al., 1999; Gore y Mangione, 1983; Gove y Tudor, 1973; Rosenfield, 1980). Los resultados obtenidos en la variable de salud autopercibida, medida a través del GHQ-12, y al igual que en otros estudios, apuntan hacia una mayor morbilidad en las mujeres que en los hombres (Cahill y Landsbergis, 1996; Losocco y Spitze, 1990; Lowe y Northcott, 1988; Marmot et al., 1991; Messing y Stellman, 2006), aunque en ambos los valores son bajos y por tanto indicativos de buena salud.

En segundo lugar, los resultados en factores de riesgo psicosociales laborales muestran los valores más elevados en demandas relacionadas con las habilidades de atención, memoria, destreza manual y capacidad de concentración y precisión requeridas por el trabajo; en demandas de iniciativa, transmisión de la información

y capacidad de trabajo en equipo; así como en demandas de adaptación a las nuevas situaciones derivadas del entorno laboral. El perfil de estos trabajadores y trabajadoras profesores universitarios se reconoce como docente, investigador y gestor, por lo que las habilidades y competencias requeridas por su trabajo son amplias. Tanto las habilidades motoras y cognitivas básicas, como la iniciativa, la habilidad de transmisión de información y la capacidad de trabajo en equipo, son habitualmente demandadas además de ser determinantes para una buena ejecución de su trabajo como docentes e investigadores, ya que manejan, elaboran y transmiten conocimientos y metodologías científicas tanto a los estudiantes como al resto de la comunidad científica, colaborando con otras personas tanto de su organización como de otras similares. Además, en los últimos años esta profesión está sometida a continuos cambios debido a las reformas educativas nacionales (LOU, Ley Orgánica de Universidades, 20 Diciembre, B.O.E. del 26 de Diciembre de 2001) e internacionales (integración del sistema universitarios español en el marco europeo de enseñanza superior), así como de mecanismos que garanticen su calidad objetiva, lo cual tiene como efecto una continua necesidad de adaptación a estas nuevas situaciones.

Sin embargo, con respecto a las diferencias entre trabajadores y trabajadoras, sólo son cuatro los factores que presentan diferencias significativas, de los cuales dos se corresponden con los que requieren unas demandas mayores, las habilidades sociales de gestión para el trabajo y la menor capacidad de adaptación a las nuevas situaciones derivadas del entorno laboral, ambas con mayor riesgo psicosocial percibida en mujeres.

Con respecto a la variable de relaciones interpersonales con jefes, compañeros de trabajo, subordinados y clientes, también son las mujeres las que muestran un mayor riesgo, es decir, una menor calidad en estas relaciones, mientras que con respecto a la dificultad de la tarea (cantidad y dificultad de la información que manejan y dificultad del trabajo realizado) son los hombres los que muestran un mayor riesgo.

En tercer lugar, al establecer la relación explicativa del conjunto de factores de riesgo psicosociales examinados sobre la salud de los hombres y mujeres de esta organización, los resultados muestran, en primer lugar, cómo en el caso de los hombres este conjunto de factores explica el 20% de la varianza de la variable salud autopercibida, mientras que en las mujeres explica el 46%, lo cual estaría demostrando que para el grupo de mujeres los factores de riesgo psicosocial laboral estudiados se muestran más fuertemente asociados a la salud que en los hombres. No habría que olvidar que en este estudio, al controlar en la medida de lo posible los factores diferenciadores biográficos y laborales mediante la utilización de una muestra homogénea, y tras descartar diferencias significativas con respecto a otras variables biográficas (edad, estado civil, estado parental, nivel de estudios alcanzado) y laborales (sector, vinculación laboral, remuneración económica,

tareas a realizar, años trabajando para la organización), se ha constatado cómo la salud psicológica está ligada en mayor medida a las condiciones laborales en el grupo de mujeres que en el de los hombres. De forma más general, también estos resultados estarían confirmando la importancia de los factores de riesgo psicosocial laboral en la explicación de la salud psicológica autopercibida, proporcionando evidencia sobre la fuerte asociación entre la percepción de las condiciones laborales y la salud autoinformada (Annandale, 2000; Emslie, Hunt y Macintyre, 1997, 1999; Hibbard y Pope, 1987; Hunt y Annandale, 1993; Messing y Stellman, 2006).

