

IZABELLA ROHLFS, CARMÉ BORRELL, LUCÍA ARTAZCOZ. Institut Municipal de la Salut

JOSEP DE ANDRÉS. Ajuntament de Sabadell

MARIONA RIBALTA. Ajuntament de Barcelona

Introducció

L'estudi de l'ús del temps per part de les dones és important perquè permet conèixer com aquestes distribueixen el seu temps entre les diferents activitats que realitzen al llarg de la jornada i com els factors socials, econòmics i culturals condicionen aquesta distribució. D'altra banda, la salut reflecteix l'impacte de tots aquests factors i pot indicar fins a quin punt l'ús del temps afecta d'una manera global la vida quotidiana de les persones, i específicament la vida de les dones. Atesa la multiplicitat de rols de les dones, el factor temps és un important condicionant de les seves vides.

L'any 1993, l'Institut Municipal de la Salut de Barcelona, amb el suport de l'Instituto de la Mujer, va començar una línia d'investigació destinada a conèixer l'impacte en la salut segons la posició de la dona en el treball productiu (remunerat) i reproductiu (treball no remunerat que crea, manté i reproduïx les condicions bàsiques de la vida), mitjançant les dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona 1992 (ESB 92). Aquest estudi va obtenir alguns resultats interessants¹ (*Barcelona Societat*, n. 5, pàg. 97 a 104), encara que amb limitacions perquè l'enquesta de salut de Barcelona no estava dissenyada per poder estudiar l'impacte del treball reproductiu en la salut. A causa d'aquest problema quasi no es van poder realitzar inferències respecte a la doble jornada de treball i no es va poder aprofundir en alguns aspectes importants del treball repro-

ductiu i en com l'ús del temps afecta la salut de les dones.

Per superar l'anterior limitació, l'enquesta realitzada per l'Institut d'Estudis Metropolitans de Barcelona sobre el temps quotidià de les dones entre 25 i 50 anys de la ciutat de Barcelona l'any 1995, ha inclòs preguntes respecte a la salut percebuda, els trastorns crònics, la salut mental i la vitalitat.

Els objectius del present treball són analitzar les relacions entre l'ús del temps per part de la dona i la seva salut, principalment respecte als àmbits del treball remunerat i no remunerat, conèixer la salut mental i la vitalitat de les dones de Barcelona entre 25 i 50 anys i relacionar-les amb el treball productiu i reproductiu, i estudiar l'impacte en la salut de la satisfacció en diferents aspectes de la vida.

Metodologia

És un estudi transversal que utilitza les dades de l'enquesta realitzada l'any 1995 per l'Institut d'Estudis Metropolitans de Barcelona, i que s'emmarca dins la línia de treball de l'Ajuntament de Barcelona: "A Barcelona, les dones canviem el temps".²

Part de la metodologia d'aquesta enquesta, així com els resultats centrals de la investigació, han estat presentats anteriorment,³ aquí només es presentaran els punts més importants de la metodologia i els resultats de l'anàlisi realitzats per estudiar l'impacte de l'ús del temps en la salut de les dones.

L'enquesta sobre l'ús del temps es va realitzar a una mostra de 788 dones entre 25 i 50 anys, representativa de les dones no institucionalitzades d'aquestes edats a la ciutat de Barcelona durant l'any 1995 (error mostral d'un 3,5% amb un nivell de confiança del 95%). Va ser una entrevista personal feta al domicili de l'enquestada. El total de dones seleccionades aleatòriament per obtenir la mostra de 788 va ser de 1.339, cosa que vol dir que per realitzar una entrevista es van haver de contactar 1,7 persones. La majoria de les substitucions van ser a causa de la negació a respondre (principalment a causa de la manca de temps de l'entrevistada), de canvis de domicili i de persones il·localitzables.

El qüestionari tenia els apartats següents: dades sociodemogràfiques i de context familiar, treball productiu, treball reproductiu, ús dels serveis i dels equipaments, el temps lliure i la salut. En l'apartat sobre la salut es preguntava sobre salut percebuda i trastorns crònics i sobre salut mental i vitalitat.

En aquest estudi la pregunta utilitzada que referia l'estat de salut percebut va ser idèntica a la utilitzada ante-

1. Rohlfs I, De Andrés J, Artazcoz L, Ribalta M, Borrell C. Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres. *Med Clin (Barc)*. 1997; 108: 566-571.

2. Prats M, García MD, Cànoves G. Mujeres, ciudad y tiempo cotidiano. Un enfoque cuantitativo del estudio del tiempo de las mujeres de 25 a 50 años en Barcelona. Bellaterra. Institut d'Estudis Metropolitans/Instituto de la Mujer, 1995.

3. Prats M, García MD, Cànoves G. El temps de la vida quotidiana de les dones de Barcelona. *Barcelona Societat* 1996;5:105-109.

riorment en l'ESB 92: "En general, com diria vostè que és el seu estat de salut?" Alguns autors justifiquen la utilització de l'estat de salut percebut com un bon indicador de l'estat de salut perquè és una mesura que ha estat suficientment validada, té relació amb les percepcions subjectives de l'estat físic i mental, té una interferència mínima amb les interpretacions mèdiques i presenta una bona associació amb la morbiditat i la mortalitat.⁴

Per controlar l'efecte de l'edat en analitzar les diferents variables de l'estudi, es va procedir a l'estandardització per edat mitjançant el mètode directe, pre-

nent com a població de referència tota la mostra enquestada.

