



usos del tiempo y salud

Silvia Rueda
Lucía Artazcoz
Imma Cortès



usos del tiempo y salud

Silvia Rueda
Lucía Artazcoz
Imma Cortès



El estudio «Usos del Tiempo y Salud», promovido por la Concejalía de Usos del Tiempo, en colaboración con la Agencia de Salud Pública, efectúa una radiografía del impacto que el uso del tiempo ejerce en la salud de las personas.

El presente trabajo hace hincapié en el hecho de que para emprender cualquier iniciativa que pretenda mejorar el uso del tiempo en la ciudad, es preciso tomar en consideración la perspectiva de género y el nivel socioeconómico. A la vez, posiciona claramente a las mujeres, en todas las franjas de edad, como aquéllas que más dificultades tienen para administrar su tiempo de ocio, que a menudo queda difuminado en el ámbito del trabajo doméstico y familiar.

La presión que soportan las mujeres es un hecho, y cómo ello influye en su salud, una constatación. En este sentido, las recomendaciones del estudio pueden constituir una buena hoja de ruta para corregir una situación que, no por conocida, es fácil de resolver.

Las Administraciones públicas, las instituciones y empresas, y la propia ciudadanía debemos corresponsabilizarnos, cada uno desde su parcela, de hacer posible que el uso del tiempo en la ciudad sea un valor que todo el mundo pueda gestionar libremente. Los beneficios en términos de bienestar y salud repercutirán de forma positiva en todos los ámbitos de nuestra sociedad y, muy particularmente, en las mujeres de Barcelona.

Hacerlo posible está a nuestro alcance.

Jordi Hereu
Alcalde de Barcelona



Al decir que el nuevo patrón oro es el tiempo, se están poniendo de relieve una serie de cuestiones muy importantes en el ámbito de la salud. El tiempo y su gestión no son un asunto privado. Las personas podrán gestionar -o no- el tiempo, en función de la organización social y de los valores y actitudes con respecto al mismo y a los roles desempeñados por los hombres y las mujeres.

Si las personas tienen la sensación de que pueden gestionar el tiempo, su ritmo de vida es más saludable. Ello será posible cuando el tiempo se considere un derecho de ciudadanía. Las Políticas Públicas de los Usos del Tiempo que estamos desarrollando desde el Ayuntamiento convierten a la Administración en un agente activo para que las personas puedan organizar el tiempo de acuerdo con las necesidades de su ciclo vital. También contribuyen a que nuestra sociedad sea más paritaria y equitativa, con el propósito de que las diferencias de género, que en estudios como el presente quedan bien patentes, acaben desapareciendo.

Imma Moraleda

Concejala de Usos del Tiempo



Edición

Ayuntamiento de Barcelona
Sector de Educación, Cultura y Bienestar
Concejalía Usos del Tiempo

Redacción**Silvia Rueda**

Agencia de Salud Pública de Barcelona y Universidad Pompeu Fabra

Lucía Artazcoz

Agencia de Salud Pública de Barcelona y CIBER Epidemiología
y Salud Pública (CIBERESP)

Imma Cortès

Agencia de Salud Pública de Barcelona

Dirección Colección

Ayuntamiento de Barcelona
Dirección Nuevos Usos Sociales del Tiempo
Elena Sintés. Grupo de Investigación de Usos del Tiempo (IERMB)

Diseño gráfico

Estudio Angel Uzkiانو

© de la edición: Ayuntamiento de Barcelona

www.bcn.cat/nust

ÍNDICE

RESUMEN	10
1. INTRODUCCIÓN	12
2. MÉTODOS	15
3. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA POBLACIÓN DE 16 A 64 AÑOS SEGÚN GRUPO DE EDAD	18
3.1. Situación laboral	18
3.2. Roles familiares	19
3.3. La salud	20
3.4. Los comportamientos relacionados con la salud	21
4. LAS PERSONAS DE 16 A 24 AÑOS	24
4.1. Diferencias de género en el tiempo dedicado al trabajo remunerado y al trabajo doméstico	24
4.2. Diferencias de género en la salud	26
4.3. Diferencias de género en las conductas relacionadas con la salud	27
5. LAS PERSONAS DE 25 A 64 AÑOS	28
5.1. Los horarios de trabajo remunerado atípicos	29
Las largas jornadas de trabajo	30
El horario a tiempo parcial	30
El trabajo por turnos	30
Las jornadas irregulares o variables según los días	30
El trabajo nocturno	31
Salud y horarios atípicos	32
Conductas relacionadas con la salud y los horarios atípicos	32
5.2. Las amas de casa y las mujeres empleadas que viven en pareja	33
Tiempo de trabajo total	34
Situación laboral (amas de casa y mujeres empleadas) y estado de salud.	35
Situación laboral (amas de casa y mujeres empleadas) y conductas relacionadas con la salud	36
5.3. Compaginación de la vida laboral y familiar en personas empleadas que viven en pareja	37
Tiempo de trabajo remunerado, tiempo de trabajo doméstico y tiempo de trabajo total	37
Desigualdades de género en la relación de la compaginación de la vida laboral y familiar con el estado de salud	55
Desigualdades de género en la relación de la compaginación de la vida laboral y familiar con los comportamientos relacionados con la salud	41

5.4. Las personas responsables de hogares monomarentales	43
Tiempo de trabajo remunerado, tiempo de trabajo doméstico y tiempo de trabajo total. Comparación con las madres que viven en pareja	44
Estado de salud, madres que viven en pareja y mujeres responsables de hogares monomarentales	44
Conductas relacionadas con la salud, madres que viven en pareja y mujeres responsables de hogares monomarentales	45
6. LAS PERSONAS DE 65 AÑOS O MÁS	47
6.1. Diferencias de género en el tiempo dedicado al trabajo doméstico. Relación con las características de la unidad familiar.	49
6.2. Diferencias de género en la salud. Relación con las características de la unidad familiar	50
6.3. Diferencias de género en la salud. Relación con las características de la unidad familiar	51
7. CONCLUSIONES	53
8. RECOMENDACIONES	55
REFERENCIAS	56

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Promedio de horas semanales de realización de tareas domésticas durante la semana por sexo y grupo de edad. Barcelona, 2006.	20
Figura 2. Prevalencia de mal estado de salud por sexo y grupo de edad. Barcelona, 2006.	20
Figura 3. Promedio de horas diarias dedicadas a la actividad física de ocio por sexo y grupo de edad. Barcelona, 2006. .	22
Figura 4. Promedio de horas de sueño por sexo y grupo de edad. Barcelona, 2006.	23
Figura 5. Promedio de horas semanales dedicadas a las tareas domésticas entre las personas de 16 a 24 años por sexo y clase social. Barcelona, 2006.	25
Figura 6. Promedio de horas semanales dedicadas al trabajo remunerado entre las personas de 16 a 24 años por sexo y situación familiar. Barcelona, 2006.	25
Figura 7. Promedio de horas semanales dedicadas a las tareas domésticas entre las personas de 16 a 24 años por sexo y situación familiar. Barcelona, 2006.	26
Figura 8. Prevalencia de mala salud entre las personas de 16 a 24 años por sexo y clase social. Barcelona, 2006.	27
Figura 9. Tiempo medio dedicado a la actividad física en el tiempo de ocio entre las personas de 16 a 24 años por sexo y situación familiar (en minutos). Barcelona, 2006. .	28
Figura 10. Los horarios de trabajo remunerado atípicos entre las personas asalariadas de 25 a 64 años por sexo y clase social. Barcelona, 2006.	31
Figura 11. Prevalencia de mala salud entre las personas asalariadas de 25 a 64 años por sexo y tipo de jornada. Barcelona, 2006. .	32
Figura 12. Prevalencia de dormir 6 horas o menos al día entre las personas asalariadas de 25 a 64 años por sexo y tipo de jornada. Barcelona, 2006.	33
Figura 13. Promedio de horas semanales de realización de tareas domésticas entre las mujeres de 25 a 64 años que viven en pareja por situación laboral y clase social. Barcelona, 2006.	34
Figura 14. Promedio de horas semanales totales de trabajo entre las mujeres de 25 a 64 años que viven en pareja por situación laboral y clase social. Barcelona, 2006. .	35

Figura 15. Prevalencia de mala salud de las mujeres de 25 a 64 años que viven en pareja por situación laboral y clase social. Barcelona, 2006. .	36
Figura 16. Promedio de horas diarias de sueño de las mujeres de 25 a 64 años que viven en pareja por situación laboral y clase social. Barcelona, 2006. .	37
Figura 17. Promedio de horas semanales dedicadas al trabajo remunerado y a las tareas domésticas entre las personas de 25 a 64 años que viven en pareja por sexo y clase social. Barcelona, 2006.	38
Figura 18. Promedio de horas semanales dedicadas al trabajo remunerado entre las personas de 25 a 64 años que viven en pareja por sexo y tamaño del hogar. Barcelona, 2006.	39
Figura 19. Promedio de horas semanales dedicadas a las tareas domésticas entre las personas de 25 a 64 años que viven en pareja por sexo y número de hijos/as en el hogar. Barcelona, 2006.	40
Figura 20. Prevalencia de mala salud entre las personas de 25 a 64 años que viven en pareja por sexo y clase social. Barcelona, 2006. .	41
Figura 21. Tiempo medio diario dedicado a las actividades físicas entre las personas de 25 a 64 años que viven en pareja por sexo y clase social (en minutos). Barcelona, 2006. .	42
Figura 22. Promedio de horas semanales dedicadas a las tareas domésticas entre las madres de 25 a 64 años por estado civil o de convivencia y clase social. Barcelona, 2006	44
Figura 23. Prevalencia de mala salud de las madres de 25 a 64 años por estado civil o de convivencia y clase social. Barcelona, 2006. .	45
Figura 24. Promedio de horas diarias de sueño de las madres de 25 a 64 años por estado civil o de convivencia y clase social. Barcelona, 2006.	46
Figura 25. Promedio de horas semanales dedicadas a las tareas domésticas entre las personas mayores de 64 años por sexo y clase social. Barcelona, 2006.	48
Figura 26. Promedio de horas semanales dedicadas a las tareas domésticas entre las personas mayores de 64 años por sexo y tipo de hogar. Barcelona, 2006.	49
Figura 27. Prevalencia de mala salud entre las personas mayores de 64 años por sexo y clase social. Barcelona, 2006. .	50
Figura 28. Prevalencia de mala salud entre las personas mayores de 64 años por sexo y convivencia o no con personas con discapacidad. Barcelona, 2006. .	51
Figura 29. Promedio de horas diarias de sueño entre las personas mayores de 64 años por sexo y tipo de hogar. Barcelona, 2006. .	52

RESUMEN

Introducción: toda reflexión sobre los usos del tiempo y su impacto en la salud requiere una perspectiva de género, además de tener en cuenta el papel que desempeñan el nivel socioeconómico y la etapa del ciclo vital. Las personas no eligen de forma libre los usos del tiempo, sino que éstos vienen determinados, en gran medida, por un orden social caracterizado por la división sexual del trabajo y por las oportunidades y recursos derivados de la posición socioeconómica, así como por unos recursos comunitarios que facilitan, en mayor o menor grado, unos usos del tiempo saludables.

Métodos: en el presente estudio se analizan las desigualdades de género y de clase social en los usos del tiempo a lo largo de tres etapas del ciclo vital (personas de 16 a 24 años, de 25 a 64 años, y mayores de 64 años) y su relación con el estado de salud (estado de salud percibido, trastornos ansioso-depresivos y trastornos crónicos) y hábitos relacionados con la salud asociados con la disponibilidad de tiempo propio (práctica de actividad física en el tiempo de ocio y horas de sueño) entre la ciudadanía de Barcelona. En las poblaciones de 16 a 24 años y de 25 a 64 años se examina el tiempo dedicado al trabajo remunerado y al doméstico y familiar, así como su relación con la salud. Entre los mayores de 64 años, el análisis de los usos del tiempo se centra en el ámbito doméstico y familiar.

Resultados: las desigualdades de género en los roles domésticos y familiares se inician desde las edades más tempranas. Las mujeres de todos los grupos de edad y las clases sociales manuales presentan un peor estado de salud, realizan menos ejercicio en el tiempo de ocio y duermen menos horas que los hombres y las clases sociales no manuales. Entre las mujeres más jóvenes, convivir con hijos/as se asocia con un mayor sedentarismo en el tiempo de ocio. Especialmente importantes son las diferencias con respecto al tiempo dedicado a la actividad física vigorosa durante el tiempo de ocio entre los hombres y las mujeres de este grupo de edad. Las amas de casa de 25 a 64 años tienen un peor estado de salud percibido, una mayor prevalencia de dormir 6 horas o menos y de dormir 10 horas o más que las mujeres empleadas. Las personas mayores que conviven con una persona discapacitada presentan una peor salud percibida y una peor salud mental, tanto entre los hombres como entre las mujeres, pero especialmente entre las mujeres.

Recomendaciones: deben promoverse políticas de compaginación de la vida laboral y familiar, tanto en el ámbito laboral como en el extralaboral, y fomentar un uso más saludable del tiempo. En el ámbito laboral, tales estrategias deben superar la concepción tradicional de la división sexual del trabajo para que no tengan efectos adversos en la situación laboral de las mujeres; en el ámbito extralaboral, deben aumentarse los recursos comunitarios para las personas dependientes, y proseguir con la sensibilización sobre las desigualdades de género en la ciudadanía. Además, las intervenciones orientadas a reducir las desigualdades de género en los usos del tiempo y su impacto en la salud deben tener en cuenta el papel fundamental de la clase social.

I. INTRODUCCIÓN

La literatura sobre los usos del tiempo distingue clásicamente cuatro categorías de análisis: el trabajo remunerado, el doméstico y familiar, el tiempo de cuidado personal y el tiempo libre. El tiempo de trabajo remunerado también incluye el tiempo de desplazamiento entre el domicilio y el trabajo. El término «trabajo no remunerado» se refiere a las actividades de cuidado de los hijos/as y de otras personas dependientes, así como a las actividades de cocinar, planchar, comprar... El tiempo de cuidado personal se asocia con el mantenimiento de las funciones del cuerpo: dormir, comer, vestirse, recibir tratamiento médico, etc. El tiempo libre es el resto.^I La investigación feminista señala que el tiempo de ocio resulta especialmente problemático para las mujeres, puesto que en muchas ocasiones las fronteras entre las responsabilidades domésticas no remuneradas y el tiempo libre no están bien definidas.^{II, III} En la práctica, el interés sociológico se ha centrado en la distribución entre el trabajo remunerado, el doméstico y familiar y el tiempo de ocio, lo que exige considerar la división sexual del trabajo.

Paralelamente, desde la salud pública, el análisis de las desigualdades de género en la salud se basa también en la división sexual del trabajo, que asigna a las mujeres un papel protagonista en el trabajo doméstico y familiar, mientras que los hombres adquieren un papel más destacado en el trabajo remunerado y en el ámbito público. La investigación en este terreno se ha basado en un marco de roles en el que los roles familiares –estado civil o de convivencia y ser madre o padre– se consideran de forma central, mientras que la situación laboral desempeña un papel secundario. En la literatura sobre los roles de género y salud han predominado, tradicionalmente, dos modelos: el de la «potenciación de roles» y el de la «sobrecarga de roles». El primero hace hincapié en los beneficios de la combinación de roles, como el estado civil, el hecho de tener hijos/as y la situación laboral, mientras que el segundo se concentra en los efectos negativos derivados de la sobrecarga y del conflicto de roles. No obstante, los resultados de los estudios son contradictorios.^{IV}

Pese a la creciente incorporación de las mujeres al trabajo remunerado, éstas siguen dedicando más tiempo a las tareas domésticas y de cuidado. Ello significa que, en combinación con el trabajo remunerado, la carga de trabajo total de las mujeres es más elevada que la de los hombres.^{V, VI, VII, VIII} Además, se

ha constatado una especialización por género en la distribución de las tareas entre mujeres y hombres. Las mujeres siguen preparando la comida, limpiando, cuidando de los miembros de la familia y comprando, mientras que los hombres realizan tareas más flexibles en el tiempo, como reparaciones en el hogar.^{5, 6, IX, X, XI} La inexistencia de un horizonte final en las tareas que llevan a cabo las mujeres, sumada a su poca capacidad de control sobre tales tareas, puede generar sentimientos de sobrecarga y derivar en situaciones de estrés u otros problemas psicológicos.^{8, XII, XIII}

Pese a que la mayoría de los estudios sobre el impacto que el trabajo remunerado ejerce en la salud han constatado efectos beneficiosos, tanto entre los hombres como entre las mujeres, en comparación con el hecho de no tener un trabajo remunerado,^{XIV} también se ha documentado que los horarios atípicos de trabajo remunerado pueden tener efectos negativos en el bienestar físico y psicológico de las personas. Las largas jornadas de trabajo y los trabajos a tiempo parcial y ocasionales, por ejemplo, se asocian con los roles de género en los que a los hombres les corresponde el mantenimiento económico del hogar, y a menudo deben prolongar sus jornadas, mientras que las mujeres asumen las responsabilidades domésticas y familiares, por lo que en muchas ocasiones deben optar por trabajos a tiempo parcial y ocasionales. Estos tipos de trabajo se asocian con diversos problemas de salud, como hipertensión, trastornos cardiovasculares y músculo-esqueléticos, estrés, depresión o fatiga, y con comportamientos relacionados con la salud, como fumar y consumir alcohol.^{XV, XVI, XVII, XVIII, XIX} Un estudio reciente señalaba la importancia que la obligatoriedad o no de prolongar las jornadas laborales tiene sobre la salud; dicha obligatoriedad puede venir determinada, tanto por la presión ejercida por la empresa, como por las dificultades económicas del trabajador/a.^{XX} Otros horarios atípicos de trabajo remunerado que se asocian con efectos negativos en la salud y el bienestar de las personas incluyen: el trabajo por turnos, las jornadas irregulares y el trabajo nocturno.^{XXI, XXII, XXIII}

Los cambios en los estilos de vida de nuestra sociedad están generando un incremento del sedentarismo y una reducción en las horas de sueño, factores que se han asociado con diversos problemas de salud, tanto físicos como psicológicos. El sedentarismo constituye un factor de riesgo a la hora de contraer enfermedades cardiovasculares, arteriosclerosis, hipertensión o enfermedades respiratorias.^{XXIV} Por otro lado, la falta crónica de sueño constituye un factor de riesgo en el desarrollo de sobrepeso, incrementa la resistencia a la insulina y se asocia con la diabetes tipo 2.^{XXV}

Introducción: toda reflexión sobre los usos del tiempo y su impacto en la salud requiere una perspectiva de género, además de tener en cuenta el papel del nivel socioeconómico y la etapa del ciclo vital. Las personas no eligen de forma libre los usos del tiempo, sino que éstos vienen determinados, en gran medida, por un orden social caracterizado por la división sexual del trabajo y por las oportunidades y recursos derivados de la posición socioeconómica, así como por unos recursos comunitarios que facilitan, en mayor o menor grado, unos usos del tiempo saludables.