Otra cuestión está relacionada con la cantidad de factores de riesgo psicosocial que de forma significativa influyen sobre la salud psicológica de trabajadores y trabajadoras. Así, los resultados muestran cómo en el grupo de mujeres son más numerosos los factores de riesgo psicosocial laboral que resultan ser significativos en la explicación de la salud (dos en el grupo de hombres y cuatro en el de mujeres). En este sentido, los resultados del presente trabajo van en la línea de los obtenidos por otros investigadores (Matthews, Hertzman, Ostry y Power, 1998; Wilkins y Beaudet, 1998) que también encontraron cómo las mujeres informaban de más condiciones psicosociales laborales negativas o de riesgo que los hombres. Las diferencias entre hombres y mujeres con respecto a la relación entre los estresores del ambiente de trabajo y la salud mental son de especial interés dado que parece ser que las mujeres experimentan una mayor grado de estrés psicológico que los hombres (Wade y Cairney, 1997) y se ha sugerido que este estrés está influenciado por diferentes mecanismos en hombres y mujeres (Hall, 1992; Niedhammer, Goldberg, Leclerc, Bugel y David, 1998). Roxburgh (1996) describió dos explicaciones potenciales sobre el mayor estrés psicológico observado entre las mujeres trabajadoras en comparación con los hombres: (a) la inexistencia de diferencias de género en el grado de exposición a los estresores laborales, pero la mayor vulnerabilidad de las mujeres a los efectos del estrés; o (b) que las mujeres están expuestas a una mayor cantidad de estresores laborales que los hombres.

Por último, se incluyen algunas apreciaciones sobre los factores psicosociales laborales que significativamente han tenido un efecto sobre la salud de los trabajadores y trabajadoras de la organización estudiada.

Es conocido que el apoyo social por parte de los compañeros, la familia y los amigos mejora el estrés al actuar como un amortiguador entre las demandas en el trabajo y la percepción de los recursos personal (Frankenhaeuser, 1996; Orth-Gomér, Chesney y Wenger, 1998; Repetti et al., 1989). En los resultados del presente estudio, aunque este factor ha mostrado ser de bajo riesgo en el grupo de hombres, incluso menor que en el de mujeres, en contra de los resultados de otros estudios (Greenglass, 2001; Munro, Rodwell y Harding, 1998), se ha mostrado

como el factor explicativo psicosocial laboral más importante de su salud (14% de varianza explicada).

Con respecto a la fatiga mental, tanto en los trabajadores como en las trabajadoras de la muestra se incluye como un importante elemento explicativo de su salud (6% de varianza explicada en hombres y 14% en mujeres). La causa podría ser inherente a la profesión de profesor universitario, que es muy exigente al implicar no sólo la docencia, sino también la investigación y las tareas de gestión (Taris, Schreurs y Van Iersel, 2001). Estas tareas, por una parte, pueden ser consideradas como una diversificación saludable del trabajo, pero por otro lado, su combinación puede producir fatiga tanto física como mental al percibirse saltos constantes de una a otra, una atención fuerte sin pausas y distracciones y un aumento en la rapidez en la realización del trabajo para poder hacer frente a todas ellas.

Centrando la atención en el grupo de mujeres, la importancia del trabajo que realizan para el conjunto de personas que las rodean podría estar reflejando la sugerencia formulada por Frieze, Parsons, Johnson, Ruble y Zellman (1978, p. 189) según la cual las mujeres deben "intentar cumplir con las expectativas externas que se les impone mientras que construyen roles adicionales que puedan enriquecer sus satisfacciones personales". Es decir, que la percepción de que su trabajo es importante o que satisface las expectativas de las personas de su entorno (compañeros, familia, supervisores, clientes, empresa) se configura como un factor protector o de riesgo para su salud.

Con respecto a la capacidad de adaptación a nuevas situaciones derivadas del entorno laboral, la tendencia a los cambios tecnológicos y de reorganización organizacional implica cambios en los sistemas y prácticas de trabajo, lo que conlleva una creciente preocupación por sus consecuencias negativas para los trabajadores (Landsbergis, 2003) y, como se comentó en la introducción, la Universidad española está sufriendo grandes cambios actualmente.

El último factor está relacionado con la existencia y calidad de las relaciones y canales de información disponibles con los jefes. Un estudio realizado con mujeres trabajadores manuales de una única organización encontró cómo el apoyo de los supervisores mitigaba los efectos sobre la salud de las características del trabajo, pero sólo en situaciones de bajo estrés (Bromet, Dew, Parkinson, Cohen y Schwartz, 1992) y otros autores como Dua (1994) encontraron que las mujeres informaban de mayor tensión producida por la política laboral de la organización.