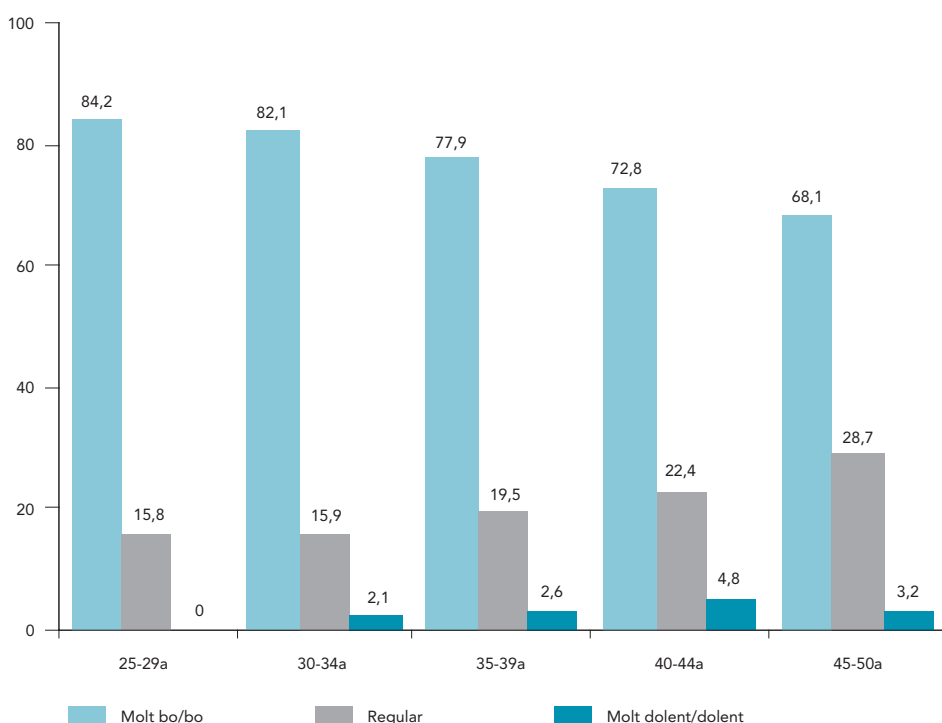
Per avaluar la salut mental, es va optar per un qüestionari reduït de salut mental i vitalitat que forma part de l'SF36, que és un qüestionari de salut general, dividit en vuit apartats.⁵ Les preguntes utilitzades en aquest qüestionari varen ser adaptades per al seu ús a Espanya per Alonso et al.⁶

Els apartats del qüestionari SF 36 que mesuren salut mental i vitalitat avaluen ansietat, depressió, control emocional i benestar psicològic i capten diferències en el benestar subjectiu relacionades amb el nivell d'energia i la fatiga. Els

resultats obtinguts varen ser transformats en dues escales independents, una per a la salut mental i una altra per a la vitalitat, que tenien un rang entre 0 i 100. La interpretació d'aquestes escales va ser realitzada observant la distribució de la mostra en quintils (divisió de la mostra en cinc grups).

Per a una millor interpretabilitat dels resultats de l'escala, s'ha considerat que les dones que estaven en el primer quintil, o sigui que estaven entre el 20% que van obtenir puntuació més baixa en el qüestionari, varen ser considerades com les que tenien alguna limitació en salut mental o vitalitat; el 80% restant van ser considerades sense limitacions o dintre de la normalitat.

Gràfic 1
Distribució de l'estat de salut percebut segons l'edat de l'enquesta
(% estandarditzat per edat)



Salut i factors sociodemogràfics

L'edat

Un 84,2% de les dones de 25 a 34 anys, un 77,9% de les de 35-39 anys i un 68,1% de les de 45-50 anys tenia un bon estat de salut percebut (gràfic 1).

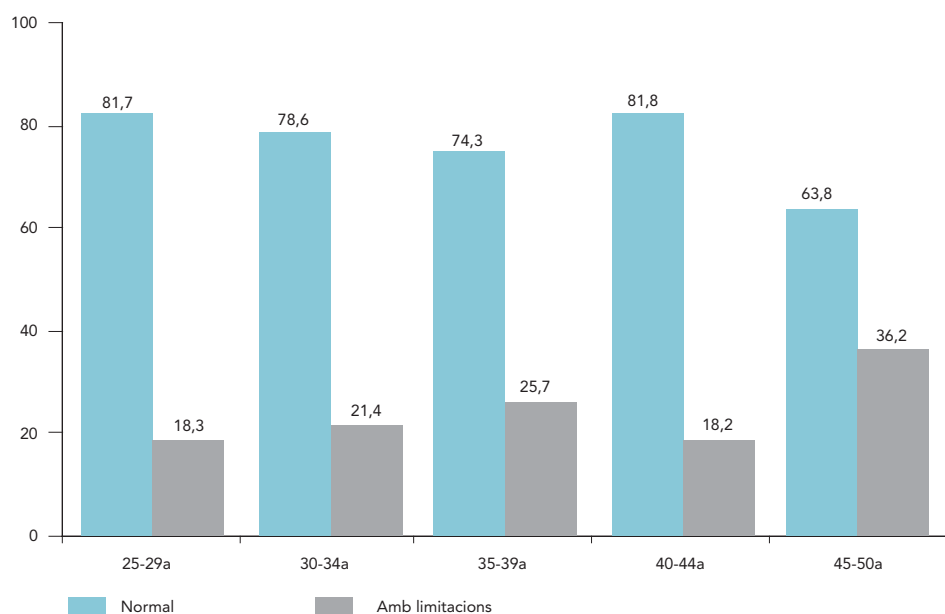
Tant per a la salut mental com per a la vitalitat, exceptuant el grup de 40 a 44 anys, a mesura que augmenta l'edat aug-