El objetivo del presente estudio consiste en analizar los usos del tiempo y la relación entre tales usos y la salud y los comportamientos relacionados con la misma entre la población mayor de 15 años de la ciudad de Barcelona, en un marco combinado de género y clase social. Además, el estudio exige tener en cuenta las distintas etapas del ciclo vital, muy relacionadas con los usos del tiempo, por lo que se consideran tres grupos de edad, que representan las tres grandes etapas vitales, con todas las implicaciones que ello conlleva para la vida personal y laboral de las personas: la juventud (de 16 a 24 años), la madurez (de 25 a 64 años) y la vejez (mayores de 64 años). Sin embargo, el análisis profundiza más detenidamente en el grupo de edad de 25 a 64 años y en el de mayores de 64 años, edades en las que las personas ya disfrutan de una vida independiente en nuestro contexto y en las que la relación entre los usos del tiempo y la salud esta mejor definida.

Se han considerado dos esferas relevantes para el estudio de los usos del tiempo: el trabajo remunerado y los roles familiares. Se han seleccionado tres indicadores de salud (mala salud percibida, mala salud mental y la presencia de uno o más trastornos crónicos) y dos conductas relacionadas con la salud (horas de sueño y actividad física durante el tiempo de ocio). El estudio se estructura del siguiente modo: en el apartado 2 se describen los métodos; en el 3 se efectúa una descripción general de la población objeto de estudio según los grupos de edad; el apartado 4 se centra en las personas de 16 a 24 años; el apartado 5 en las de 25 a 64 años, y el 6 en las personas mayores de 64 años. Finalmente, el estudio presenta una sección de conclusiones y otra de recomendaciones.

2. MÉTODOS

Datos

El presente informe sobre los usos del tiempo y salud se basa en la última Encuesta de Salud de Barcelona (ESB), realizada en el año 2006. La muestra está formada por 5.353 personas mayores de 15 años; de éstas, un 11 % tiene entre 16 y 24 años, un 66 % entre 25 y 64 años, y un 23 % son mayores de 64 años. El 53 % son mujeres.

Variables explicativas

El trabajo remunerado

La variable sobre la «situación laboral» se ha recodificado con arreglo a las siguientes categorías: empleado/a, en paro, labores del hogar, estudiante, incapacidad para trabajar y jubilación. Para medir el «tiempo dedicado al trabajo remunerado» se ha contabilizado el promedio de horas semanales dedicadas a esta actividad. Con respecto a los «tipos de jornada», se han considerado como jornadas laborales atípicas las largas jornadas de trabajo (más de 40 horas a la semana), el horario a tiempo parcial (menos de 30 horas a la semana), el trabajo por turnos, las jornadas irregulares o variables según los días, y el trabajo nocturno. En el análisis de las largas jornadas de trabajo y del horario a tiempo parcial sólo se ha considerado la población asalariada, puesto que los motivos para realizar tales horarios varían considerablemente en relación con los trabajadores/as autónomos. La muestra de estos últimos es insuficiente para efectuar un análisis específico.

Los roles familiares

El «estado civil» comprende las siguientes categorías: soltero/a, casado/a o en pareja, separado/a o divorciado/a y viudo/a. Otras variables que se han considerado para medir los roles familiares incluyen si la persona entrevistada se ocupa principalmente del cuidado de los hijos/as, del cuidado de las personas mayores, del cuidado de personas discapacitadas en el hogar, de la

realización de tareas domésticas y el tiempo semanal dedicado a las mismas, medido en horas.

Las variables empleadas para medir «el trabajo doméstico» se han adecuado a las etapas de la vida de las personas y a nuestro contexto. Así, en el grupo de 16 a 24 años se ha considerado el hecho de «vivir o no en pareja» y de «convivir con hijos/as». Entre las personas de 25 a 64 años, se ha considerado «el tamaño del hogar» (una persona, dos, tres o más) y el «número de hijos/as» (ninguno, uno, dos, tres o más). Por último, entre las personas mayores de 64 años, se ha considerado «el tipo de hogar», puesto que diversos estudios han demostrado que la composición del hogar permite determinar mejor el bienestar de las personas mayores que el estado civil.^{xxvi, xxvii} La tipología del hogar se ha construido a partir del estado civil y la responsabilidad en el hogar, y comprende las cuatro categorías siguientes: personas que viven solas, personas que viven en pareja, personas que no viven en pareja pero que viven con otras personas y son cabeza de familia, y personas que no viven en pareja pero que viven con otras personas y no son cabeza de familia.

En algunos casos, la muestra se ha restringido a las personas que viven en pareja -como es el caso de la comparación entre las amas de casa y las mujeres empleadas- (apartado 5.2) y al análisis de la compaginación de la vida laboral y familiar (apartado 5.3).

La definición de «hogares monomarentales» en la que se basa el presente informe es la de los hogares constituidos por madres de 25 a 64 años que no viven en pareja y que tienen hijos/as dependientes,^{xxviii} en el sentido de que son ellas las que se definen como cabezas de familia del hogar, con independencia del tamaño que éste tenga.

Variables de salud

La información relativa a la «salud percibida» se ha obtenido solicitando a las personas entrevistadas que describieran su salud en general como «excelente», «muy buena», «buena», «regular» o «mala». La variable original se ha dicotomizado, considerando las categorías «regular» y «mala» para indicar una mala salud percibida. La salud percibida representa un amplio indicador del bienestar asociado con la salud, y se ha observado que constituye un buen predictor de la mortalidad, incluso mejor que el diagnóstico.^{xxix, xxx}

La «salud mental» se ha medido a través de la versión en 12 ítems del Cuestionario de Salud General de Goldberg (12-GHQ).^{xxxi} Éste es un instrumento muy utilizado para la detección de desórdenes psiquiátricos de naturaleza ansioso-depresiva.^{xxxii} La variable original se ha recodificado en una dicotómica, tomando los valores superiores a 2 para indicar una mala salud mental.

La prevalencia de «trastornos crónicos» se ha medido a partir de un listado formado por 28 trastornos crónicos y preguntando a las personas entrevista-

das si sufren o han sufrido alguno de dichos trastornos. El listado se ha recodificado, de modo que se ha considerado que una persona sufre trastornos crónicos cuando presenta uno o más de los 28 mencionados.

Variables de comportamientos relacionados con la salud

En la encuesta, el «tiempo de sueño» se ha recodificado con arreglo a tres categorías: dormir 6 horas o menos; dormir entre 7 y 9 horas; y dormir 10 horas o más. Se considera que el tiempo normal de sueño necesario para recuperarse del esfuerzo diario oscila entre las 7 y las 9 horas diarias.

El «sedentarismo» se ha medido preguntando a las personas acerca de su actividad física durante el tiempo de ocio, excluyendo el caminar. La variable original se ha calculado a partir de la adaptación del *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), incluyendo únicamente las actividades moderadas y vigorosas y categorizándolas en cuatro grupos: inactividad (sedentarismo), actividad ligera, actividad moderada y actividad intensa.

También se han medido los «minutos dedicados a las actividades físicas» moderadas y vigorosas durante el tiempo de ocio. Las «actividades físicas moderadas» comprenden: ir en bicicleta, gimnasia, aeróbic, correr, jugar a tenis, natación, patinaje, golf, baile, yoga o similares. Por otro lado, las «actividades físicas vigorosas» son aquéllas que requieren un mayor esfuerzo físico, e incluyen, entre otras: fútbol, baloncesto, jockey, *squash*, artes marciales, montañismo, atletismo, ciclismo de competición, natación de competición o similares.

Análisis estadístico

El informe se basa en un análisis descriptivo. Se han realizado análisis bivariados y multivariados para comprobar la significación estadística de las diferencias observadas en las relaciones estudiadas. Todos los modelos se han ajustado según la edad y clase social, separados por sexo, y en muchas ocasiones también por clase social. Ello significa que, por ejemplo, cuando en el texto se señala que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, tales diferencias no obedecen a la edad ni a la clase social. Hay dos categorías (no manuales y manuales) en las que la clase social se ha construido a partir de la propuesta del Grupo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria,^{xxxiii} esta última basada en la *Clasificación Nacional de Ocupaciones* de 1994. En la Encuesta de Salud de Barcelona se asigna a cada persona la clase social basada en la ocupación a partir de la ocupación actual o anterior de la persona entrevistada; en el caso de las personas que no han trabajado nunca, se asigna la ocupación que desempeña el cabeza o la cabeza de familia.

3. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA POBLACIÓN DE 16 A 64 AÑOS SEGÚN EL GRUPO DE EDAD

3.1. Situación laboral

La situación laboral de la población de Barcelona viene determinada por el ciclo vital, pero con importantes diferencias de género. Entre las personas más jóvenes (de 16 a 24 años), prácticamente la mitad de ellas, tanto si son hombres como mujeres, estudia (49,3 % y 46,9 %, respectivamente), mientras que la otra mitad tiene un trabajo remunerado (43 % y 44 %, respectivamente). Entre las personas de 25 a 64 años, la situación más frecuente consiste en tener un trabajo remunerado; a partir de los 65 años, la mayor parte de las personas están jubiladas. Sin embargo, deben señalarse los siguientes aspectos: entre el grupo de 25 a 64 años hay más hombres que mujeres con un trabajo remunerado (85 % vs. 72,1 %); y la segunda situación más mencionada entre las mujeres de esta edad es la de dedicarse a las labores del hogar (14,8 %). También debe destacarse que entre las personas mayores de 64 años hay más hombres jubilados que mujeres (92,8 % vs. 39,2 %), puesto que la mitad de las mujeres mayores se definen como amas de casa; además, la mayoría de las mujeres mayores que dejaron de trabajar por causas distintas a la jubilación lo hicieron por motivos familiares (63,6 %).

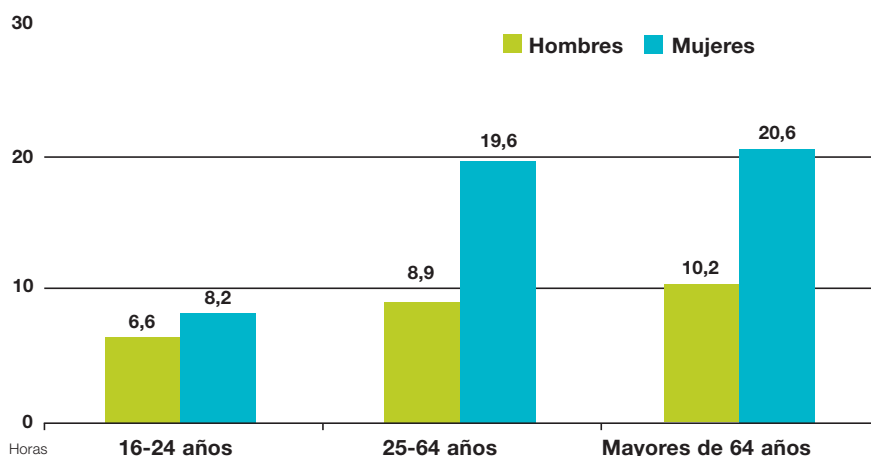
3.2. Roles familiares

La literatura sobre los usos del tiempo señala que las mujeres siguen realizando la mayor parte del trabajo doméstico y de cuidado de los hijos/as y de otras personas dependientes. Las mujeres dedican un tiempo significativamente más elevado que los hombres a las tareas domésticas, al cuidado de familiares y a las compras, mientras que los hombres dedican más tiempo a las tareas de mantenimiento del hogar.^{5, 6, 9, 10, 11} Además, se ha observado que cuando los hombres afirman contribuir al cuidado de los hijos/as o de las personas mayores, las actividades realizadas son menos intensas, tanto psicológica como físicamente.^{xxxiv, xxxv} Por otro lado, diversos estudios indican que el tiempo dedicado a las tareas domésticas y al cuidado de las personas dependientes está relacionado con una mala salud.^{xxxvi, xxxvii}

Las desigualdades de género en los roles domésticos y familiares entre la población estudiada se aprecian en mayor medida en los grupos de edad intermedia y entre las personas mayores, pero especialmente entre las personas de 25 a 64 años. Teniendo en cuenta las características de las estructuras familiares y el abandono tardío de los hogares familiares por parte de los jóvenes de nuestro contexto, son muy pocos los que afirman tener responsabilidades familiares, como encargarse del cuidado de los hijos/as de corta edad y de otras personas dependientes. En cambio, hay más mujeres de 25 a 64 años que hombres de la misma edad que afirman ocuparse ellas solas del cuidado de los menores (el 13,4 % en comparación con el 0,4 % de los hombres), del cuidado de las personas mayores (22,3 % vs. 11,5 %), del cuidado de las personas discapacitadas (44 % vs. 22,9 %) y de la realización de las tareas domésticas (43,2 % vs. 2,7 %). Entre el grupo de personas de más edad, no se observan diferencias significativas en la proporción de hombres y mujeres que se encargan principalmente de las tareas de cuidado y de las tareas domésticas.

El tiempo dedicado a las tareas domésticas aumenta con la edad, tanto entre los hombres como entre las mujeres, pero especialmente entre las mujeres. En todos los grupos de edad se dan diferencias significativas entre los hombres y las mujeres en el tiempo dedicado a las tareas domésticas durante la semana, si bien son menos importantes en el grupo de edad más joven. Así, en total, las mujeres de 25 a 64 años y aquellas mayores de 64 años dedican un promedio de 10 horas más que los hombres de la misma edad a las tareas domésticas durante la semana, mientras que entre las personas de 16 a 24 años tales diferencias son aproximadamente de sólo una hora y media a la semana (*Figura 1*).

Figura 1. Promedio de horas semanales de realización de tareas domésticas durante la semana por sexo y grupo de edad. Barcelona, 2006.

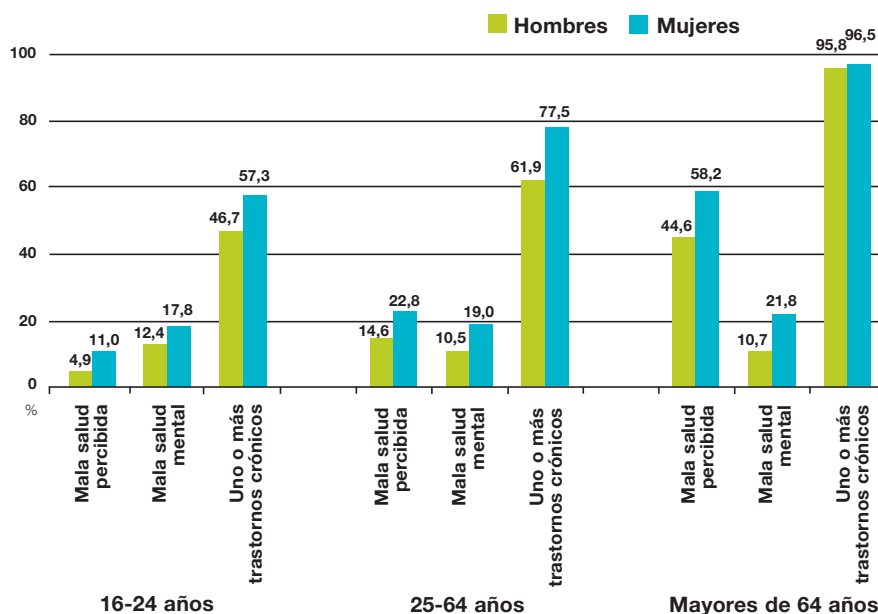


Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

3.3. La salud

El estado de salud es peor entre las mujeres. Además, se agrava con la edad, excepto en el caso de la salud mental (**Figura 2**). Por otro lado, las clases sociales más desfavorecidas, tanto entre los hombres como entre las mujeres de todos los grupos de edad, presentan una peor salud percibida, una peor salud mental y una mayor prevalencia de trastornos crónicos que las personas de clase social no manual.