Con todo, parece clara la relación entre factores de riesgo psicosocial laboral y la salud psicológica para hombres y mujeres. La mejora de las condiciones físicas laborales y la reducción de la exposición a condiciones psicosociales estresantes acarrearía mejoras en los costes organizacionales, y comportaría también beneficios para el bienestar de los trabajadores y las organizaciones (e.g., menos bajas por enfermedad, mejores relaciones internas...) (Cahill y Landsbergis, 1996;

Losocco y Spitze, 1990; Lowe y Northcott, 1988). De forma más concreta, sería importante que las autoridades de la Universidad alentaran los estudios que determinasen los factores de riesgo psicosociales en función de los diferentes grupos de personal (e.g. sexo, edad, cargo...) en su universidad y, a continuación, adoptarían las medidas oportunas para su eliminación o reducción. A medio y largo plazo tales acciones producirían beneficios para la institución en términos de mejora de la salud física y emocional de sus empleados, así como en el aumento de la satisfacción en el trabajo, lo cual tendría como consecuencia un aumento de la productividad en términos de calidad y cantidad de trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Annandale, E. y Hunt, K. (2000). Masculinity, femininity and sex: An exploration of their relative contribution to explaining gender differences in health. *Sociology of Health and Illness*, 12(1), 24-46.
- Aneshensel, C. S., Frerichs, R. R. y Clark, V. A. (1981). Family roles and sex differences in depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 379-393.
- Arber, S. (1997). Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. *Social Science and Medicine*, 66(6), 773-787.
- Banks, M. H., Clegg, C. W., Jackson, P. R., Kemp, N. J., Stafford, E. M., y Wall, T. D. (1980). The use of the general health questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies. *Journal of Occupational Psychology*, 53, 187-194.
- Blaxter, M. (1990). *Health and lifestyles*. London: Routledge.
- Blix, A., Cruise, R., Mitchell, B. y Blix, G. (1994). Occupational stress among university teachers. *Journal of Educational Research*, 36(2), 157-169.
- Bongers, P. M., Kompier, M. A. J. y Hildebrandt, V. H. (1993). Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. *Scandinavian Journal of Work Environ Health*, 19, 297-312.
- Bromet, E. J., Dew, M. A., Parkinson, D. K., Cohen, S. y Schwartz, J. E. (1992). Effects of occupational stress on the physical and psychological health of women in a microelectronics plant. *Social Science and Medicine*, 34, 1377-1383.
- Cahill, J. y Landsbergis, P. A. (1996). Job strain among post office mail handlers. *International Journal of Health Services*, 26, 731-750.
- Cooper, C. L. y Marshall, J. (1978). *Understanding Executive Stress*. London: McMillan Press.
- Cooper, C. L. y Payne, R. (Eds.) (1978). *Stress at Work*. New York: John Wiley.

- Hemingway, H., Shipley, M. J., Stansfeld, S. y Marmot, M. (1997). Sickness absence for back pain, psychosocial work characteristics and employment grade among office workers. *Scandinavian Journal of Work Environ Health*, 23, 121-129.
- Herold, J. y Waldron, I. (1985). Part-time employment and women's health. *Journal of Occupational Medicine*, 27(6), 405-412.
- Hibbard, J. H. y Pope, C. R. (1987). Employment characteristics and health status among men and women. *Women and Health*, 12(2), 85-102.
- Hunt, K. y Annandale, E. (1993). Just the job? Are the health effects of domestic and paid work gender-specific? *Sociological Health Illness*, 15(5), 632-664.
- Johnson, J. y Hall, E. (1995). Class, work, and health. En B. Amick, S. Levine, A. Tarlov y D. Walsh (eds.), *Society and health* (pp. 247-271). New York: Oxford University Press.
- LaCroix, A. Z. y Haynes, S. G. (1987). Gender differences in the health effects of workplace roles. En R. C. Barnett, L. Biener y G. K. Baruch (eds.), *Gender and Stress* (pp. 96-121). New York: Free Press.
- Landsbergis, P. A. (2003). The changing organization of work and the safety and health of working people: a commentary. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45, 61-62.
- Loscocco, K. A. y Spitz, G. (1990). Working conditions, social support, and the well-being of female and male factory workers. *Journal of Health and Social Behaviour*, 31, 313-327.
- Lowe, G. S. y Northcott, H. C. (1988). The impact of working conditions, social roles, and personal characteristics on gender differences in distress. *Work and Occupations*, 15(1), 55-77.
- Macran, S., Clarke, L. y Joshi, H. (1996). Women's health, dimensions and differentials. *Social Science and Medicine*, 42(9), 1203-1216.
- Marmot, M. G., Davey-Smith, G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E. y Feeney, A. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall 2 study. *The Lancet*, 337, 1387-1393.
- Marmot, M., Riff, C. D., Bumpass, L. L., Shipley, M. y Marks, N. F. (1997). Social inequalities in health: Next questions and converging evidence. *Social Science and Medicine*, 44(6), 901-910.
- Martín Daza, F. y Pérez Bilbao, J. (1997). *NTP443: Factores psicosociales: metodología de evaluación*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, I.N.S.H.T.
- Matteson, M. T. y Ivancevich, J. M. (1987). *Controlling Work Stress: Effective Human Resource and Management Strategies*. San Francisco: Jossey Bass.