4. Idler EL, Kasl SV, Lemke J. Self-evaluated health and mortality among the elderly in New Haven, Connecticut, Iowa and Washington Counties. *Am. J. Epidemiology* 1990; 131: 91-104.

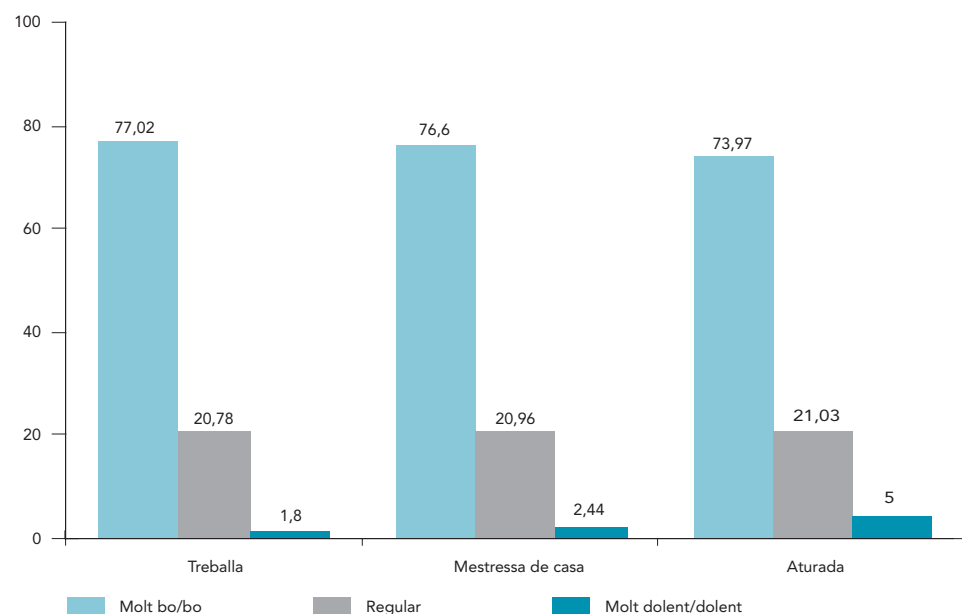
5. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36. Item Short-Form Health Survey (SF 36). Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-483.

6. Alonso J, Prieto LM, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin* 1995;104:771-776.

Gràfic 2
Salut mental segons l'edat de l'enquestada
 (% estandarditzat per edat)



Gràfic 3
Distribució de l'estat de salut percebut segons la situació laboral de l'enquestada
 (% estandardització per edat)



menta la proporció de dones que presenten limitacions, encara que per a aquestes dues escales l'edat no és tan determinant com per a l'estat de salut percebut (gràfic 2).

L'educació

És un predictor de l'estat de salut perquè és un indicador sensible a les actituds i comportaments individuals.⁷ En general, com més alt el nivell d'estudis, millor l'estat de salut. Normalment les persones amb un nivell d'estudis més alt tenen més habilitats i informacions que les fan més receptives als missatges de prevenció i promoció de la salut, factors que poden contribuir a la seva millor salut.⁸

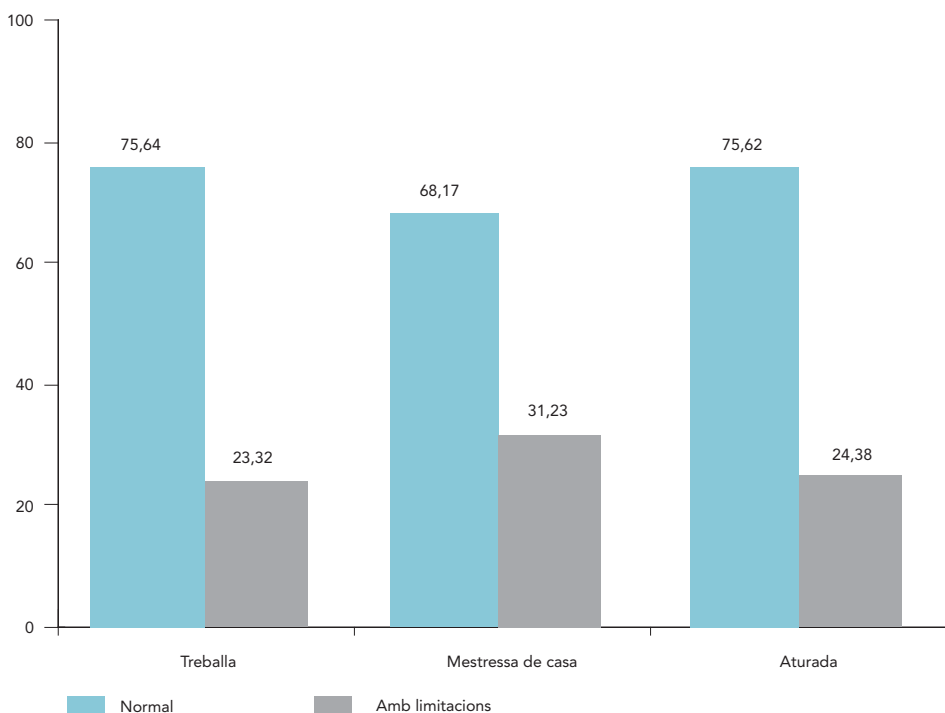
A mesura que disminueix el nivell d'estudis augmenta la proporció de dones amb estat de salut percebut com a dolent. Així, entre les dones amb estudis universitaris, aquest percentatge era de l'1,8%; entre les d'estudis secundaris, d'un 2,4%; les d'estudis primaris, d'un 5%, i les analfabetes o sense estudis, d'un 9,6%.