Figura 2. Prevalencia de mal estado de salud por sexo y grupo de edad. Barcelona, 2006.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

3.4. Los comportamientos relacionados con la salud

La práctica regular de actividad física está relacionada con una menor mortalidad; con un efecto positivo sobre los sistemas cardiovascular, músculo-esquelético, metabólico, endocrino e inmune; y con la reducción del riesgo de desarrollar enfermedades crónicas degenerativas; además, tiene efectos positivos en la calidad de vida y otras variables psicológicas, como la depresión y la ansiedad.^{xxxviii} En edades jóvenes, el ejercicio físico contribuye al desarrollo normal de los huesos y al logro de un peso adecuado, mientras que en edades avanzadas facilita el mantenimiento de una vida autónoma y reduce el riesgo de caídas.^{xxxix, xl}

El sedentarismo, en cambio, se considera uno de los mayores factores de riesgo en el desarrollo de enfermedades cardíacas, e incluso se ha establecido una relación directa entre el estilo de vida sedentario y la mortalidad cardiovascular. Según la Fundación Española del Corazón (FEC), una persona sedentaria corre un mayor riesgo de sufrir arteriosclerosis, hipertensión y enfermedades respiratorias.²⁴ Se ha observado que el sedentarismo prevalece más entre las mujeres que entre los hombres, entre las personas de edad avanzada y entre aquéllas que tienen una posición socioeconómica menos privilegiada. Actualmente se recomienda la realización regular de actividad física para el mantenimiento de un buen estado de salud, con una media de 30 minutos, como mínimo, de actividad física moderada para las personas de todas las edades durante la mayor parte de los días de la semana.^{xli}

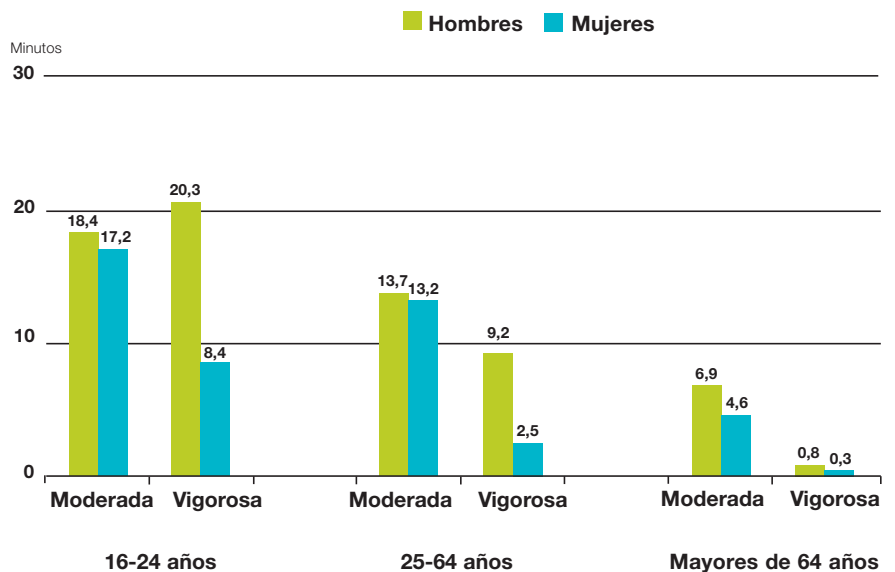
Por otro lado, desde hace décadas, diversos estudios epidemiológicos han observado una asociación entre dormir pocas horas y tener problemas de salud, tanto físicos como psíquicos, e incluso una mortalidad más elevada. La falta crónica de sueño se considera un factor de riesgo con respecto a ganar peso, a la resistencia a la insulina y a la diabetes tipo 2, a una menor tolerancia a la glucosa y a concentraciones bajas de tirotrópina.^{xlii, 25} Además, supera al consumo de alcohol y de drogas como la mayor causa prevenible de accidentes en cualquier medio de transporte. Sin embargo, sólo recientemente se ha comenzado a hablar de una relación en forma de U entre las horas de sueño y la salud, generando un debate sobre la cantidad óptima de sueño que las personas necesitamos.^{xliii, xliv} Tanto el hecho de dormir pocas horas (menos de 7), como de dormir muchas (más de 9) se asocia con depresión, problemas coronarios, hipertensión o diabetes,^{xlv, xlvi, xlvi} pero en el caso de dormir muchas horas hay una causalidad inversa; es decir, las personas con problemas de salud tienden a dormir más horas. Se ha documentado que las largas horas de sueño se dan con mayor frecuencia entre las personas de edad avanzada^{xlviii} y entre las clases sociales menos privilegiadas.^{xlix}

En la población estudiada, conforme aumenta la edad, aumenta el sedentarismo, disminuye el tiempo dedicado a la actividad física en el tiempo de ocio y disminuyen las horas de sueño. Las mujeres de todas las edades también presentan peores resultados en la totalidad de estos indicadores. El sedentarismo sigue un gradiente por edad y clase social, siendo superior entre las

mujeres en todos los grupos de edad y en las dos clases sociales. Cuando se excluye del análisis la actividad de caminar, más de la mitad de las mujeres de todas las edades son sedentarias, pero especialmente las de clase manual y las de edad más avanzada. Así, el grueso más importante de personas sedentarias se sitúa entre las mujeres mayores de 64 años de clase manual (89 %), mientras que el porcentaje más bajo de sedentarismo se da entre los hombres jóvenes de clase no manual (36 %), en el otro extremo.

Los hombres dedican más tiempo a las actividades físicas vigorosas durante el tiempo de ocio en los grupos de edad de 16 a 24 años y de 25 a 64 años, mientras que en dichos grupos de edad no se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto al tiempo dedicado a las actividades físicas moderadas. Especialmente importante es la diferencia existente en el grupo más joven, donde los hombres dedican diariamente, por término medio, unos 12 minutos más que las mujeres de la misma edad a la actividad física vigorosa durante el tiempo de ocio. En cambio, entre las personas mayores de 64 años, sólo se aprecian diferencias significativas por sexo en el tiempo dedicado a las actividades físicas moderadas durante el tiempo de ocio, puesto que el empleado en las actividades vigorosas es muy reducido en ambos sexos (**Figura 3**). También emergen diferencias por clase en el tiempo dedicado a la actividad física de ocio. Así, en los grupos de 16 a 24 años y de 25 a 64 años, las clases no manuales dedican más tiempo a las actividades físicas, tanto moderadas como vigorosas, durante el tiempo de ocio, mientras que entre las personas mayores de 64 años tales diferencias sólo se dan con respecto a la actividad física moderada.

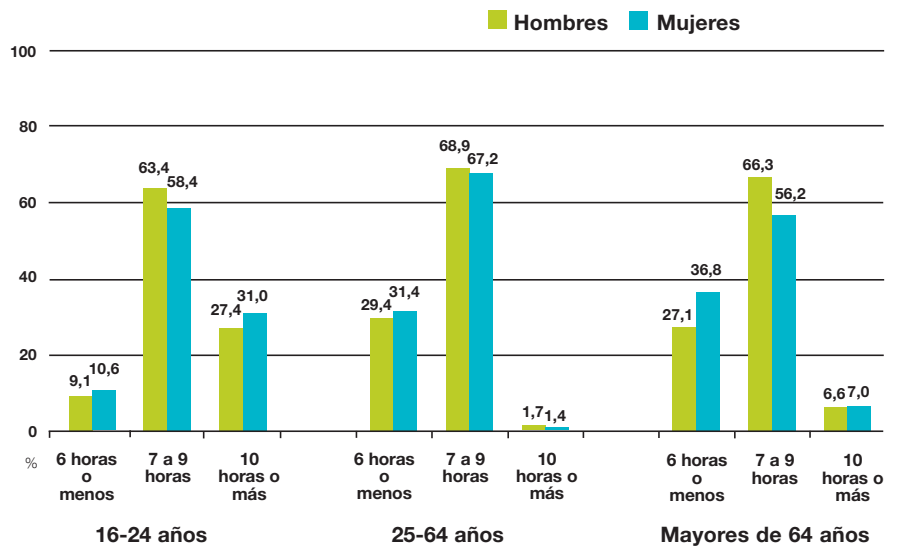
Figura 3. Horas diarias dedicadas a la actividad física de ocio por sexo y grupos de edad. Barcelona, 2006.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

La mayor parte de las personas de todos los grupos de edad afirman dormir entre 7 y 9 horas diarias; sin embargo, mientras que la segunda respuesta más frecuente en el grupo de edad más joven es la de dormir 10 horas o más, entre las personas de 25 a 64 años y entre las mayores de 64 años predomina la de dormir 6 horas o menos. Por otro lado, las diferencias por sexo sólo son significativas entre las personas mayores de 64 años: las mujeres de esta edad que afirman dormir 6 horas o menos al día superan en aproximadamente el 10 % a los hombres de la misma edad (**Figura 4**). En cambio, las diferencias por clase se dan tanto entre el grupo de 25 a 64 años como entre el grupo de mayores de 64 años, de modo que hay más personas de clase manual que de clase no manual que duermen un promedio de 6 horas o menos al día entre estos dos grupos de edad.

Figura 4. Promedio de horas de sueño por sexo y grupo de edad. Barcelona, 2006.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

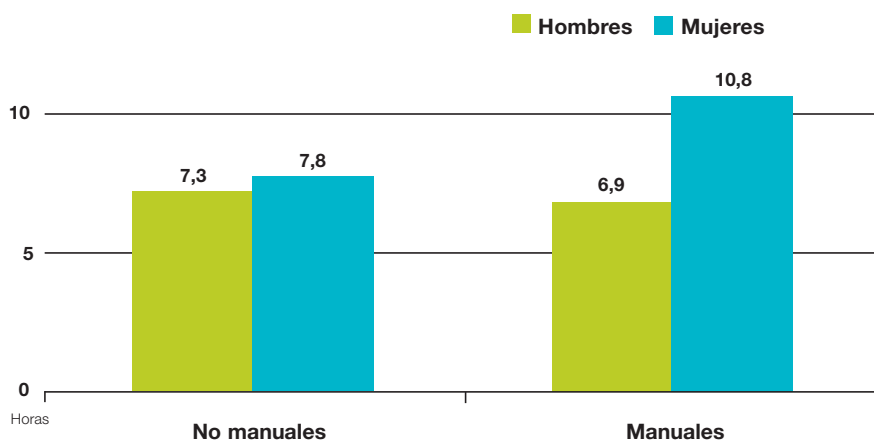
4. LES PERSONES DE 16 A 24 ANYS

4.1. Diferencias de género en el tiempo dedicado al trabajo remunerado y al trabajo doméstico

Las personas de 16 a 24 años dedican una media semanal de 34,5 horas al trabajo remunerado y de 7,55 horas al trabajo doméstico. Si bien existen diferencias significativas por sexo y clase social con relación al tiempo dedicado al trabajo doméstico, con respecto al trabajo remunerado no hay ninguna. El trabajo doméstico en el grupo de edad más joven, medido a partir del hecho de vivir o no en pareja y de convivir o no con hijos/as, explica de forma significativa el tiempo dedicado a las tareas domésticas entre las mujeres, pero no entre los hombres. Por otro lado, entre los hombres jóvenes, el hecho de tener hijos/as y de vivir en pareja explican de forma significativa el tiempo dedicado al trabajo remunerado, relación que no se da entre las mujeres de la misma edad.

Las mujeres de 16 a 24 años dedican un promedio de una hora y media más a las tareas domésticas durante la semana que los hombres de la misma edad. Las diferencias más importantes en el tiempo dedicado a las tareas domésticas entre hombres y mujeres se dan entre las clases manuales, de forma que las mujeres jóvenes de las clases manuales dedican un promedio aproximado de 4 horas semanales más a las tareas domésticas que los hombres de las clases manuales. En cambio, entre las personas jóvenes de clases no manuales, si bien las mujeres siguen dedicando más tiempo a las tareas domésticas durante la semana que los hombres, la diferencia se reduce a unos cuarenta minutos, aproximadamente (**Figura 5**).

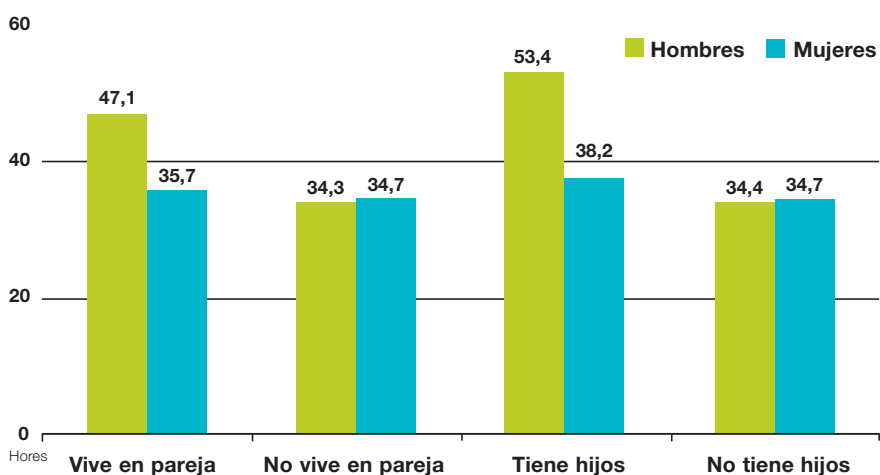
Figura 5. Promedio de horas semanales dedicadas a las tareas domésticas entre las personas de 16 a 24 años por sexo y clase social. Barcelona, 2006.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Los hombres jóvenes que conviven con hijos/as trabajan un promedio de 19 horas semanales más que los hombres que no los tienen, y los que viven en pareja trabajan un promedio de 12,8 horas semanales más que los que no viven en pareja, variables que no se asocian con el tiempo que las mujeres jóvenes dedican al trabajo remunerado (**Figura 6**).

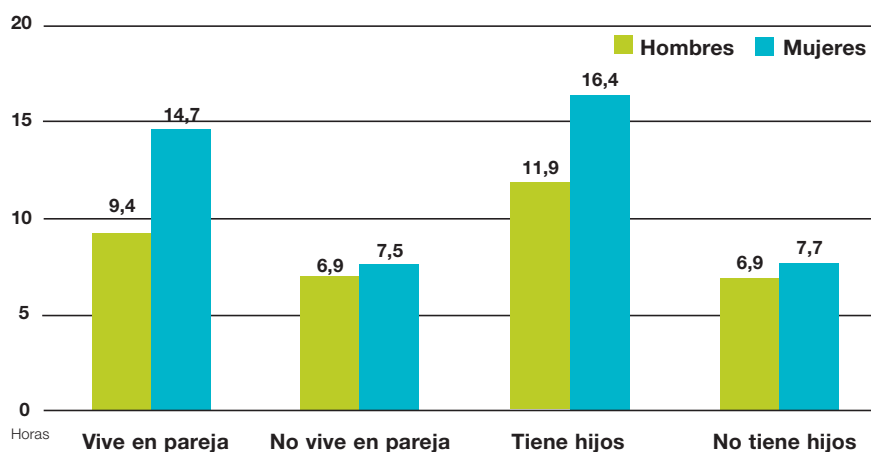
Figura 6. Promedio de horas semanales dedicadas al trabajo remunerado entre las personas de 16 a 24 años por sexo y situación familiar. Barcelona, 2006.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Por otro lado, las mujeres jóvenes que tienen hijos/as dedican un promedio de 8,8 horas semanales más a las tareas domésticas que las mujeres que no los tienen, y las que viven en pareja dedican un promedio de 7,2 horas más a las tareas domésticas que las mujeres que no viven en pareja, variables que no se asocian con el tiempo que los hombres de la misma edad dedican a las tareas domésticas (**Figura 7**).

Figura 7. Promedio de horas semanales dedicadas a las tareas domésticas entre las personas de 16 a 24 años por sexo y situación familiar. Barcelona, 2006.

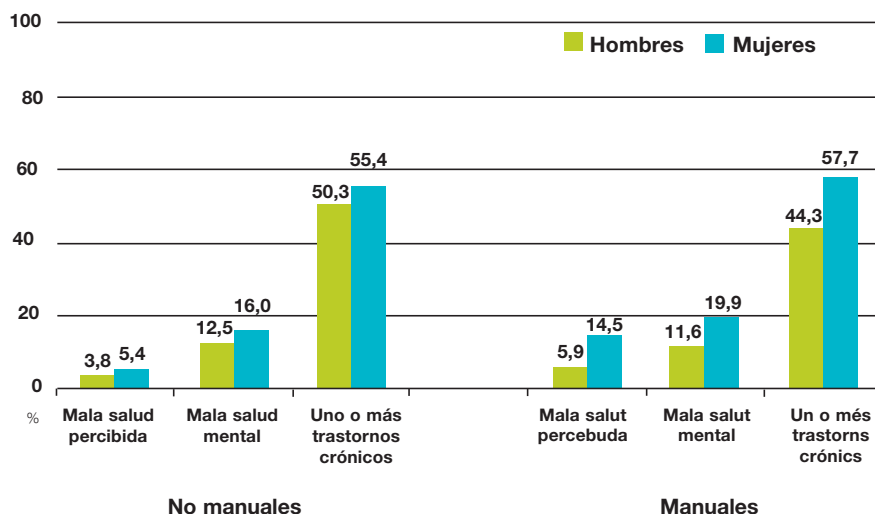


Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

4.2. Diferencias de género en la salud

Las mujeres jóvenes tienen una peor salud percibida, una peor salud mental y una mayor prevalencia de trastornos crónicos que los hombres de la misma edad. Entre las mujeres, las clases manuales también presentan unos resultados peores en todos los indicadores de salud analizados, relación que no se da entre los hombres (**Figura 8**). Entre los hombres jóvenes, el hecho de tener hijos/as se asocia de forma significativa con una peor salud percibida, mientras que entre las mujeres de la misma edad el hecho de vivir en pareja se asocia con una menor prevalencia de trastornos crónicos.