- D'Arcy, C. (1998). Social distribution of health among Canadians. En D. Coburn, C. D'Arcy y G. Torrance (eds.), *Health and Canadian society: Sociological perspectives* (pp. 73-101). Toronto, University of Toronto Press.
- Denton, M. y Walters, V. (1999). Gender differences in structural and behavioural determinants of health: an analysis of the social production of health. *Social Science and Medicine*, 48, 1221-1235.
- Dua, J. K. (1994). Job stressors and their effects on physical health, emotional health, and job satisfaction in a university. *Journal of Educational Administration*, 32(1), 59-78.
- Emslie, C., Hunt, S. M. y Macintyre, S. (1997). Gender differences in minor morbidity amongst men and women working full time in a British university. *Working paper number 57*, MRC Medical Sociology Unit, Glasgow.
- Emslie, C., Hunt, S. M. y Macintyre, S. (1999). Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees. *Social Science and Medicine*, 48, 33-48.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2005). Violence, bullying and harassment in the workplace. Documento recuperado el 19 de septiembre desde <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/reports/TN0406TR01/TN0406 TR01.htm>
- Frankenhaeuser, M. (1996). Stress and gender. *European Review*, 4, 313-327.
- Frieze, I., Parsons, J., Johnson, P., Ruble, D. y Zellman, G. (1978). *Women and sex roles: A social psychological perspective*. New York: AMACOM.
- Goldberg, D. P. y Hiller, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 1, 139-145.
- Gore, S. y Mangione, T. W. (1983). Social roles, sex roles and psychological distress: Additive and interactive models of sex differences. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 300-312.
- Gove, W. y Tudor, J. (1973). Adult sex roles and mental illness. *American Journal of Sociology*, 78, 812-835.
- Greenglass, E. R. (2001). Gender role, stress and health. En N. Smelser y P. Baltes (eds.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences* (Vol. 9, pp. 6027-6029). Oxford, UK: Elsevier.
- Hall, E. M. (1992). Double exposure: The combined impact of the home and work environments of psychosomatic strain in Swedish women and men. *International Journal of Health Services*, 22, 239-260.