No es va observar un gradient entre l'escala de salut mental i l'educació. Varen ser les dones amb estudis universitaris i primaris les que varen presentar una proporció més gran de salut mental dintre de la normalitat (respectivament, un 76% i un 75,6%).

7. Morgan M. Measuring social inequality: occupational classifications and their alternatives. *Comm Med* 1983;5:116-24.

8. Blaxter M. *Health and lifestyles*. Roudledge, London 1990.

Gràfic 4
Salut mental segons la situació laboral de l'enquestada
 (% estandardització per edat)



La situació laboral

En aquest estudi no es varen trobar diferències significatives en l'estat de salut percebut entre les diferents categories de situació laboral en tenir en compte l'efecte de l'edat. Com es veurà més endavant, a causa de la complexitat de les característiques dels diferents tipus de treball (productiu i reproductiu), les diferències s'apreciaran quan es matisin aquestes característiques. Només la quarta part de les dones, independentment de la seva situació laboral (ocupades, mestresses de casa i aturades), declarava el seu estat de salut com a

regular, dolent o molt dolent (gràfic 3). Paradoxalment, només un 25% no declarava cap trastorn crònic. Quan s'especifiquen els trastorns crònics, el patró de distribució és diferent segons la situació laboral. Així, per al mal d'esquena crònic, un 37% de les treballadores, un 41% de les mestresses de casa i un 32,7% de les aturades declarava patir aquesta malaltia. Pel que fa a les migranyes, un 31% de les treballadores, un 25% de les mestresses de casa i un 29% de les aturades. Els trastorns nerviosos o depressions afectaven un 23% de les treballadores, un 32% de les mestresses de casa i un 30% de les aturades.

La salut mental de les dones que treballaven o estaven aturades va ser millor que la de les mestresses de casa, encara que les diferències no van ser importants. Alguns estudis indiquen que el treball domèstic és més rutinari, no proporciona recompenses concretes ni suport social com pot ocórrer amb el treball remunerat, així mateix assenyalen que és important matisar les condicions dels tipus d'ocupació en el cas del treball remunerat i del tipus d'entorn, classe social i grau de compartició de tasques en el cas del treball domèstic.^{1,9,10}

En el gràfic 4 s'observa que mentre que un 77% de les dones que tenien un treball remunerat presentava salut mental dintre de la normalitat, aquest percentatge baixava a un 68% per a les mestresses de casa.

El treball productiu

S'han comparat les característiques del treball de les ocupades amb el conjunt de no ocupades en el mercat productiu (mestresses de casa, aturades, jubilades).