Figura 8. Prevalencia de mala salud entre las personas de 16 a 24 años por sexo y clase social. Barcelona, 2006.

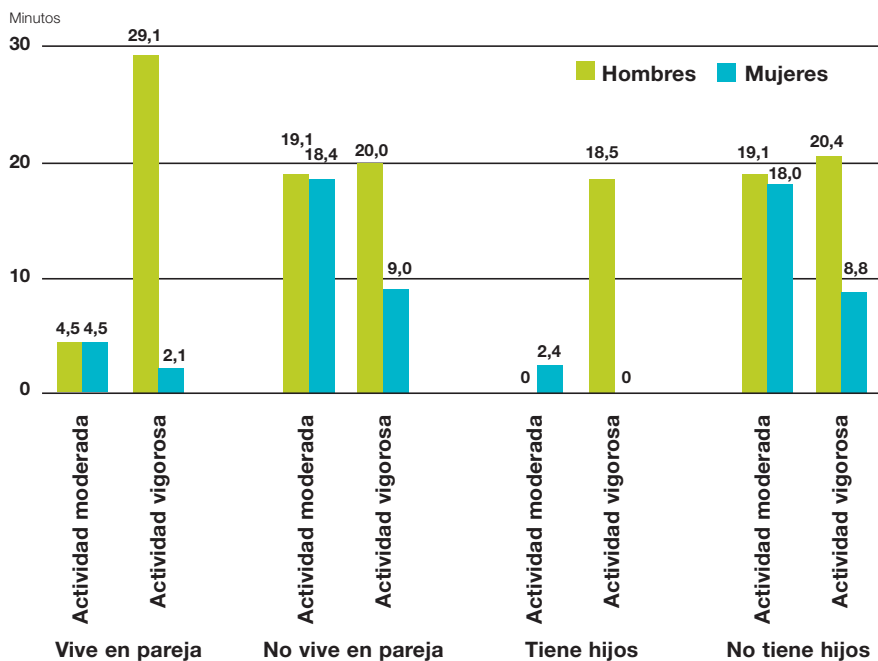


Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

4.3. Diferencias de género en las conductas relacionadas con la salud

No se aprecian diferencias significativas en el tiempo diario de sueño entre hombres y mujeres, pero las mujeres jóvenes presentan resultados más negativos en el nivel de sedentarismo (56,7 % vs. 37,2 %) y en el tiempo dedicado a las actividades físicas vigorosas durante el tiempo de ocio (8,37 minutos vs. 20,34 minutos) que los hombres de la misma edad. Las clases manuales de 16 a 24 años son más sedentarias y dedican menos tiempo a las actividades físicas de ocio que las clases no manuales. El hecho de convivir con hijos/as se asocia de forma significativa con un mayor grado de sedentarismo y con una menor dedicación a las actividades físicas de ocio entre las mujeres jóvenes, mientras que el hecho de vivir en pareja no se asocia con ninguna de las conductas relacionadas con la salud en este colectivo. Por otro lado, ni el hecho de tener hijos/as ni de vivir en pareja se asocian de forma significativa con ninguno de los indicadores de comportamientos relacionados con la salud entre los hombres de 16 a 24 años (**Figura 9**).

Figura 9. Promedio de tiempo dedicado a la actividad física en el tiempo de ocio entre las personas de 16 a 24 años por sexo y situación familiar (en minutos). Barcelona, 2006.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

5. LAS PERSONAS DE 25 A 64 AÑOS

5.1. Los horarios de trabajo remunerado atípicos

Diversos estudios sobre los horarios de trabajo remunerado atípicos han documentado que las jornadas de trabajo prolongadas se asocian con un amplio abanico de problemas de salud, como hipertensión, trastornos cardiovasculares y músculo-esqueléticos, estrés, depresión, falta de ejercicio físico o fatiga,^{16, 17, 20} y que pueden incrementar el riesgo de sufrir sobrepeso, de fumar y de consumir alcohol.^{18, 19} Además, se ha observado que las jornadas de trabajo prolongadas se asocian con un incremento del conflicto trabajo-familia.⁴

Aunque en algunos casos el trabajo a tiempo parcial puede facilitar la compaginación de las esferas familiar y laboral, muchas veces las condiciones de trabajo son peores. En Europa, el trabajo a tiempo parcial se concentra en un reducido número de empleos que en gran parte son poco cualificados, están mal pagados, resultan monótonos y ofrecen pocas oportunidades de promoción.⁴ Estudios realizados en Estados Unidos indican que las personas que trabajan a tiempo parcial suelen ganar menos por hora, aun teniendo en cuenta el nivel de estudios, la experiencia y otros factores relevantes.⁴¹ Además, el trabajo a tiempo parcial suele asociarse con una inestabilidad laboral.⁵¹

Las largas jornadas de trabajo y el trabajo a tiempo parcial vienen determinados, en gran medida, por los roles que suelen asignarse a los hombres y a las mujeres en la unidad familiar. Mientras que los hombres, tradicionalmente considerados como los sustentadores principales del hogar, suelen prolongar la jornada laboral cuando crece la unidad familiar, las mujeres tienden a optar por el trabajo a tiempo parcial para poder asumir su responsabilidad principal en el ámbito doméstico y familiar.

El trabajo por turnos, las jornadas irregulares y el trabajo nocturno también se han asociado con efectos negativos en la salud y el bienestar de las perso-

nas. Así, se ha observado que estos tipos de trabajo aumentan la probabilidad de sufrir alteraciones del sueño y de los hábitos alimentarios, problemas gastrointestinales, como colitis o úlceras; problemas neuropsiquiátricos, como fatiga crónica, ansiedad o depresión; problemas cardiovasculares, como hipertensión o cáncer de mama entre las mujeres.^{21, 22, 23}

Las personas de la muestra de 25 a 64 años que son asalariadas y tienen un trabajo remunerado trabajan un promedio de 39,8 horas semanales, con una diferencia significativa en la cantidad de tiempo dedicado al trabajo remunerado según el sexo. Los hombres en edad laboral asalariados dedican un promedio de 5,6 horas más a la semana al trabajo remunerado que las mujeres de la misma edad (42,5 horas vs. 36,9 horas). Con respecto al tipo de jornada, la más frecuente en los dos sexos es la jornada partida (52,1 % de los hombres y 43,2 % de las mujeres), seguida de la jornada continua por la mañana o la tarde (37,5 % de las mujeres y 23,8 % de los hombres). Seguidamente se describe la distribución de los horarios de trabajo atípicos por sexo y por clase social entre las personas de 25 a 64 años que son asalariadas y tienen un trabajo remunerado (**Figura 10**), para posteriormente comparar la salud y las conductas relacionadas con la salud de las personas que tienen horarios laborales atípicos con las que tienen horarios laborales estándar.

Las largas jornadas de trabajo

Según se ha comentado anteriormente, se aprecian diferencias significativas en la realización de más de 40 horas semanales de trabajo remunerado por sexo. Más del doble de hombres que de mujeres de 25 a 64 años que tienen un trabajo asalariado realizan largas jornadas de trabajo (35,6 % de hombres vs. 14,8 % de mujeres). En cambio, no existen diferencias significativas por clase social.

El horario a tiempo parcial

El horario a tiempo parcial es más frecuente entre las mujeres asalariadas que entre los hombres en la misma situación, y también entre las clases manuales. Así, un 37 % de las mujeres y un 19,1 % de los hombres tienen un trabajo a tiempo parcial, un tipo de jornada que llega a constituir un 48 % entre las mujeres de clase manual, en comparación con sólo un 18,1 % entre los hombres asalariados no manuales, en el otro extremo.

El trabajo por turnos

Tal y como sucede con las jornadas de trabajo prolongadas, el trabajo por turnos es significativamente más frecuente entre los hombres que entre las mujeres, con un 6,3 % de los hombres y un 3,6 % de las mujeres asalariadas de 25 a 64 años, respectivamente. Este tipo de jornada también es significativamente más frecuente entre las clases manuales que entre las no manuales, con un 8,3 % de los hombres de clase manual asalariados con un trabajo por turnos, en comparación con un 2,1 % de las mujeres no manuales, en el otro extremo.

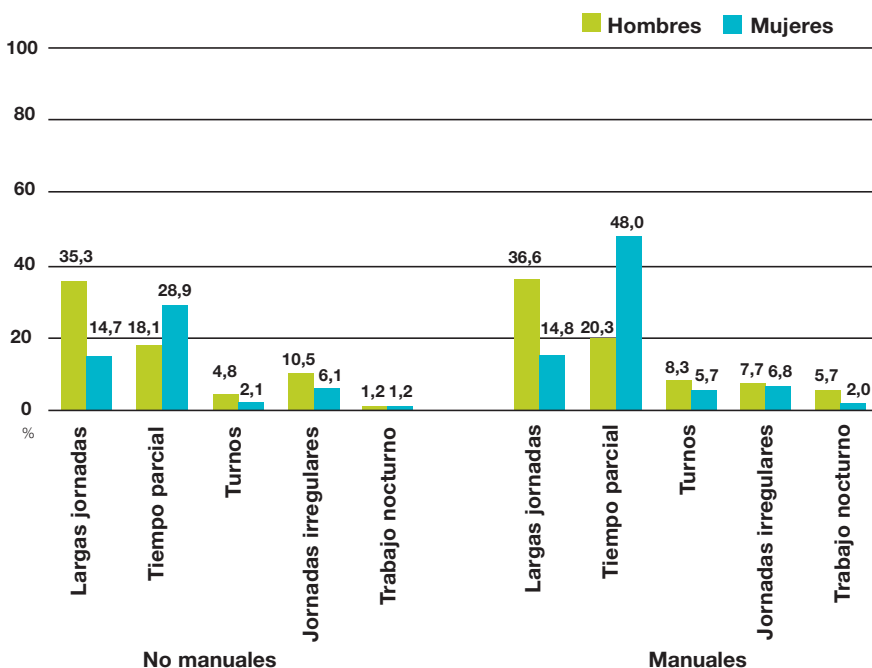
Las jornadas irregulares o variables según los días

Las jornadas irregulares o variables según los días también son significativamente más frecuentes entre los hombres que entre las mujeres, pero no se aprecian diferencias significativas por clase. Este tipo de jornada se da en un 9,2 % de los hombres asalariados de 25 a 64 años, en comparación con un 6,4 % de las mujeres en la misma situación.

El trabajo nocturno

El trabajo nocturno constituye el tipo de jornada laboral menos frecuente entre la población estudiada. No obstante, se observan diferencias significativas, tanto por sexo como por clase social. Un 3,2 % de los hombres asalariados de 25 a 64 años trabajan de noche, en comparación con un 1,5 % de las mujeres. Ahora bien, las clases manuales también son las que realizan este tipo de jornada con mayor frecuencia, con un máximo de un 5,7 % de los hombres manuales asalariados en esta situación, en comparación con un 1,2 %, tanto de las mujeres como de los hombres no manuales, en el otro extremo.

Figura 10. Los horarios de trabajo remunerado atípicos entre las personas asalariadas de 25 a 64 años por sexo y clase social. Barcelona, 2006.



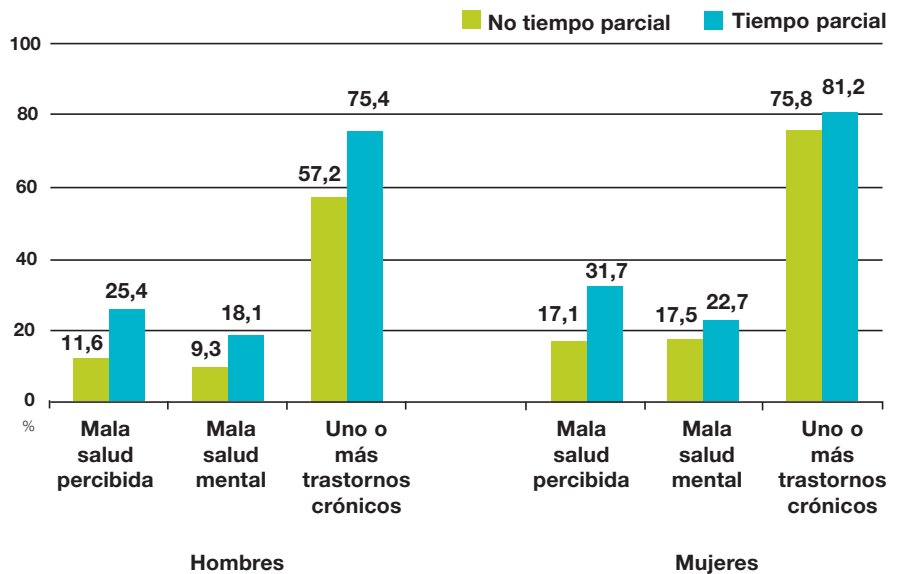
Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Salud y horarios atípicos

Los hombres con horario a tiempo parcial tienen una peor salud percibida, una peor salud mental y una mayor prevalencia de uno o más trastornos crónicos que los hombres que no tienen horario a tiempo parcial, mientras que entre las mujeres ello sólo se asocia de forma significativa con el hecho de tener una mala salud percibida (**Figura 11**). Estas constataciones se explican por un efecto de causalidad inversa: la mala salud determina el hecho de reducir las horas de trabajo.

Por otro lado, los hombres que trabajan por turnos y las mujeres con jornadas irregulares presentan una menor prevalencia de mala salud percibida que los que no trabajan por turnos (5,4 % vs. 14,9 %) y que las que no tienen jornadas irregulares (13,4 % vs. 23,1 %), respectivamente, lo que también se explicaría por un efecto de causalidad inversa: para trabajar en dichos turnos hay que disfrutar de una buena salud.

Figura 11. Prevalencia de mala salud entre las personas asalariadas de 25 a 64 años, por sexo y tipo de jornada. Barcelona, 2006.



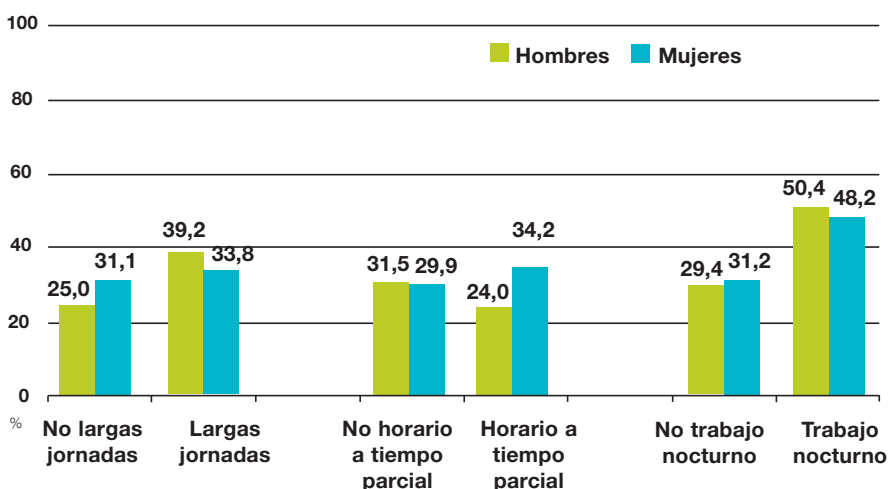
Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Conductas relacionadas con la salud y horarios atípicos

Las personas que trabajan largas jornadas y las que tienen un trabajo nocturno presentan una mayor prevalencia de dormir 6 horas o menos diarias que las personas que no tienen jornadas irregulares. Así, un 39,2 % de los hombres y un 33,8 % de las mujeres que tienen jornadas laborales superiores a las 40 horas semanales afirman dormir 6 horas o menos diarias, prevalencias que sólo son de un 25 % entre los hombres y de un 31,1 % entre las muje-

res que dedican menos de 40 horas semanales al trabajo remunerado. Sin embargo, lo más importante es la diferencia en la prevalencia de dormir 6 horas o menos al día entre las personas con un trabajo nocturno y aquéllas con un horario diurno. Un 50,4 % de los hombres y un 48,2 % de las mujeres con horario nocturno duermen 6 horas o menos al día, en comparación con un 29,4 % de los hombres y un 31,2 % de las mujeres con horarios diurnos. Entre las mujeres, el horario a tiempo parcial también se asocia con una mayor prevalencia de dormir 6 horas o menos diarias (34,2 % entre las que tienen un trabajo a tiempo parcial vs. 29,9 % entre las que no tienen un trabajo a tiempo parcial), relación que no existe entre los hombres (**Figura 12**). Por otro lado, el trabajo por turnos y las jornadas irregulares o variables según los días no se asocian de forma significativa con las horas diarias de sueño.