- Matthews, S., Hertzman, C., Ostry, A. y Power, C. (1998). Gender, work roles and psychosocial work characteristics as determinants of health. *Social Science and Medicine*, 46(11), 1417-1424.
- Messing, K. y Stellman, J. M. (2006). Sex, gender and women's occupational health: The importance of considering mechanism. *Environmental Research*, 101, 149-162.
- Moncada, S. (1998). Salud Laboral. En F. Martínez-Navarro, J. M. Antó, P. L. Castellanos, M. Gili, P. Marset y V. Navarro (eds.), *Salud Pública* (pp. 767-789). Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.
- Munro, L., Rodwell, J. y Harding, L. (1998). Assessing occupational stress in psychiatric nurses using the full job strain model: The value of social support to nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 35, 339-345.
- Muntaner, C. y O'Campo, P. (1993). A critical appraisal of the demand/control model of the psychosocial work environment, epistemological, social, behavioral and class considerations. *Social Science and Medicine*, 36(11), 1509-1517.
- Muñoz, P. E. (1996). GHQ-12. En A. Lobo y P. E. Muñoz (eds.), *Cuestionario de salud general GHQ (General Health Questionnaire). Versiones en lengua española validadas*. Barcelona: Masson.
- Niedhammer, I., Goldberg, M., Leclerc, A., Bugel, I. y David, S. (1998). Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 24, 197-205.
- North, F. M., Syme, L. y Feeney, A. (1996a). Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: the Whitehall II study. *American Journal of Public Health*, 86, 332-340.
- North, F., Syme, L., Feeney, A., Shipley, M. J. y Marmot, M. (1996b). Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: the Whitehall II study. *American Journal of Public Health*, 86(3), 332-340.
- Orth-Gomér, K., Chesney, M. y Wenger, N. K. (1998). *Women, stress and heart disease*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Repetti, R. L., Matthews, K. A. y Waldron, I. (1989). Effects of paid employment on women's mental and physical health. *American Psychologist*, 44, 1394-1401.
- Rosenfield, S. (1980). Sex differences in depression: Do women always have higher rates? *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 33-42.
- Roxburgh, S. (1996). Gender differences in work and well-being, effects of exposure and vulnerability. *Journal of Health and Social Behavior*, 37, 265-277.
- Solanes, A., Tirado, S. y Martín del Río, B. (2004). Factores de riesgo psicosocial para la salud ocupacional: adaptación de un instrumento de evaluación. *Revista de Psicología de la Salud*, 16(1-2), 85-110.
- Sorensen, G., Lewis, B., y Bishop, R. (1996). Gender, job factors, and coronary heart disease risk. *American Journal of Health Behavior*, 20(1), 3-13.
- Stansfeld, S., Feeney, A., Head, J., Canner, R., North, F. y Marmot, M. (1995). Sickness absence for psychiatric illness: The Whitehall study. *Social Science Medicine*, 40(2), 189-197.
- Taris, T. W., Schreurs, P. J. S. y Van Iersel, I. J. (2001). Job stress, job strain, and psychological withdrawal among Dutch university staff: towards a dual-process model for the effects of occupational stress. *Work and Stress*, 15(4), 283-296.
- The European Heart Network (1998). *Expert Group on Psychosocial and Occupation Factors. Social factors, stress and cardiovascular disease prevention in the European Union*. Brussels: European Heart Network.
- Townsend, P., Davidson, N. y Whitehead, M. (1992). *Inequalities in health: The black report and the health divide*. London: Penguin.
- Virtanen, M., Vahtera, J., Pentti, J., Honkonen, M. D., Elovainio, M. y Kivimäki, M. (2007). Job strain and psychologic distress. Influence on sickness absence among Finnish employees. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(3), 182-187.
- Wade, T. J. y Cairney, J. (1997). Age and depression in a nationally representative sample of Canadians: A preliminary look at the National Population Health Survey. *Canadian Journal of Public Health*, 88, 297-302.
- Walters, V. y Denton, M. (1997). Stress, depression and tiredness among women: the social production and social construction of health. *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 34(1), 53-69.
- Walters, V., Lenton, R. y McKeary, M. (1995). *Women's health in the context of women's lives*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.
- Walters, V., French, S., Eyles, J., Lenton, R., Newbold, B. y Mayr, J. (1997). The effects of paid and unpaid work on nurses' well-being: the importance of gender. *Sociology of Health and Illness*, 19(3), 328-347.
- Weinberg, A. y Creed, F. (2000). Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *The Lancet*, 355, 533-537.
- Wilkins, K. y Beaudet, M. P. (1998). Work stress and health. *Health Reports*, 10, 47-63.

EFFECTO DEL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL SOBRE LOS DÉFICITS COGNITIVOS Y SOCIALES DERIVADOS DE LA EPILEPSIA EN DOS NIÑAS DE 11 AÑOS

Bernabeu P* y Tirado S*

*AEPA-Asociación de Epilepsia de la Provincia de Alicante

* Universidad Miguel Hernández de Elche

Correspondencia

Dpto. Psicología de la Salud.
Universidad Miguel Hernández de Elche.
Avda. de la Universidad, s/n. 03202 Elche (Alicante).
Telf.: 96 665 8524
Fax. 96 665 8904
e-mail: Ebmartin@umh.es

RESUMEN

Se presenta un estudio de caso para comprobar los efectos de un tratamiento cognitivo-conductual en dos niñas de 11 años afectadas de epilepsia con déficits en las áreas de atención, memoria y habilidades sociales. La intervención incluyó ejercicios de rehabilitación cognitiva en las áreas de memoria y atención, entrenamiento en habilidades sociales incidiendo en autocontrol y entrenamiento en relajación. Tras la intervención aparecieron mejoras notables en las medidas pre-tratamiento de las variables de memoria y atención. También se observó mayor número de intentos de autocontrol en conductas disruptivas y mejora de las habilidades sociales.

Palabras clave: epilepsia en niños; epilepsia y memoria; epilepsia y atención; problemas psicosociales y epilepsia; epilepsia y comportamiento; TDAH y epilepsia.

ABSTRACT

We present a case study to test the effects of cognitive-behavioural therapy in two 11 years-old girls with epilepsy showing deficits in the areas of attention, memory and social skills. The intervention included cognitive rehabilitation