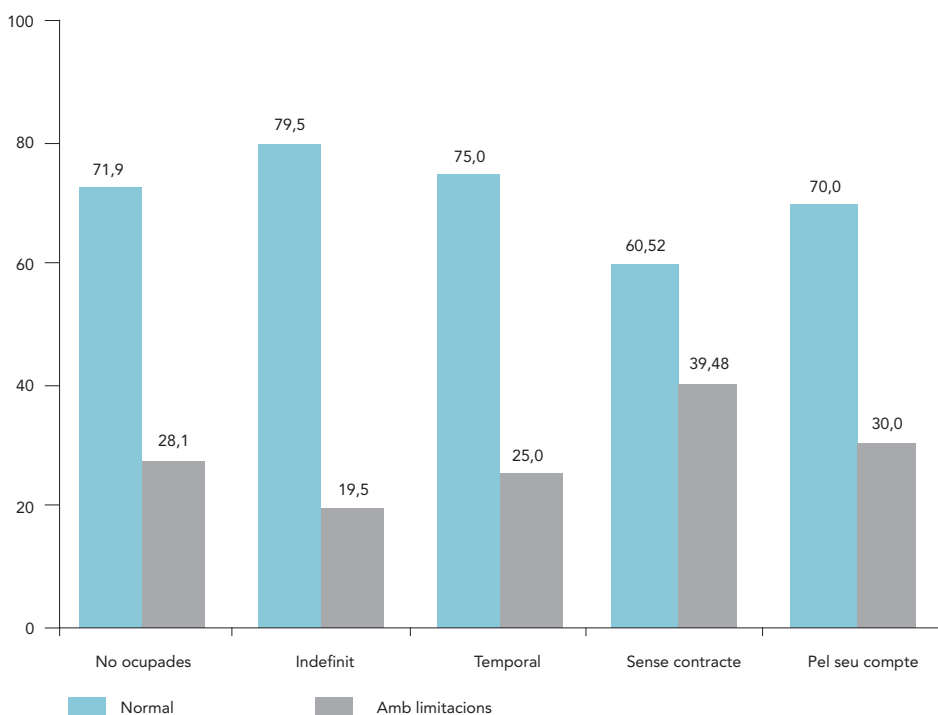
Tipus d'ocupació

Un 60,8% (n=479) de les dones tenia un treball remunerat. Les treballadores

9. Loscocco KA, Spitze G. Working conditions, social support and well-being of female and male factory workers. *J Health Soc Behav* 1990;31:313-27.

10. Spitze G. Women's employment and family relations: a review. *J Marr Fam* 1988;50:595-618.

Gràfic 5
Salut mental segons el tipus de contracte de l'enquestada
 (% estandardització per edat)



que declaraven pitjor estat de salut percebut van ser les que es dedicaven als serveis personals i domèstics en general (cuina, cura, neteja) seguides per aquelles que treballaven en sanitat (principalment infermeres i auxiliars). Un 62,7% de les treballadores dels serveis i un 67,6% de les de la sanitat declaraven la seva salut com molt bona/bona, en canvi pel que fa a les dones que treballaven en l'administració aquest percentatge va ser del 85%.

Les dones que treballaven en els serveis personals i serveis a empreses van presentar una proporció més gran de limitacions en salut mental.

Tipus de contracte

Les dones que treballaven pel seu compte van ser les que presentaven més bon estat de salut (83,4% amb molt bo o bon estat de salut), seguides d'aquelles amb contracte indefinit (79%) i amb contracte temporal (72%). En canvi, les que treballaven sense contracte varen ser les que en menor proporció presentaven estat de salut percebut com a bo (62,3%) i de salut mental dintre de la normalitat, inferior fins i tot a les no ocupades (gràfic 5).

Això s'explicaria pel fet que les dones que estan treballant sense con-

tracte segurament són les que es troben en pitjors condicions laborals, amb una pressió més alta i inseguretat, i sense els beneficis que es deriven del contracte.

La salut i el treball domèstic, o reproductiu, o "invisible"

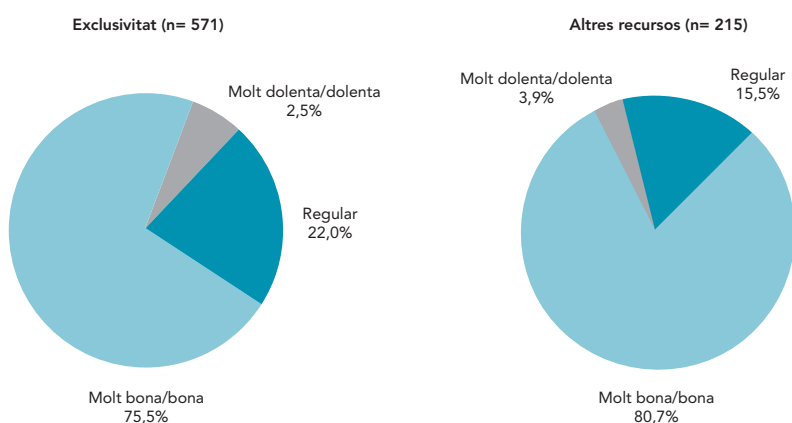
La incorporació de la dona al mercat de treball productiu, en general, no implica una disminució de la seva responsabilitat en el treball domèstic o reproductiu. Així, ens trobem davant d'una transformació en el patró de l'ús del temps per part de les dones, on és imprescindible considerar que la dedicació al treball productiu (remunerat) a temps parcial o complet va acompanyada per la necessitat de compatibilització amb el treball reproductiu (o domèstic).^{11,12}

En la nostra societat, la majoria de les dones que tenen un treball remunerat assumeixen una segona (tercera o quarta...) jornada representada pel treball domèstic. L'estudi de l'impacte en la salut del repartiment del treball domèstic és bàsic si es té en compte el desequilibri que hi ha entre el nombre de dones que s'incorporen al món del treball remunerat i de dones que comparteixen el treball domèstic amb la resta dels membres del

11. Izquierdo J, Del Río O, Rodríguez A. La desigualdad de las mujeres en el uso del tiempo. Instituto de la Mujer. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid 1990.

12. Ramos R. Cronos dividido. Uso del tiempo y desigualdad entre mujeres y hombres en España, Instituto de la Mujer. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid 1988.

Gràfic 6
Comparació de l'estat de salut percebut de les dones que declaren exclusivitat en l'organització del treball domèstic amb aquelles que compten amb altres recursos per fer-ho
 (% estandarditzat per edat)



grup familiar o que tenen recursos per contractar-lo.

En l'enquesta sobre l'ús del temps es va voler diferenciar entre organització i realització del treball domèstic. La intenció de preguntar qui organitza el treball domèstic, encara que no sigui la mateixa dona la que posteriorment ho faci, ens dóna una aproximació a la "doble presència". El fet d'estar pendent d'alguns aspectes de la vida familiar sense els quals la "màquina familiar" no funcionaria, suposa un esforç mental i una capacitat de compatibilització de temps.