Figura 12. Prevalencia de dormir 6 horas o menos al día entre las personas asalariadas de 25 a 64 años por sexo y tipo de jornada. Barcelona, 2006.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

5.2. Amas de casa y mujeres empleadas que viven en pareja

Numerosos estudios han documentado un mejor estado de salud entre las mujeres empleadas que entre las amas de casa.^{LIII, LIV, LV, LVI} Algunos de los beneficios que se asocian con el trabajo remunerado incluyen: las oportunidades para desarrollar la propia autoestima y la confianza en la propia capacidad de decidir, el apoyo social para personas que de otro modo estarían aisladas, y la vivencia de experiencias que proporcionan satisfacción.^{LVII} Además, el salario aporta a las mujeres independencia económica, al tiempo que incrementa su poder en la unidad familiar. Sin embargo, el exceso de trabajo y las dificul-

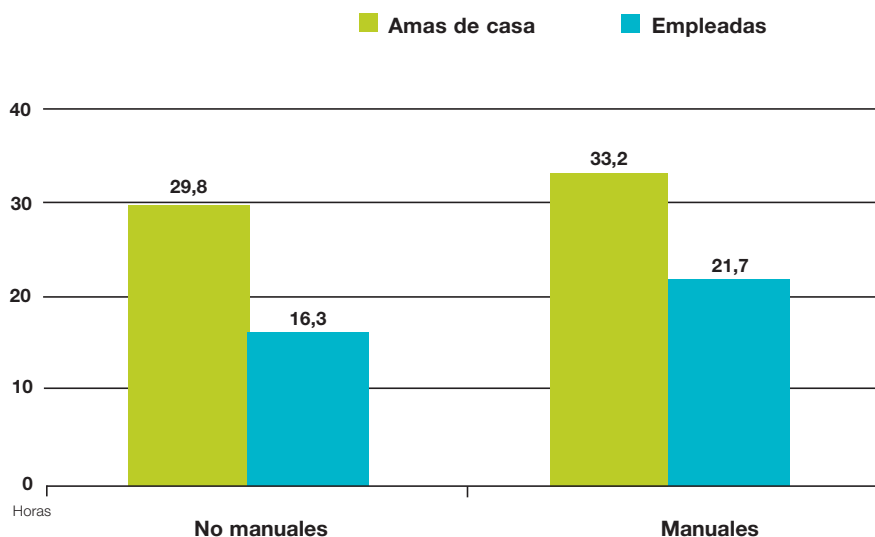
tades para compaginar la vida laboral y familiar pueden tener un efecto negativo en la salud de las mujeres empleadas, sobre todo en las de las clases sociales más desfavorecidas.^{LVIII} Diversos estudios han constatado que una mayor dedicación a las tareas domésticas se asocia con una peor salud entre las mujeres, mientras que no sucede lo mismo con el tiempo dedicado al cuidado de los hijos/as.^{36, LX} Por otro lado, se ha documentado que el hecho de disponer de una persona contratada para las tareas domésticas resulta positivo para las mujeres que deben compaginar responsabilidades familiares y laborales, pero no se asocia con la salud de los hombres.^{LX}

A menudo, las dificultades para compaginar la vida laboral y familiar se superan disminuyendo el tiempo de sueño o de ejercicio físico durante el tiempo de ocio. En un estudio realizado en la población de Cataluña se observaba que, mientras que las amas de casa tenían un peor estado de salud, las mujeres empleadas con responsabilidades familiares dormían menos horas y practicaban ejercicio físico en el tiempo de ocio con menor frecuencia.⁵⁶

Tiempo de trabajo total

Las amas de casa de 25 a 64 años que viven en pareja dedican más tiempo a las tareas domésticas que las mujeres empleadas del mismo grupo de edad y situación familiar. Las amas de casa dedican un promedio de 32,05 horas a la semana a las tareas domésticas, mientras que entre las mujeres empleadas esta cifra se reduce hasta las 18,22 horas a la semana. Además, existen diferencias significativas por clase social en el tiempo dedicado a las tareas domésticas entre las mujeres empleadas, mientras que tales diferencias no son significativas entre las amas de casa. Así, según se aprecia en la **Figura 13**, las mujeres empleadas manuales dedican un promedio aproximado de cinco horas y media más a las tareas domésticas a la semana que las mujeres ocupadas no manuales.

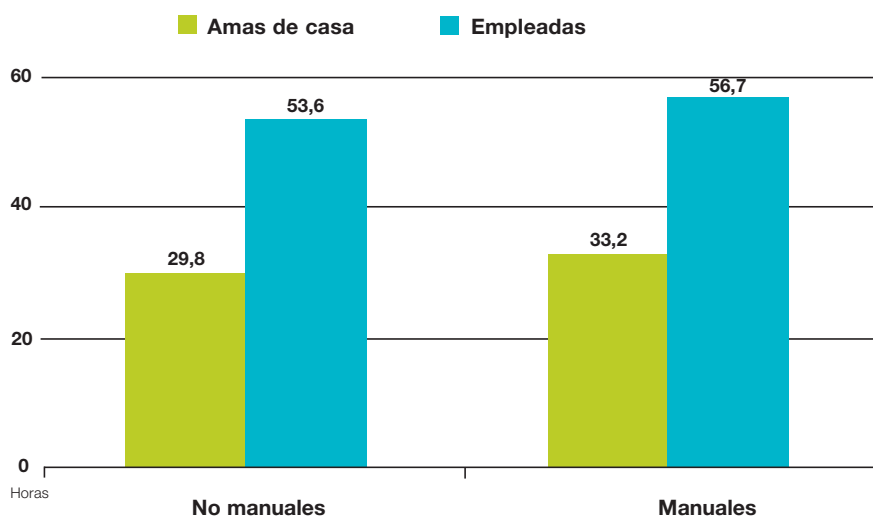
Figura 13. Promedio de horas semanales de realización de tareas domésticas durante la semana entre las mujeres de 25 a 64 años que viven en pareja por situación laboral y clase social. Barcelona, 2006.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

No obstante, a las horas de tareas domésticas que realizan las mujeres empleadas deben sumarse las horas de trabajo remunerado, que representan un promedio de 36,5 horas semanales. En total, por lo tanto, las mujeres empleadas dedican un promedio de 54,7 horas semanales al trabajo total. Y aunque, por término medio, las mujeres empleadas de clase manual dedican menos tiempo al trabajo remunerado que las mujeres empleadas de clase no manual (35 horas vs. 37,3 horas), al sumar las horas de tareas domésticas, las mujeres ocupadas de clase manual dedican más horas semanales al trabajo total (56,7 horas semanales, en comparación con 53,6 horas semanales entre las mujeres ocupadas no manuales) **(Figura 14)**.

Figura 14. Promedio de horas semanales totales de trabajo entre las mujeres de 25 a 64 años que viven en pareja por situación laboral y clase social. Barcelona, 2006.

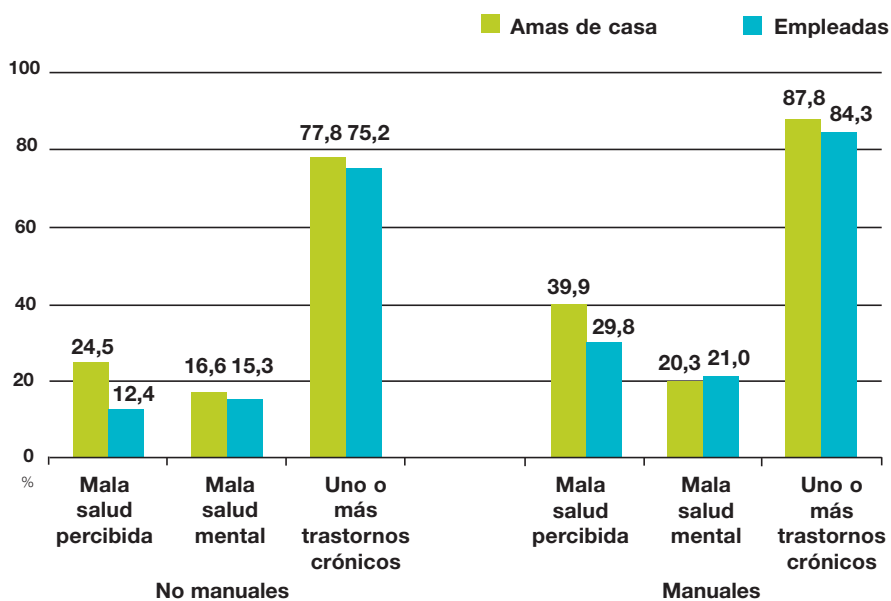


Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Situación laboral (amas de casa y mujeres empleadas) y estado de salud

Las amas de casa tienen una peor salud percibida que las mujeres empleadas, mientras que no existen diferencias significativas en la prevalencia de una mala salud mental y en la presencia de uno o más trastornos crónicos. Por otro lado, entre las mujeres empleadas, las de las clases manuales tienen una peor salud percibida, una peor salud mental y una mayor prevalencia de trastornos crónicos que las mujeres empleadas de clase no manual, mientras que entre las amas de casa sólo se aprecian diferencias significativas por clase social con respecto a la mala salud percibida **(Figura 15)**.

Figura 15. Prevalencia de mala salud de las mujeres de 25 a 64 años que viven en pareja por situación laboral y clase social. Barcelona, 2006.

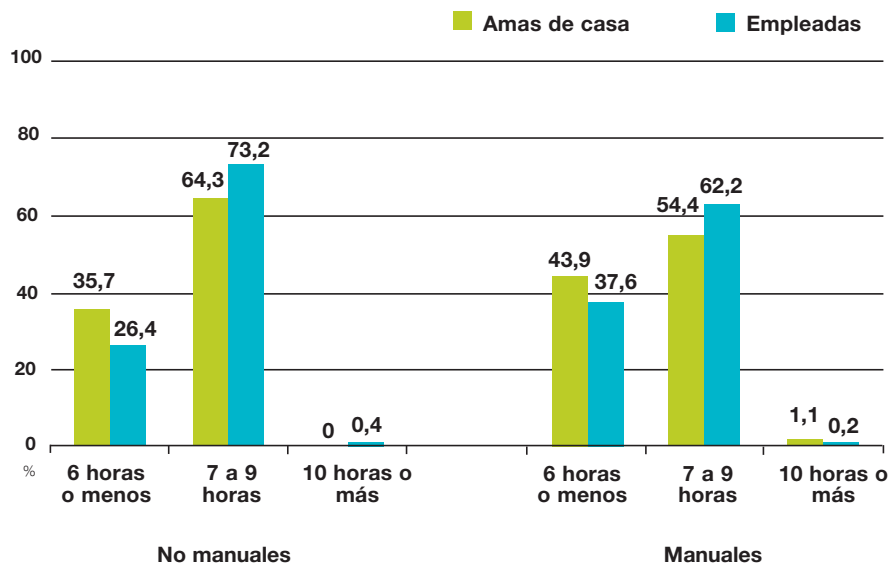


Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Situación laboral (amas de casa y mujeres empleadas) y conductas relacionadas con la salud

Se aprecian diferencias significativas entre las amas de casa y las mujeres empleadas que viven en pareja en las horas diarias de sueño. Hay más amas de casa que mujeres empleadas que afirman dormir 6 horas o menos (40,9 % vs. 30,4 %) y también hay más amas de casa que mujeres empleadas que duermen 10 horas o más (1,4 % vs. 0,3 %). La **Figura 16** muestra la distribución de las horas de sueño por situación laboral y clase social entre las mujeres de 25 a 64 años que viven en pareja. Mientras que entre las mujeres empleadas existen diferencias de clase en las horas de sueño, éstas no se dan entre las amas de casa. Hay más mujeres empleadas de clase manual que mujeres empleadas de clase no manual que afirman dormir 6 horas o menos (37,6 % vs. 26,4 %).

Figura 16. Promedio de horas diarias de sueño de las mujeres de 25 a 64 años que viven en pareja por situación laboral y clase social. Barcelona, 2006.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

No se aprecian diferencias significativas en el grado de sedentarismo entre las amas de casa y las mujeres empleadas que viven en pareja (74,2 % vs. 73 %), ni en el tiempo dedicado a la actividad física moderada (11 vs. 12,3 minutos diarios) o vigorosa (2,5 vs. 2 minutos diarios) durante el tiempo de ocio. En cambio, sí que se observan diferencias de clase en cualquier situación laboral. Así, las mujeres de clase manual son las más sedentarias, tanto entre las amas de casa (80,5 % vs. 61,8 % entre las no manuales), como entre las empleadas (82,9 % vs. 67,3 % entre las no manuales); las que menos tiempo diario dedican a la actividad física moderada durante el tiempo de ocio, tanto entre las amas de casa (7,8 minutos vs. 17,5 minutos entre las no manuales), como entre las empleadas (6,5 minutos vs. 15,7 minutos entre las no manuales); y las que menos tiempo dedican a la actividad física vigorosa durante el tiempo de ocio entre las mujeres ocupadas (0,8 minutos vs. 2,7 minutos entre las no manuales).

5.3. Compaginación de la vida laboral i familiar en personas empleadas que viven en pareja

Tiempo de trabajo remunerado, tiempo de trabajo doméstico y tiempo de trabajo total

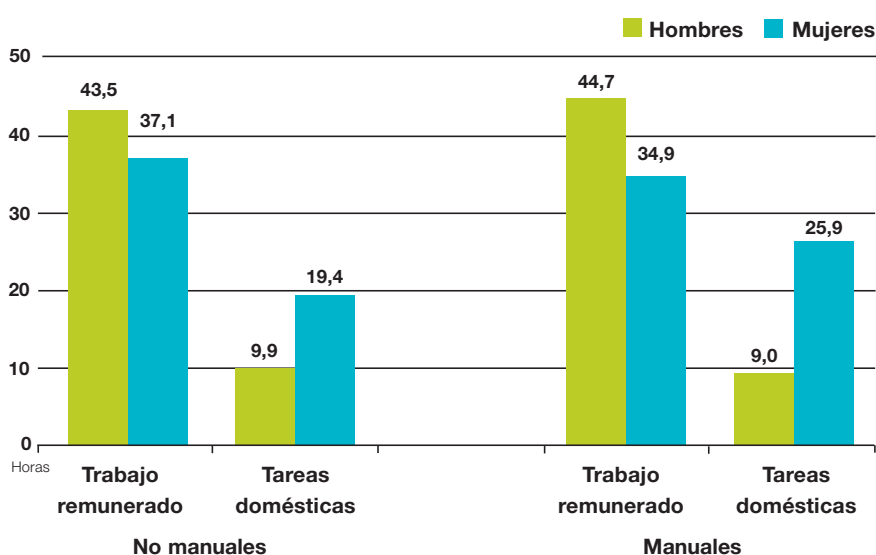
Las mujeres del grupo de 25 a 64 años que viven en pareja dedican menos tiempo al trabajo remunerado y más tiempo a las tareas domésticas que los

hombres en la misma situación familiar. Ahora bien, si sumamos las horas totales de trabajo remunerado y de trabajo doméstico, las mujeres dedican a ello más horas semanales que los hombres. Además, la clase social y las características familiares sólo explican de forma significativa la cantidad de tiempo dedicado a las tareas domésticas entre las mujeres.

Los hombres dedican al trabajo remunerado un promedio aproximado de 7 horas y media más a lo largo de la semana que las mujeres (43,9 vs. 36,4 horas semanales), mientras que las mujeres dedican un promedio aproximado de 13 horas más a las tareas domésticas a lo largo de la semana que los hombres (22,3 vs. 9,5 horas semanales). Considerando las horas totales de trabajo, las mujeres realizan 5 horas más a la semana que los hombres (58,7 vs. 53,5).

Entre las mujeres también se aprecian diferencias significativas por clase en el tiempo dedicado, tanto al trabajo remunerado como a las tareas domésticas, mientras que entre los hombres no se aprecia ninguna. Las mujeres de clase no manual dedican más tiempo al trabajo remunerado que las de clase manual (37,1 horas vs. 34,9 horas a la semana), pero dedican menos tiempo a las tareas domésticas (19,4 horas vs. 25,9 horas a la semana) (**Figura 17**). Así, las diferencias de género en el tiempo de trabajo total son inferiores entre las personas de clases privilegiadas, pero no por una mayor implicación de los hombres en el trabajo doméstico, sino por la reducción de horas en las mujeres de estas clases, fruto, probablemente, de disponer de más recursos para contratar servicios para los trabajos domésticos o para el cuidado de las personas dependientes.