Organització del treball domèstic

Un 72,6% de les entrevistades declaren que eren elles soles les que organitzaven el treball domèstic, per tant la

resta de les dones, que representava un 27,4% del total d'enquestades, d'alguna manera compartien amb altres persones aquesta responsabilitat. Les dones que compartien la responsabilitat tenien una salut millor.

En el gràfic 6 es compara l'estat de salut percebut de les dones que declaren exclusivitat en l'organització del treball domèstic amb aquelles que comptaven amb altres recursos per fer-ho; es va observar que les que comptaven amb altres recursos tenien una proporció més gran de bona salut.

En relació a la salut mental i la vitalitat, les diferències en les puntuacions dels qüestionaris segons l'exclusivitat o no en l'organització del treball domèstic va ser molt petita, encara que es va observar que les dones que tenien altres recursos per a aquesta tasca presentaven menor propor-

ció de limitacions tant en la seva salut mental com en la seva vitalitat.

La realització del treball domèstic

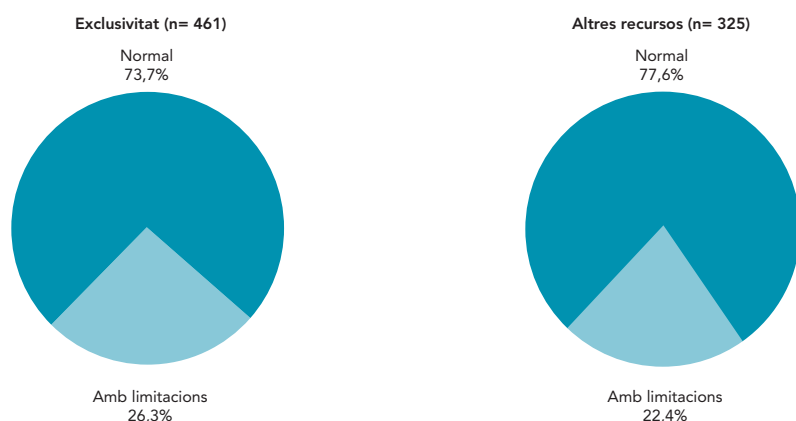
Després d'haver-se destacat les diferències que existeixen entre l'estat de salut de les dones que organitzen el treball domèstic en solitari amb aquelles que disposen d'altres recursos per fer-ho, se seguirà comparant aquestes diferències segons la realització de treballs concrets, com per exemple rentar, cuinar i tenir cura dels familiars.

La gran majoria de les activitats que componen el treball domèstic són portades a terme per les entrevistades en solitari. Per exemple: un 69,5% de les dones declarava que eren exclusivament elles les que realitzaven la cura de la roba de la família. Les que comptaven amb altres recursos per realitzar aquesta activitat tenien una proporció més gran de bon estat de salut percebut (80,7%) que les que la realitzaven soles (75,5%).

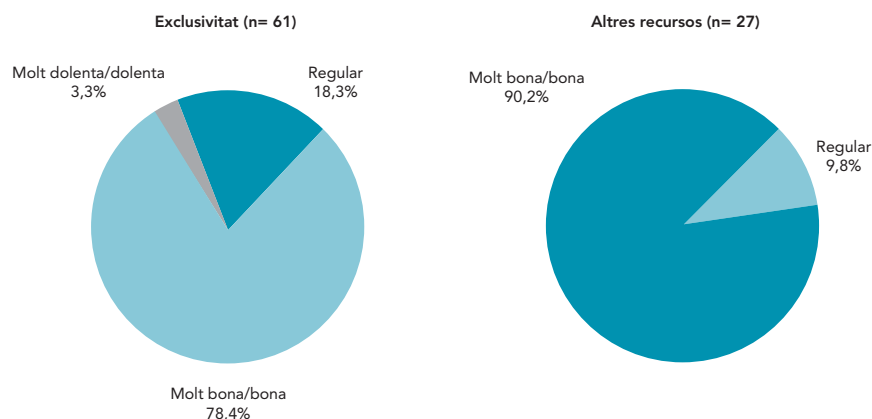
La realització dels treballs domèstics sense comptar amb cap tipus d'ajuda es va associar a una major proporció de limitacions en la salut mental. Encara que aquestes diferències no són estadísticament significatives apunten en la direcció que les dones que tenen recursos per a la realització dels treballs domèstics tenen millors índexs d'estat de salut percebut i de salut mental (gràfic 7).

El patró per a la neteja de la cuina, la realització del dinar, la compra de l'alimentació i la realització d'altres compres

Gràfic 7
Comparació de la salut mental de les dones que declaren exclusivitat en la realització de la neteja de la cuina i aquelles que compten amb altres recursos per fer-ho
 (% estandarditzat per edat)



Gràfic 8
Comparació del estat de salut percebut de les dones que declaren exclusivitat en la realització de la cura als més grans de 65 anys amb aquelles altres recursos per fer-ho
 (% estandarditzat per edat)



és semblant a les altres activitats del treball domèstic: la proporció de dones que compten amb algun recurs d'ajuda o comparteixen aquests treballs és inferior als 35% i aquestes són les que sempre tenen una proporció més gran de bon estat de salut.