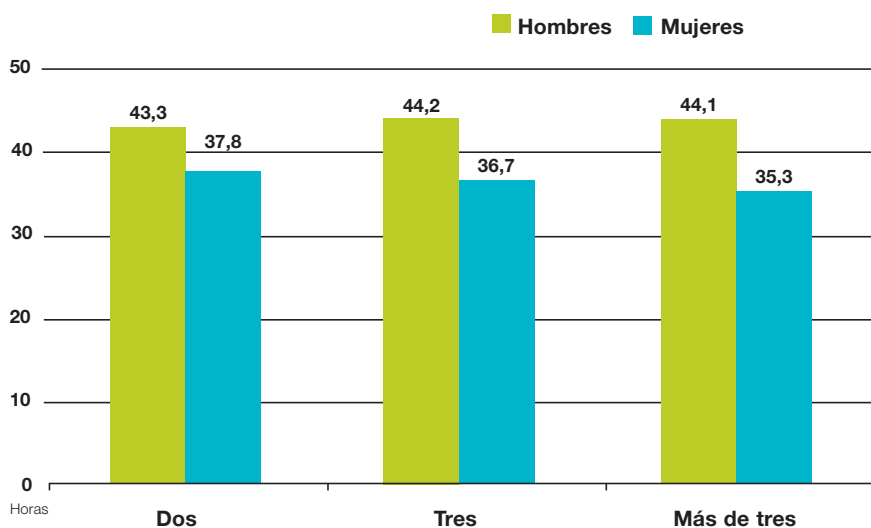
Figura 17. Promedio de horas semanales dedicadas al trabajo remunerado y a las tareas domésticas entre las personas de 25 a 64 años que viven en pareja por sexo y clase social. Barcelona, 2006.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

El tamaño del hogar se asocia de forma significativa con el tiempo dedicado al trabajo remunerado entre las mujeres, de modo que cuanto más numeroso es un hogar, menos tiempo dedican las mujeres al trabajo remunerado a lo largo de la semana, relación que no se da entre los hombres (**Figura 18**). Por otro lado, el número de hijos/as en el hogar no se asocia de forma significativa en ninguno de los dos sexos con el tiempo dedicado al trabajo remunerado.

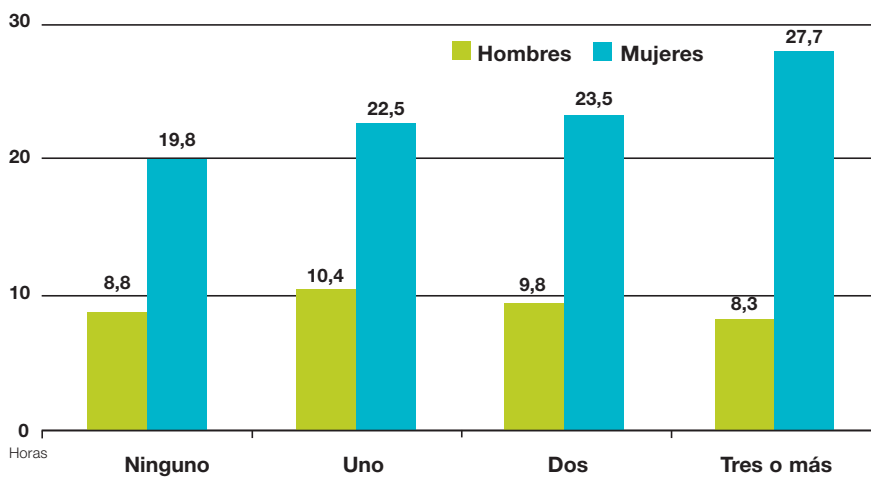
Figura 18. Promedio de horas semanales dedicadas al trabajo remunerado entre las personas de 25 a 64 años que viven en pareja por sexo y tamaño del hogar. Barcelona, 2006.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Por lo que respecta al tiempo dedicado a las tareas domésticas durante la semana, el tamaño del hogar y el número de hijos/as en el hogar se asocian de forma significativa con la cantidad de tiempo dedicado a tales tareas entre las mujeres, mientras que dicha relación es inexistente entre los hombres. Cuantas más personas viven en el hogar y más hijos/as hay presentes, más tiempo dedican las mujeres a las tareas domésticas del hogar durante la semana, mientras que no se producen cambios significativos en la participación de los hombres en tales tareas (**Figura 19**).

Figura 19. Promedio de horas semanales dedicadas a las tareas domésticas entre las personas de 25 a 64 años que viven en pareja por sexo y número de hijos/as en el hogar. Barcelona, 2006.

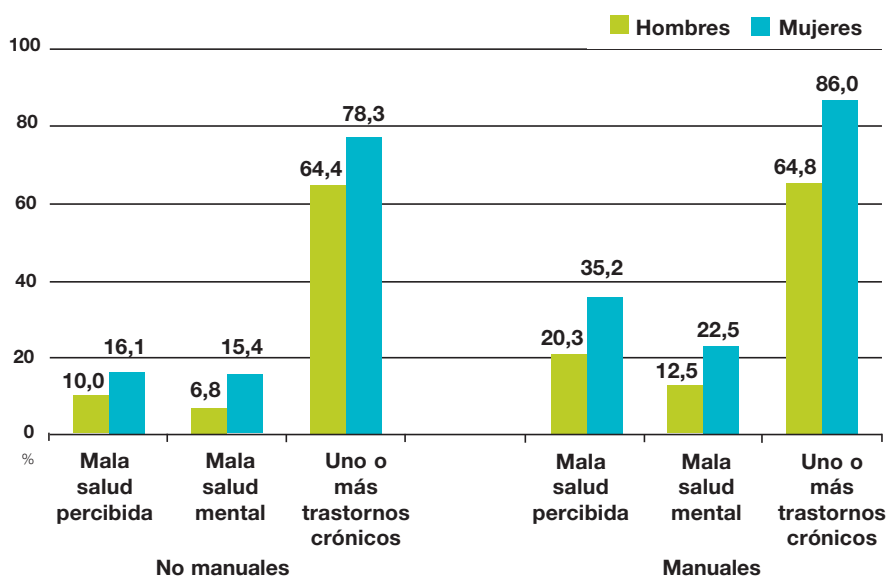


Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Desigualdades de género en la relación de la compaginación de la vida laboral y familiar con el estado de salud

Las mujeres de 25 a 64 años que viven en pareja presentan una peor salud percibida, una peor salud mental y una mayor prevalencia de trastornos crónicos que los hombres en la misma situación familiar. Así, un 24,2 % de mujeres tienen una mala salud percibida (en comparación con un 14,2 % de hombres), un 18,3 % tienen una mala salud mental (en comparación con un 9,2 % de hombres) y un 80,4 % tienen uno o más trastornos crónicos (en comparación con un 64,4 % de hombres). Además, existen diferencias significativas por clase en ambos sexos y en todos los indicadores de salud analizados, excepto en el caso de los trastornos crónicos entre los hombres. Según se aprecia en la **Figura 20**, las clases manuales son las que presentan una peor salud percibida y una peor salud mental, pero son especialmente las mujeres de 25 a 64 años de clase manual que viven en pareja las que presentan peores resultados en todos los indicadores de salud analizados.

Figura 20. Prevalencia de mala salud entre las personas de 25 a 64 años que viven en pareja por sexo y clase social. Barcelona, 2006.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

El tamaño del hogar sólo se asocia de forma significativa con las diferencias en la salud percibida entre los hombres de 25 a 64 años que viven en pareja, mientras que el número de hijos/as en el hogar no se relaciona de modo significativo con ninguno de los indicadores de salud en ninguno de los dos sexos. Así, los hombres que viven en hogares formados por 3 o más personas tienen una mayor prevalencia de mala salud percibida (16,4 %) que los que viven en hogares formados por 3 personas (13,7 %) y que los que sólo viven con la pareja (11,2 %).

Desigualdades de género en la relación de la compaginación de la vida laboral y familiar con los comportamientos relacionados con la salud

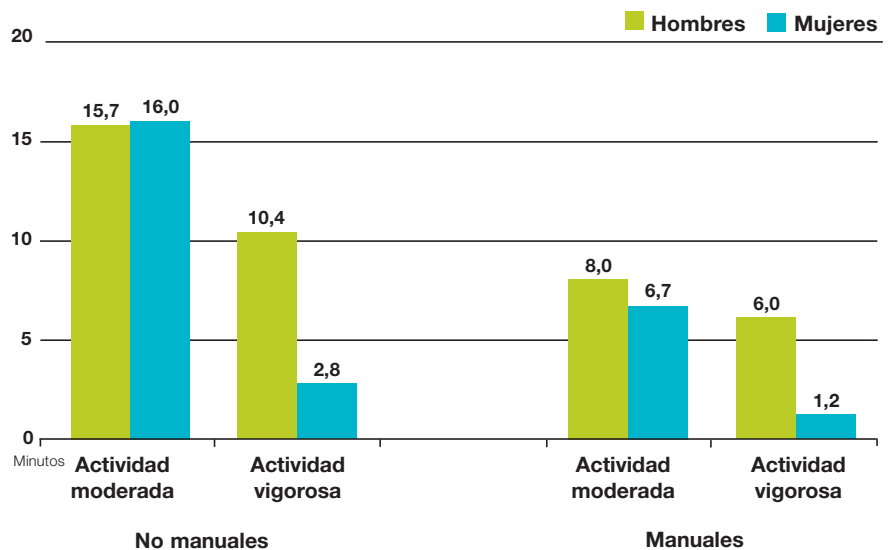
No existen diferencias significativas con respecto a las horas diarias de sueño entre hombres y mujeres, pero las mujeres son más sedentarias y realizan menos actividad física durante el tiempo de ocio. Por otro lado, las clases manuales son más sedentarias y dedican menos tiempo a las actividades físicas, tanto moderadas como vigorosas, durante el tiempo de ocio en los dos sexos.

Los hombres y las mujeres que viven en pareja duermen aproximadamente la misma cantidad de horas. Ahora bien, entre las mujeres existen diferencias significativas por clase social, de modo que mientras que un 28 % de las mujeres de clase no manual afirman dormir 6 horas o menos, ello se da en un 41,3 %

de las mujeres de clase manual. Se aprecian diferencias de género con respecto al sedentarismo. Un 73,5 % de las mujeres de 25 a 64 años que viven en pareja son sedentarias, en comparación con un 61,5 % de los hombres, y las clases manuales también son más sedentarias en ambos sexos (82,3 % de las mujeres y 72,6 % de los hombres manuales que viven en pareja).

El tiempo dedicado a la actividad física moderada durante el ocio es similar entre los hombres y mujeres de 25 a 64 años que viven en pareja, mientras que los hombres dedican de forma significativa más tiempo a la actividad física vigorosa de ocio. Por otro lado, las personas de clase no manual dedican más tiempo diario a las actividades físicas de ocio, ya sean de tipo moderado o más vigorosas. Así, tal y como se observa en la **Figura 21**, entre las personas de 25 a 64 años que viven en pareja, los hombres de clase no manual son los que dedican más tiempo diario a la actividad física, tanto moderada como vigorosa, mientras que las personas que menos tiempo dedican a ella son las mujeres de clase manual.

Figura 21. Promedio diario dedicado a las actividades físicas entre las personas de 25 a 64 años que viven en pareja por sexo y clase social (en minutos). Barcelona, 2006.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

5.4. Las personas responsables de hogares monomarentales

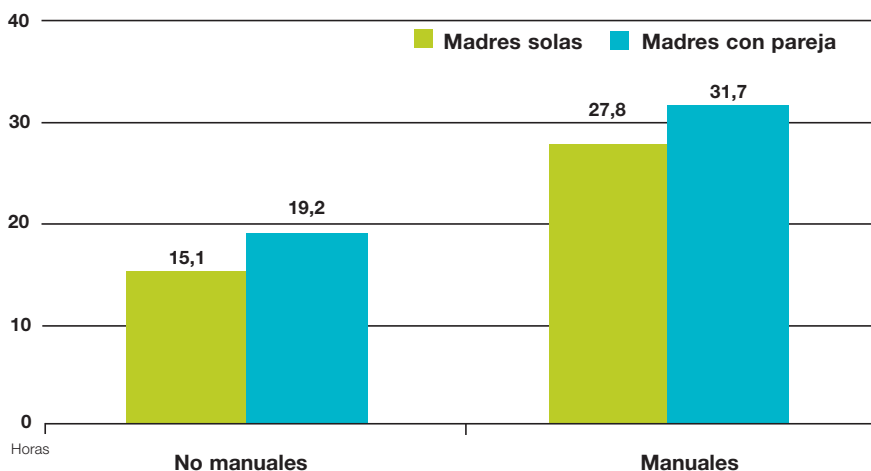
Los hogares monoparentales son aquéllos que están formados por un padre o una madre que vive con hijos/as menores o dependientes. En la población estudiada, un 8 % de las mujeres de 25 a 64 años son madres solas (145 casos), mientras que sólo un 1,4 % de los hombres se encuentran en dicha situación (25 casos). Por este motivo, el análisis se centrará en los hogares monomarentales; es decir, en los constituidos por madres de 25 a 64 años, sustentadoras principales con hijos/as a su cargo. La situación de las personas responsables de hogares monomarentales se compara con la de las madres del mismo grupo de edad que viven en pareja.

La compaginación de la vida laboral y familiar puede resultar especialmente difícil y estresante para las personas responsables de hogares monomarentales. En este tipo de hogares, una mujer sola debe asumir las responsabilidades de mantener y atender a los menores dependientes, debiendo decidir, en muchas ocasiones, entre relegar el cuidado de los más pequeños a un segundo término o intensificarlo a cambio de unos ingresos inferiores.^{LXI} Además, la precariedad del empleo femenino y las desigualdades de ingresos, junto con el hecho de mantener un hogar en un contexto en el que la norma es la familia con ingresos dobles,^{LXII} puede comportar efectos perjudiciales para la salud de las madres solas. Así, por ejemplo, se ha observado que las madres solas tienen una peor salud percibida^{LXIII, LXIV} y que presentan un riesgo más elevado de sufrir enfermedades cardiovasculares^{LXV} que las madres que viven en pareja.

Tiempo de trabajo remunerado, tiempo de trabajo doméstico y tiempo de trabajo total. Comparación con las madres que viven en pareja

Se aprecian diferencias significativas en la situación laboral y en el tiempo dedicado a las tareas domésticas durante la semana entre las madres solas y las madres con pareja, mientras que no se observan diferencias en el tiempo dedicado al trabajo remunerado. Las madres que viven en pareja dedican un promedio aproximado de 4 horas más a las tareas domésticas durante la semana que las madres solas, con independencia de la clase social **Figura 22**). La clase social también se relaciona de forma significativa con la situación laboral y con el tiempo dedicado a las tareas domésticas, tanto entre las madres solas como entre las que tienen pareja. La carga de trabajo total es, aproximadamente, de unas dos horas más a la semana entre las madres con pareja que entre las madres solas (59,19 vs. 56,98), lo que se explica por una dedicación de tiempo superior a las tareas domésticas de las madres con pareja.

Figura 22. Promedio de horas semanales dedicadas a las tareas domésticas entre las madres de 25 a 64 años por estado civil o de convivencia y clase social. Barcelona, 2006.



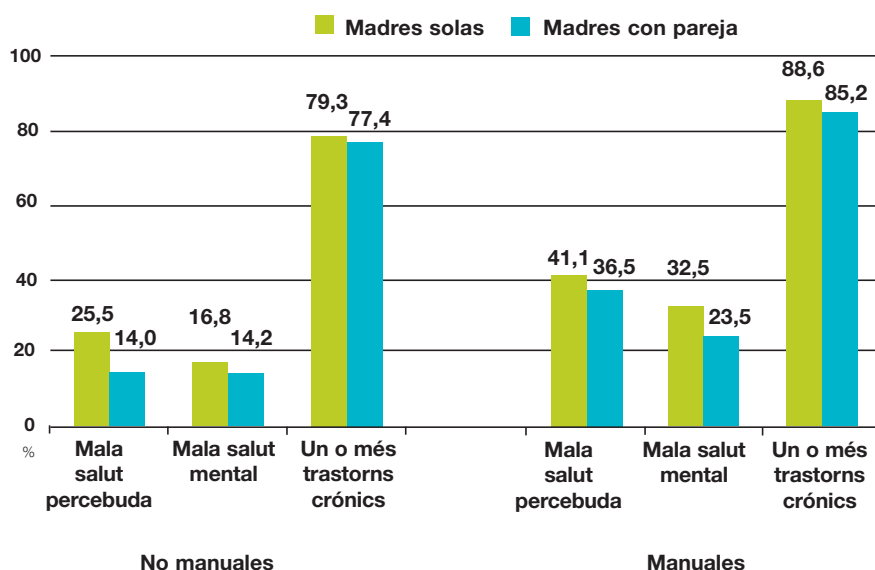
Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Hay más madres solas con un trabajo remunerado que madres con pareja. Un 76,7 % de las madres solas tienen un trabajo remunerado y un 9,3 % se definen como amas de casa, en comparación con un 69,7 % y un 19,7 % de las madres con pareja, respectivamente. Por otro lado, las madres de clase manual, tengan pareja o no, se encuentran con más frecuencia en una situación de inactividad que las de las clases no manuales, pero en especial las que viven en pareja (un 29,3 % de las madres con pareja y un 10,7 % de las madres solas de clase manual son amas de casa, en comparación con un 12,5 % y con un 3,6 % de las de clase no manual, respectivamente).

Estado de salud, madres que viven en pareja y mujeres responsables de hogares monomarentales

La salud de las madres solas y la de las madres con pareja no presenta diferencias significativas tras realizar un control por edad y por clase social. Según se observa en la **Figura 23**, las madres de clases manuales, tanto si viven en pareja como si no, tienen una peor salud percibida, una peor salud mental y una mayor prevalencia de trastornos crónicos que las madres de las clases no manuales en el mismo estado civil o de convivencia.

Figura 23. Prevalencia de mala salud de las madres de 25 a 64 años por estado civil o de convivencia y clase social. Barcelona, 2006.