La cura dels altres

Moltes vegades, el fet de cuidar està íntimament relacionat amb la condició de parentesc, en aquest cas de ser mare, parella o filla. D'aquesta manera, a més de ser un treball "invisible", que suposa

una elevada càrrega de treball físic i estrès psíquic, no està considerat com a treball: és una de les obligacions intrínseques de les relacions familiars.

Malgrat que en molts casos l'acte de tenir cura d'un fill o un familiar malalt és una opció individual que no suposa una sensació d'injustícia o de sobrecàrrega, en d'altres casos la dona sent que aquest treball podria o hauria d'estar compartit; si hi ha una sensació de sobrecàrrega psíquica o física es generen els conflictes de rols que moltes vegades es reflecteixen en un estat de salut pitjor.

Quan es compara l'estat de salut de les dones que tenen fills més petits de 14 anys i són les seves cuidadores en solitari amb l'estat de salut d'aquelles que disposen d'altres recursos per cuidar-los, no s'observen grans diferències. Un 75% de les dones declarava bon estat de salut, independentment que la cura dels menors de 14 anys fos o no compartida.

Quant a la salut mental, les dones que disposaven d'algun recurs per atendre els menors de 14 anys presentaven una menor proporció de limitacions (16,3%); en canvi, si elles no comptaven amb cap ajuda, aquesta proporció representava un 29,6%. De la mateixa manera que per a la salut mental, la vitalitat de les dones que tenien altres recursos per cuidar els dels menors de 14 anys era millor.

Quan es va analitzar la cura dels familiars més grans de 65 anys que conviuen a la mateixa casa que l'entrevistada, es va notar que aquesta era molt menys compartida que la cura dels fills. Només un 30,7% de les dones que convi-

vien amb persones més grans de 65 anys tenien altres recursos per a la realització d'aquest treball.

Les dones que comptaven amb algun recurs per a la cura dels més grans de 65 anys tenien una proporció més gran de bon estat de salut (90,2%), comparades amb les que declaraven exclusivament a l'hora de cuidar les persones grans que conviuen a la llar (78,4%) (gràfic 8).

El patró de salut mental i vitalitat de les dones que tenien cura de persones grans va ser semblant a les que tenien cura de nens, o sigui, si la dona realitzava aquesta feina sense comptar amb altres recursos presentava menys salut mental i menys vitalitat.

La satisfacció com a mesura de benestar

La utilització de preguntes referents a la satisfacció amb alguns aspectes de la vida és un bon indicador per analitzar l'estat de benestar d'un individu en l'entorn on viu. L'enquesta sobre l'ús del

temps va intentar abraçar la satisfacció de la dona amb diferents aspectes de la vida. La pregunta va ser formulada de la forma següent: "ens pot dir si, en general, està molt satisfeta o poc satisfeta amb els següents aspectes de la seva vida: família, habitatge, treball, situació econòmica, relacions socials i temps de lleure?". Podien ser contestades amb: "molt satisfeta, bastant satisfeta, poc satisfeta, gens satisfeta".

A continuació es presenta la descripció de l'estat de salut percebut segons els diversos aspectes de la satisfacció. S'ha de destacar que a mesura que decreix la satisfacció disminueix la proporció de dones amb bon estat de salut percebut (taula 1).

La família

Les dones que varen presentar una proporció més gran de bon estat de salut percebut van ser les que estaven molt satisfetes amb les seves relacions familiars (79,3%); en canvi, en les que n'esta-

ven poc satisfetes, aquest percentatge va ser d'un 60,35%.

L'habitatge

Les dones que varen presentar una proporció més gran de bon estat de salut percebut van ser les que estaven molt satisfetes amb el seu habitatge (81%); en canvi, per a les que estaven poc satisfetes aquest percentatge va ser d'un 53%. S'ha d'assenyalar l'existència d'un fort gradient en la salut segons el grau de satisfacció amb l'habitatge.

Les condicions laborals

És interessant observar que entre els diversos graus de satisfacció amb el treball no hi va haver tanta diferència entre les dones que estaven molt satisfetes o gens satisfetes amb el seu treball. Les dones que varen presentar una proporció més gran de bon estat de salut percebut van ser les que estaven molt satisfetes amb el seu treball (81%); en canvi, per a les que estaven poc satisfetes, aquest percentatge va ser d'un 73,8%.

La situació econòmica

Es varen presentar diferències entre l'estat de salut de les dones que estaven molt satisfetes amb la seva situació econòmica i l'estat de salut d'aquelles que no n'estaven gens satisfetes. Les dones que varen presentar una proporció més gran de bon estat de salut percebut van ser les que estaven molt satisfetes amb la seva

Taula 1
Proporció de dones amb estat de salut percebut com a molt bo/bo segons la satisfacció amb diferents aspectes de la vida (% estandarditzat per edat).

Aspectes de la vida	Estat de salut percebut com a molt bo							
	Molt satisfeta		Bastant satisfeta		Poc satisfeta		Gens satisfeta	
	n.	(%)	n.	(%)	n.	(%)	n.	(%)
Família	298	(79,3)	269	(75,3)	30	(60,4)	-	-
Habitatge	189	(81,1)	326	(77,2)	77	(68,2)	10	(53,1)
Treball	78	(82,0)	259	(79,7)	118	(70,5)	128	(72,3)
Situació econòmica	30	(83,0)	318	(81,5)	192	(71,1)	62	(68,3)
Relacions socials	191	(78,6)	354	(77,5)	47	(69,1)	9	(52,9)
Temps de lleure	64	(84,3)	271	(78,0)	225	(76,8)	41	(60,7)

situació econòmica (83%); en canvi, per a les que estaven poc satisfetes aquest percentatge va ser d'un 68,27%.