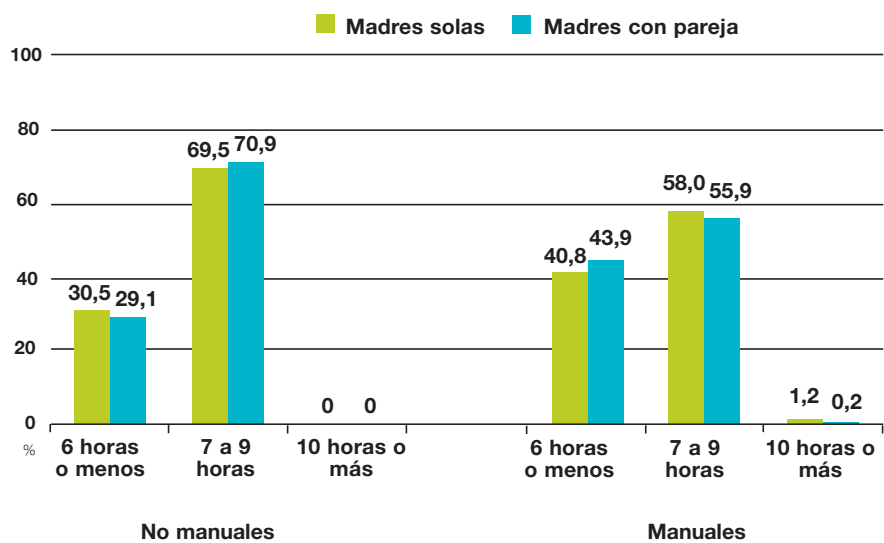


Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Conductas relacionadas con la salud, madres que viven en pareja y mujeres responsables de hogares monomarentales

Tal y como sucede con los indicadores de salud, las mujeres responsables de hogares monomarentales presentan unos indicadores con respecto a las conductas relacionadas con la salud similares a los de las madres que conviven con su pareja. Sin embargo, las madres de clase social manual, sea cual sea el estado de convivencia, duermen menos, son más sedentarias y dedican menos tiempo a las actividades físicas durante el tiempo de ocio. Las madres de clase social manual presentan una mayor prevalencia de dormir 6 horas o menos que las madres de clase social no manual, vivan o no en pareja (**Figura 24**). Por otro lado, un 84,4 % de las madres solas y un 82,9 % de las madres con pareja de clase manual son sedentarias, en comparación con un 72,4 % y con un 70,5 % de las de clase no manual, respectivamente. Las madres de clase no manual dedican a las actividades físicas moderadas un promedio aproximado de 10 minutos diarios más que las madres de clase manual.

Figura 24. Promedio de horas diarias de sueño de las madres de 25 a 64 años por estado civil o de convivencia y clase social. Barcelona, 2006.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

6. LAS PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS

El análisis de los usos del tiempo y la salud entre las personas mayores de 65 años requiere una atención específica. Superada la edad en la que habitualmente se abandona el mercado laboral, persisten las desigualdades y los distintos roles de mujeres y hombres. Se ha descrito que, si bien las mujeres dedican más tiempo al trabajo doméstico que los hombres, en todas las edades, entre las personas de edad más avanzada, las mujeres reducen el tiempo de trabajo en el hogar, mientras que los hombres lo incrementan, pese a que su contribución a las tareas hogareñas sigue siendo inferior a la de las mujeres.^{LXVI}

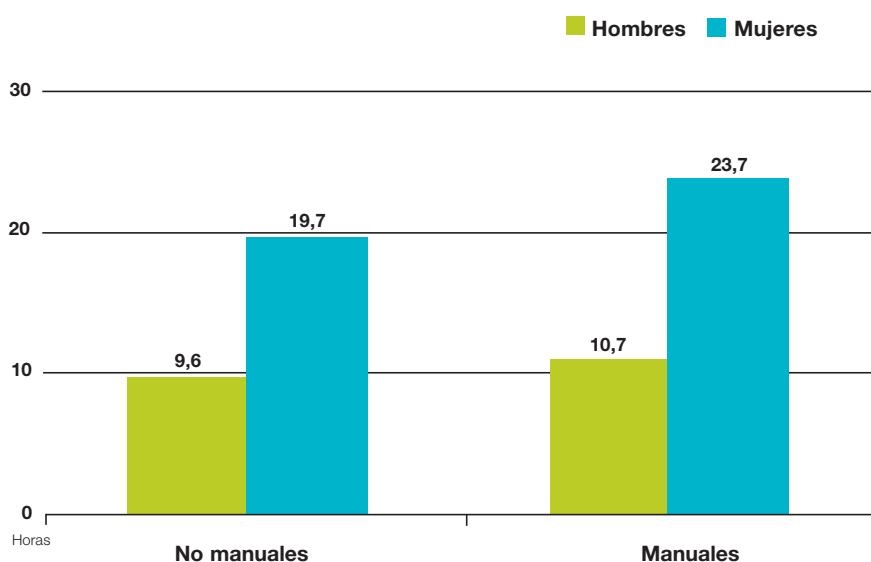
En este segmento de edad adquieren especial importancia las tareas de cuidado de las personas dependientes, no limitándose únicamente a los padres de edad avanzada o a la pareja, sino también a los nietos/as. Algunos estudios sobre las tareas de cuidado han documentado que mientras que las mujeres distribuyen su tiempo entre las tareas domésticas y los cuidados personales, los hombres se orientan más hacia las actividades esporádicas, como realizar encargos, visitas médicas o pasear.^{35, LXVII} Numerosos estudios han documentado el impacto negativo en la salud -sobre todo psicológica- de las personas cuidadoras -a menudo mujeres- que comporta el cuidado de las personas con discapacidad.^{LXVIII, LXIX}

6.1. Diferencias de género en el tiempo dedicado al trabajo doméstico. Relación con las características de la unidad familiar

Quando se pregunta a las personas mayores quién se encarga principalmente de las personas mayores o con discapacidades, no se aprecian diferencias significativas entre hombres y mujeres. En cambio, sí que se observan tales diferencias cuando se trata de ocuparse principalmente de las tareas domésticas y del tiempo dedicado a realizarlas. Un 25,8 % de las mujeres mayores afirma rea-

lizar las tareas del hogar sin ningún tipo de ayuda, mientras que esto sólo es así en un 3,9 % de los hombres de la misma edad. Tampoco se dan diferencias de clase con respecto a quién asume la responsabilidad de las tareas de cuidado entre los hombres y las mujeres mayores, ni con respecto a quién se encarga de las tareas domésticas. En cambio, se aprecian diferencias significativas por sexo y clase con respecto al tiempo dedicado a las tareas domésticas entre hombres y mujeres mayores de 64 años. Las mujeres mayores de 64 años dedican aproximadamente 10 horas más a las tareas domésticas durante la semana que los hombres de la misma edad, diferencias que son más elevadas entre las personas mayores de clase social manual (13 horas de diferencia) que entre las de clase social no manual (10 horas de diferencia) (**Figura 25**).

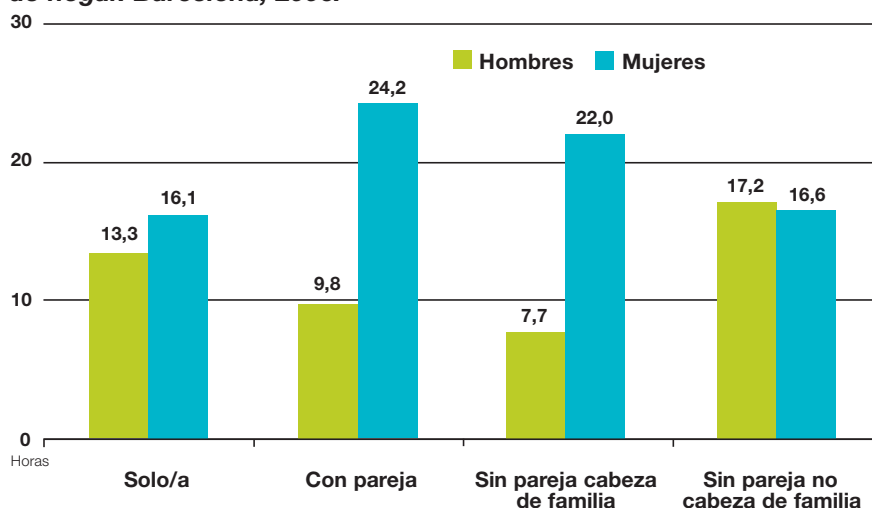
Figura 25. Promedio de horas semanales dedicadas a las tareas domésticas entre las personas mayores de 64 años por sexo y clase social. Barcelona, 2006.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

La **Figura 26** revela que cuanto más elevada es la carga doméstica y familiar que el tipo de hogar conlleva, más tiempo dedican a las tareas domésticas las mujeres mayores a lo largo de la semana, y menos tiempo dedican a ellas los hombres de la misma edad. Así, en los hogares formados únicamente por la pareja, o por otras personas, si la persona mayor de referencia es el cabeza de familia, las mujeres dedican un promedio de 14 horas semanales más a las tareas domésticas que los hombres en el mismo tipo de hogar. En el otro extremo se encuentran los hogares en los que las personas mayores viven solas, con una diferencia aproximada de sólo 3 horas, puesto que en ellos los hombres dedican más tiempo a estas tareas y las mujeres menos. Es preciso resaltar que cuando las personas mayores viven con otras personas que no son la pareja y no son el/la cabeza de familia, los hombres y las mujeres mayores dedican aproximadamente la misma cantidad de tiempo durante la semana a la realización de tareas domésticas. Ello puede estar relacionado con las tareas de apoyo que los abuelos proporcionan a sus hijos/as mediante el cuidado de los nietos/as.

Figura 26. Promedio de horas semanales dedicadas a las tareas domésticas entre las personas mayores de 64 años por sexo y tipo de hogar. Barcelona, 2006.



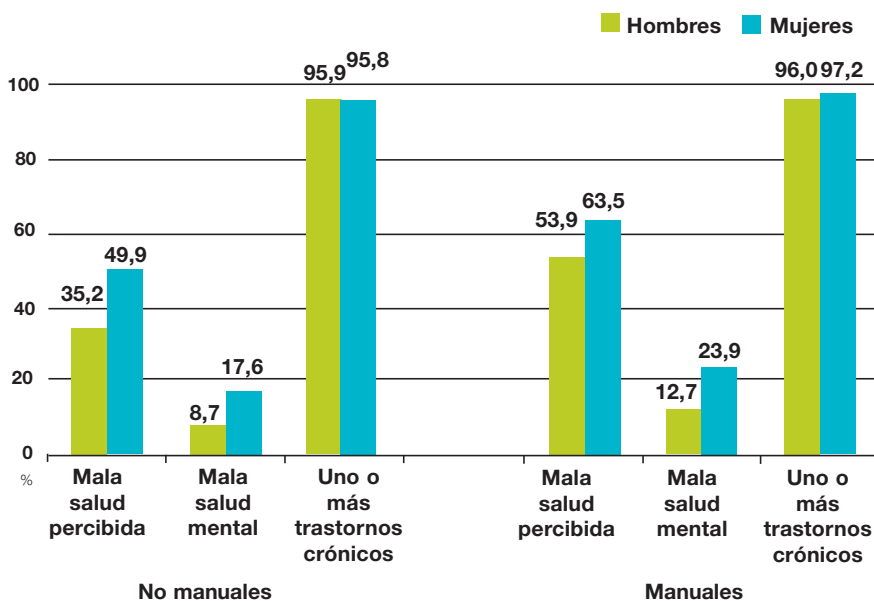
Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

6.2. Diferencias de género en la salud. Relación con las características de la unidad familiar

Las mujeres mayores de 64 años gozan de una peor salud que los hombres de la misma edad en todos los indicadores analizados. La clase social se asocia de forma significativa con la mala salud percibida y con la mala salud mental, tanto entre los hombres como entre las mujeres mayores. Por otro lado, el tipo de hogar no se asocia de forma significativa con ninguno de los indicadores de salud analizados, ni entre los hombres ni entre las mujeres mayores.

La **Figura 27** muestra la prevalencia de mala salud percibida, de mala salud mental y de sufrir uno o más trastornos crónicos entre las personas mayores de 64 años por sexo y clase social. Las mujeres mayores presentan una peor salud percibida, una peor salud mental y una mayor prevalencia de trastornos crónicos que los hombres de la misma edad. Las diferencias por clase se dan con respecto a la salud percibida y a la salud mental en ambos sexos. Así, las personas mayores de clase manual tienen una peor salud percibida y una peor salud mental que las de las clases no manuales, pero especialmente las mujeres.

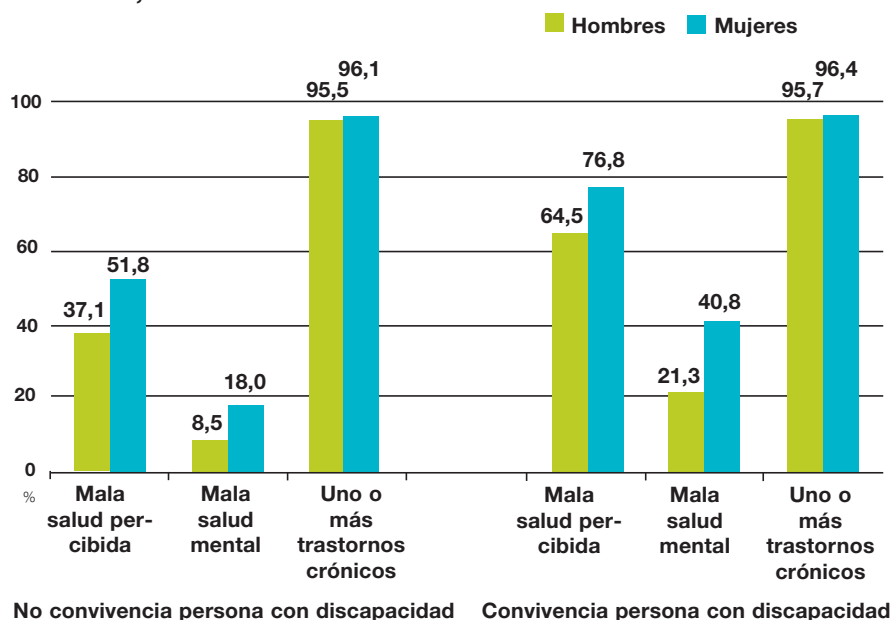
Figura 27. Prevalencia de mala salud entre las personas mayores de 64 años por sexo y clase social. Barcelona, 2006.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Por otro lado, las personas mayores que viven con una persona con discapacidad presentan una peor salud percibida y una peor salud mental, tanto entre los hombres como entre las mujeres, pero especialmente entre las mujeres. En cambio, no existen diferencias significativas con respecto a la prevalencia de uno o más trastornos crónicos (**Figura 28**). Este resultado se situaría en la línea de otros estudios que han constatado que el cuidado de personas con discapacidad tiene un impacto negativo en la salud de las personas cuidadoras.^{68, 69}

Figura 28. Prevalencia de mala salud entre las personas mayores de 64 años por sexo y convivencia o no con personas con discapacidad. Barcelona, 2006.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

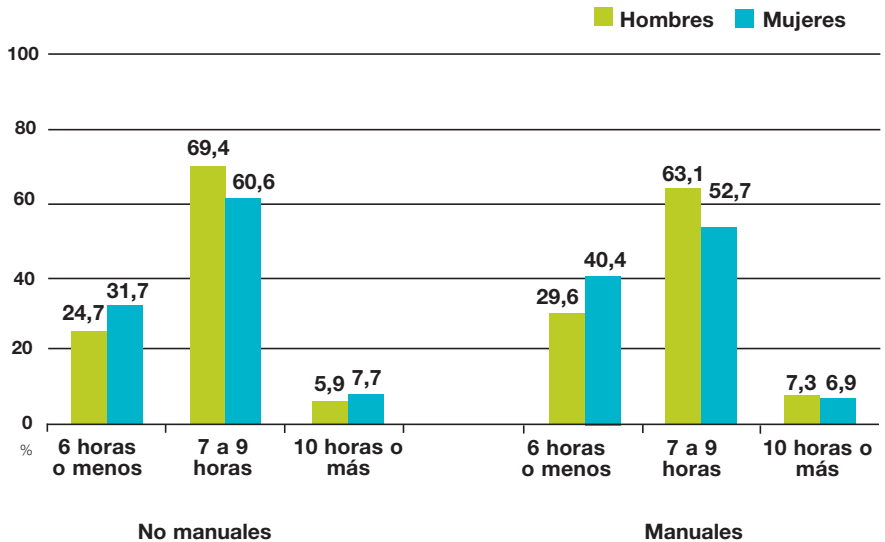
Destaca el elevado porcentaje de personas mayores que toman tranquilizantes (ansiolíticos, antidepresivos o somníferos): el 21 % de los hombres y el 41 % de las mujeres, sin diferencias de edad ni de clase social. En ambos sexos, el consumo de tranquilizantes también es más frecuente entre los que conviven con alguna persona con discapacidad. Entre los hombres en esta situación, el 35,1 % consumen este tipo de fármacos, mientras que entre los que no conviven con ninguna persona con discapacidad, la prevalencia es del 16,8 %. Los porcentajes correspondientes entre las mujeres son del 54,9 % y del 38,2 %, respectivamente.