Les relacions socials

El suport que generalment proporcionen les relacions socials pot actuar com un amortidor de problemes comuns en el dia a dia. Les dones que varen presentar una proporció més gran de bon estat de salut percebut van ser les que estaven molt satisfetes amb les seves relacions socials (77,2%); en canvi, per a les que estaven poc satisfetes aquest percentatge va ser d'un 51,7%. S'ha observat un fort gradient entre la salut i les categories de la satisfacció.

El temps de lleure

La importància del temps de lleure en el benestar de les persones és evident. En aquest temps, una persona es pot relaxar i refer de les moltes demandes dels treballs. Les dones que varen presentar una proporció més gran de bon estat de salut percebut varen ser les que estaven molt satisfetes amb el seu temps de lleure (84,2%); en canvi, per a les que estaven poc satisfetes aquest percentatge va ser d'un 58,6%.

Reflexió final

La utilització d'indicadors de salut per avaluar l'impacte de l'ús del temps en la vida de les dones ens mostra com la forma d'organització i la "qualitat" del

temps quotidià afecta la salut i el benestar de les dones.

La proporció de dones que declarava el seu estat de salut com a molt bo/bo (76,5%) contrasta amb l'alta proporció de les que declaraven patir algun trastorn crònic (74,2%), cosa que indica que aquestes variables poden mesurar aspectes diferents de la salut.

Els trastorns crònics més freqüents entre les enquestades varen ser el mal d'esquena i la migranya. Aquesta tipologia de trastorns crònics pot estar reflectint no només un origen biològic sinó també la càrrega física i emocional i la necessitat de compatibilització dels diversos treballs realitzats per la dona. Els trastorns nerviosos o depressions i el mal d'esquena crònic afectaven en una proporció més gran les mestresses de casa, en canvi les migranyes afectaven més les treballadores.

La majoria d'estudis indiquen que les dones tenen més esperança de vida i presenten pitjor estat de salut que els homes i les explicacions d'aquests fets no són clares. En l'Enquesta de Salut de Barcelona del 1992, un 73,2% de les dones de 25 a 50 anys declarava un estat de salut molt bon/bo i un 68,1% tenia algun trastorn crònic, entre els homes aquests percentatges varen ser respectivament d'un 81,7% i d'un 49,2%.

Entre algunes hipòtesis formulades per la literatura, la sobrecàrrega produïda per la doble jornada de treball i la doble presència seria una de les explicacions per a la major morbiditat i pitjor salut mental presentada per les dones.

Aquest treball no va trobar pitjor estat de salut entre les dones que feien doble jornada i sí entre les que es dedicaven exclusivament al treball reproductiu. S'ha de considerar que existeix una selecció de les dones sanes dintre del mercat de treball productiu, encara que no només aquest aspecte explicaria la millor salut percebuda de les dones que tenen un treball remunerat.

Es va observar que les dones que treballaven sense contracte van ser les que presentaven pitjor salut, en canvi les que treballaven pel seu compte o tenien el contracte indefinit presentaven les proporcions més altes de bona salut.

Pel que fa a l'organització i realització del treball reproductiu, es va observar que les dones que comptaven amb algun tipus de recurs o ajuda o que no el realitzaven personalment, en general tenien millor estat de salut percebut i menys limitacions en la seva salut mental que les que tenien la càrrega per a elles soles. En qualsevol cas, s'ha de destacar que, per a la majoria de les activitats estudiades, set de cada deu dones no tenien cap d'aquests recursos.

Quant a la cura de les persones dependents, no es varen observar diferències entre les dones que compartien la cura dels fills menors de 14 anys i les que ho feien soles. Possiblement si aquesta anàlisi s'hagués fet tenint en compte només els fills petits de menys de 6 anys i conseqüentment més dependents, s'observaria l'existència d'un impacte en la salut. El fet de tenir cura d'una persona dependent gran va tenir

un impacte evident en un pitjor estat de salut percebut i en més limitacions en salut mental.

Un altre punt important a tenir en compte és la sensació subjectiva de satisfacció amb els diversos aspectes de la vida, com la família, l'habitatge, el treball i les relacions socials. Donen una visió de conjunt de com característiques impor-

tants de la vida repercuteixen en la salut de les dones. Els resultats de l'estudi indiquen que a mesura que decreix la sensació de satisfacció disminueix la proporció de bon estat de salut. La satisfacció amb el temps de lleure va tenir un impacte molt gran en la percepció de l'estat de salut; així, la diferència entre l'estat de salut percebut com a molt bo o

bo de les dones que declaraven estar molt satisfetes amb el seu temps de lleure i les que declaraven no estar gens satisfetes va ser de més d'un 25%.

La salut, doncs, seria un dels reflexos de com una distribució més o menys equitativa dels temps de treball productiu, treball reproductiu, lleure i altres temps afecta les dones. 