6.3. Diferencias de género en la salud. Relación con las características de la unidad familiar

Las mujeres mayores de 64 años presentan una mayor prevalencia que los hombres de la misma edad de dormir 6 horas o menos (36,8 % vs. 27,1 %), de sedentarismo (88,6 % vs. 81,8 %), y dedican menos tiempo diario a la realización de una actividad física vigorosa durante el tiempo de ocio (0,30 minutos vs. 0,79 minutos). Las clases sociales manuales de ambos sexos presen-

tan peores resultados en todos los indicadores de conductas relacionadas con la salud: tienen una mayor prevalencia de dormir 6 horas o menos, tanto los hombres como las mujeres, y los hombres de dormir 10 horas o más (**Figura 29**); son más sedentarias y dedican menos tiempo a las actividades físicas durante el tiempo de ocio. Por otro lado, en ninguno de los dos sexos el tipo de hogar se asocia de forma significativa con ninguno de los indicadores de conductas relacionadas con la salud.

Figura 29. Promedio de horas diarias de sueño entre las personas mayores de 64 años por sexo y tipo de hogar. Barcelona, 2006.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

7. CONCLUSIONES

Los usos del tiempo no son una elección individual, sino que éstos vienen determinados, en gran parte, por una estructura social en la que el género y la clase constituyen unos factores clave, así como por unos recursos comunitarios que facilitan, en mayor o menor grado, unos usos del tiempo saludables. Esta estructuración del tiempo puede tener unos efectos negativos en la salud de las personas y en los comportamientos relacionados con la salud, que la literatura sobre los usos del tiempo a menudo no ha tomado en consideración.

Se ha documentado que las largas jornadas de trabajo y los trabajos a tiempo parcial y ocasionales, por ejemplo, se asocian con diversos problemas de salud, como hipertensión, trastornos cardiovasculares y músculo-esqueléticos, estrés, depresión o fatiga, y con comportamientos relacionados con la salud, como fumar y consumir alcohol.¹⁵⁻¹⁹ Tales usos del tiempo están condicionados, por un lado, por la división sexual del trabajo, que asigna a los hombres un papel protagonista en el trabajo remunerado, mientras que a las mujeres les otorga un mayor protagonismo en el ámbito doméstico y familiar, y, por otro, por la posición socioeconómica, de modo que las clases menos privilegiadas con frecuencia se ven obligadas a prolongar las jornadas laborales o bien tienen unos horarios menos recomendables desde el punto de vista de la salud. Además, los usos del tiempo con respecto a la esfera doméstica y familiar también se han asociado con efectos negativos en la salud y los comportamientos relacionados con la salud de las personas, pero especialmente entre las mujeres a raíz de la mencionada división sexual del trabajo.^{36, 37}

En el presente estudio se han detectado importantes diferencias de género y de clase social en todos los grupos de edad estudiados con respecto al tiempo dedicado al trabajo remunerado, a las tareas del hogar, en los indicadores de salud y en los comportamientos relacionados con la salud. Las mujeres de todas las edades y las personas de clase social manual presentan peores resultados en prácticamente todos los indicadores analizados.

Por otro lado, las desigualdades de género en los roles domésticos y familiares se inician desde las edades más tempranas. Las responsabilidades familiares se asocian con un incremento en las horas de trabajo doméstico en las

mujeres de todos los grupos de edad y con una reducción de las horas de trabajo remunerado entre las de 25 a 64 años. Entre los hombres más jóvenes, se asocian con un incremento en el tiempo de trabajo remunerado, mientras que entre los más mayores se asocian con una disminución del tiempo dedicado a las tareas domésticas durante la semana. Entre las personas de 25 a 64 años, el tiempo de trabajo total es superior entre las mujeres, pero especialmente entre las de las clases sociales menos favorecidas.

Entre las personas en edad laboral, las mujeres dedican más tiempo al trabajo doméstico y familiar, mientras que los hombres dedican más horas al trabajo remunerado. Las largas jornadas de trabajo (más de 40 horas a la semana), el trabajo por turnos y el horario nocturno son más frecuentes entre los hombres, mientras que la jornada a tiempo parcial lo es entre las mujeres. En ambos sexos, el trabajo nocturno y por turnos es más frecuente entre los trabajadores/as de clase social manual. Las largas jornadas de trabajo y el trabajo nocturno se asocian con dormir 6 horas o menos, tanto entre los hombres como entre las mujeres.

Las mujeres de todos los grupos de edad y de las clases sociales manuales presentan un peor estado de salud, realizan menos ejercicio durante el tiempo de ocio y duermen menos horas que los hombres y las clases sociales no manuales. Entre las mujeres más jóvenes, convivir con hijos/as se asocia con un mayor grado de sedentarismo en el tiempo de ocio. Especialmente importantes son las diferencias con respecto al tiempo dedicado a la actividad física vigorosa durante el tiempo de ocio entre los hombres y las mujeres de este grupo de edad. Las amas de casa de 25 a 64 años tienen un peor estado de salud percibido, una mayor prevalencia de dormir 6 horas o menos y de dormir 10 horas o más que las mujeres empleadas. Las personas mayores que conviven con una persona con discapacidad presentan una peor salud percibida y una peor salud mental, tanto entre los hombres como entre las mujeres, pero especialmente entre las mujeres.

8. RECOMENDACIONES

Promover políticas de compaginación de la vida laboral y familiar, tanto en el ámbito laboral como en el extralaboral, fomentando un uso más saludable del tiempo.

Incrementar los recursos públicos destinados al cuidado de las personas dependientes: guarderías para niños de 0 a 3 años, actividades extraescolares,¹ considerando la posibilidad de que éstas puedan desarrollarse en familia, centros de día para las personas mayores y servicios de proximidad.

Incrementar y mejorar las medidas de compaginación de la vida laboral y familiar en el trabajo remunerado, superando la concepción tradicional sobre las responsabilidades familiares y la actividad laboral remunerada de hombres y mujeres, puesto que dicha concepción puede ser una de las principales causas de discriminación de las mujeres en el mercado laboral. Las medidas diseñadas para fomentar el bienestar de las mujeres que pretenden corregir los efectos de una realidad social en la que ellas soportan la mayoría de las cargas familiares pueden propiciar la discriminación en el mercado de trabajo, puesto que incentivan la contratación de personas con menos probabilidades de solicitar bajas y permisos, consiguiendo efectos contrarios a los perseguidos.

Promover la corresponsabilización de las tareas domésticas y familiares entre hombres y mujeres desde una temprana edad.

Incorporar la clase social en el estudio, la elaboración y la implementación de las políticas públicas orientadas a eliminar las desigualdades de género en la salud.

Fomentar la actividad física durante el tiempo de ocio y facilitar su realización en todas las edades, tanto entre los hombres como entre las mujeres (aumentar la cobertura pública de instalaciones deportivas, adecuar los espacios públicos a la realización de actividades físicas, etc.).

Ampliar la investigación sobre las desigualdades en los usos del tiempo y su impacto en la salud.

¹ Dado el incremento de sobrepeso entre los niños/as y adolescentes, es importante que las actividades deportivas incluyan la práctica de ejercicio físico.

REFERENCIAS

- I** BITTMAN, M., WAJCMAN, J.: «The Rush Hour: the Character of Leisure Time and Gender Equity», *Social Forces*, 2000; 79: 165-89.
- II** GRIFFITHS, V.: «From “Playing Out” to “Dossing Out”: Young Women and Leisure», en *Relative Freedoms: Women and Leisure*, Wimbush E, Talbot M. (eds.), Open University Press, 1988; p. 48-59.
- III** MATTINGLY, M. J., BIANCHI, S. M.: «Gender Differences in the Quantity and Quality of Free Time: The US Experience», *Social Forces*, 2003; 81(3): 999-1.030.
- IV** BARTLEY, M., POPAY, J., PLEWIS, I.: «Domestic Conditions, Paid Employment and Women’s Experience of Ill-health», *Sociology of Health and Illness*, 1992; 14(2): 313-343.
- V** ROBINSON, J. P., GODBEY, G.: *Time for Life*. University Park: The Pennsylvania State University Press, 1997.
- VI** HOCHSCHILD, A. R.: *The Second Shift*. Nova York, Avon Books, 1989.
- VII** SHELTON, B. A.: *Women, Men, and Time: Gender Differences in Paid Work, Housework and Leisure*. Nova York, Greenwood Press, 1992.
- VIII** MILKIE, M. A., PELTOLA, P.: «Playing All the Roles: Gender and the Work-Family Balancing Act», *Journal of Marriage and Family*, 1999; 61(2): 476-490.
- IX** FERREE, M. M.: «The Gender Division of Labor on Two-earner Marriages: Dimensions of Variability and Change», *Journal of Family Issues*, 1991; 12: 158-180.
- X** MACINNES, J., SOLSONA, M.: *Usos del temps i famílies*, Ajuntament de Barcelona, Regidoria de Nous Usos Socials del Temps a la Ciutat, Barcelona, 2006.
- XI** Instituto de la Mujer. *Usos del tiempo, estereotipos, valores y actitudes*. Madrid, 2007.
- XII** ROBINSON, J. P.: *How Americans Use Their Time*. Nova York, Praeger, 1977.
- XIII** BARNETT, R. C., SHEN, Y. C.: «Gender, High- and Low-Schedule-Control Housework Tasks, and Psychological Distress: A Study of Dual-Earner Couples», *Journal of Family Issues*, 1997; 18: 403-428.
- XIV** ROSS, C. E., MIROWSKY, J.: «Does Employment Affect Health?», *Journal of Health and Social Behavior*, 1995; 36: 230-243.
- XV** ZEYINOGLU, I. U., SEATON, M. B., LILEVIK, W., MORUZ, J.: «Working in the Margins: Women’s Experiences of Stress and Occupational Health Problems in Part-Time and Casual Retail Jobs», *Women & Health*, 2005; 41(1): 87-107.
- XVI** BERTSSON, L., LUNDBERG, V., KRANTZ, G.: «Gender Differences in Work-Home Interplay and Symptom Perception Among Swedish White-Collar Employees», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006; (60): 1.070-1.076.

- XVII** KRANTZ, G., BERTSSON, L., LUNDBERG, V.: «Total Workload, Work Stress and Perceived Symptoms in Swedish Male and Female White-Collar Employees», *European Journal of Public Health*, 2005; 15(2): 209-214.
- XVIII** SHIELDS: «Long-Working Hours and Health. Perspectives on Labour and Income», 2000, 12(1): 49-56.
- XIX** JEFFREY, «Long Working Hours, Occupational Health and the Changing Nature of Work Organization», *American Journal of Industrial Medicine*, 2006; 49(11): 921-929.
- XX** Artazcoz, L., Cortès, I., Borrell, C., Escribà-Agüir, V., Cascant, L.: «Gender Perspective in the Analysis of the Relationship Between Long Work Hours, Health and Health-Related Behavior», *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2007; 33: 344-350.
- XXI** COSTA, G.: *The Impact of Shift and Night Work on Health*, Appl Ergon, 1996; 27(1): 9-16.
- XXII** OIT: «Conditions of Work and Employment Programme Social Protection Sector», Information Sheet WT-5. Ginebra, 2004.
- XXIII** NICOL, A. M., BOTTERILL, J. S., «On-Call Work and Health: A Review», *Environmental Health*, 2004; 3(1): 15.
- XXIV** FUNDACIÓN ESPAÑOLA DEL CORAZÓN (FEC), Factores de riesgo. <http://www.fundaciondelcorazon.com/sedentarismo.htm>, accedit el 17 d'abril del 2008.
- XXV** SPIEGEL, K., KNUTSON, K., LEPROULT, R., TASALI, E., VAN CAUTER, E.: «Sleep Loss: A Novel Risk Factor for Insulin Resistance and Type 2 Diabetes», *Journal of Applied Physiology*, 2005; 99: 2.008-2.019.
- XXVI** ZIMMER, Z.: «A Further Discussion on Revisiting the Classification of Household Composition Among Elderly People», *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 2003; 18: 247-250.
- XXVII** HUGHES, M. E., WAITE, L. J.: «Health in Household Context: Living Arrangements and Health in Late Middle Age», *Journal of Health and Social Behavior*, 2002; 43(1): 1-21.
- XXVIII** FLAQUER, L., ALMEDA, E., NAVARRO-VARAS, L.: *Monoparentalidad e infancia*, Fundación la Caixa. Barcelona, 2006.
- XXIX** IDLER, E., BENYAMINI, Y.: «Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies», *Journal of Health and Social Behavior*, 1997; 38(1): 21-37.
- XXX** MOSSEY, J., SHAPIRO, E.: «Self-Rated Health: a Predictor of Mortality Among the Elderly», *American Journal of Public Health*, 1982; 72(8): 800-808.
- XXXI** GOLDBERG, D., COOPER, B., EASTWOOD, M. R., KEDWART, H. B., SHEPHERD, M.: «A standardized psychiatric interview for use in community surveys», *British Journal of Preventive & Social Medicine*, 1970; 24: 18-23.
- XXXII** Goldberg, D.: *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*, Oxford: Oxford University Press, 1972.
- XXXIII** GRUPO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA Y DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. *Una propuesta de medida de la clase social. Atención Primaria*, 2000; 25: 350-363.
- XXXIV** HILL, C. R., STAFFORD, F. P., «Parental Care of Children: Time Diary Estimates of Quantity, Predictability and Variety». *Journal of Human Resources*, 1980; 15: 202-239.
- XXXV** MUI, A. C.: «Caring for Frail Elderly Parents: A Comparison of Adult Sons and Daughters», *Gerontologist*, 1995; 35: 86-93.
- XXXVI** BIRD, C., FREMONT, A.: «Gender, Time Use, and Health», *Journal of Health and Social Behavior*, 1991; 32: 114-129.
- XXXVII** BARTLEY, M., POPAY, J., LEWIS, I.: «Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health», *Sociology of Health and Illness*, 1992; 14(3): 313-343.

XXXVIII MOEN, P., DEMPSTER, D., WILLIAMS, R. M.: «Successful Aging: A Life-Course Perspective on Women's Multiple Roles and Health», *American Journal of Sociology*, 1992; 97(6): 1.612-1.638.

XXXIX BROWNSON, R. C., BOEHMER, T. K., LUKE, D.A.: «Declining Rates of Physical Activity in the United States: What Are the Contributors?», *Annual Review of Public Health*, 2005; 26: 421-443.

XI NATIONAL CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION (CDC): «Physical Activity and Health; A Report of the Surgeon General», 1999. <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/chapcon.htm>. Accedit el 17 d'abril del 2008.

XLI SALLIS, J. F., BUONO, M. J., ROBY, J. J., MICALE, F. G., NELSON, J. A.: «Seven Day Recall and Other Physical Activity Self Reports in Children and Adolescents», *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 1993; 25: 99-108.

XLII RAJARATNAM, S. M. W., ARENDT, J.: «Health in a 24-h Society», *Lancet*, 2001; 358: 999-1.005.

XLIII PUNJABI, N. M.: «Long Sleep Duration: A risk to Health or a Marker of Risk?», *Sleep Medicine Reviews*, 2007; 11: 337-339.

XLIV GRANDNER, M. A., DRUMMOND, S. P.: «Who are the Long Sleepers? Towards an Understanding of the Mortality Relationship». *Sleep Medicine Reviews*, 2007; 11: 341-360.

XLV AYAS, N. T., WHITE, D. P., AL-DELAIMY, W. K. ET AL.: «A Prospective Study of Self-Reported Sleep Duration and Incident Diabetes in Women», *Diabetes Care*, 2003; 26: 380-384.

XLVI AYAS, N. T., WHITE, D. P., MANSON, J. E., STAMPFER, M. J., SPEIZER, F. E., MALHOTRA, A. ET AL.: «A Prospective Study of Sleep Duration and Coronary Heart Disease in Women». *Archives of Internal Medicine*, 2003; 163(2): 205-209.

XLVII GOTTLIEB, D. J., REDLINE, S., NIETO, F. J., BALDWIN, C. M., NEWMAN, A. B., RESNICK, H. E. ET AL. «Association of Usual Sleep Duration with Hypertension: the Sleep Heart Health Study», *Sleep*, 2006; 29(8): 1009-1014.

XLVIII KRIPKE, D. F., GARFINKEL, L., WINGARD, D. L., KLAUBER, M. R, MARLER, M. R.: «Mortality Associated with Sleep Duration and Insomnia», *Archives of General Psychiatry*, 2002; 59(2): 131-136.

XLIX MOTOHASHI, Y., HIGUCHI, S., AHARA, M., KANEKO, Y.: «Sleep Time and Working Conditions of Office Workers». *Sleep Bio Rhythms*, 2003; 1(2): 131-132.

L SMITH, V., KLEIN, K. J., EHRHART, M. G.: «Work Time, Work Interference with Family, and Psychological Distress», *Journal of Applied Psychology*, 2002; 87(3): 427-436.

LI FAGAN, C., BURCHELL, B.: *Gender, Jobs and Working Conditions in the European Union*, Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities, 2002.

LII KALLEBERG, A. L.: «Non-Standard Employment Relations: Part-Time, Temporary and Contract Work», *Annual Review of Sociology*, 2000; 26: 341-365.

LIII NATHANSON, C. A.: «Illness and the Feminine Role: A Theoretical Review», *Social Science and Medicine*, 1975; 9: 57-62.

LIV NATHANSON, C. A.: «Social Roles and Health Status Among Women: The Significance of Employment», *Social Science and Medicine*, 1980; 14: 463-471.

LV Verbrugge, L. M.: Multiple Roles and Physical Health of Women and Men. *Journal of Health and Social Behavior*, 1983; 24: 16-30.

LVI ARTAZCOZ, L., BORRELL, C., BENACH, J., ET AL. «Women, Family Demands and Health: The Importance of Employment Status and Social Class», *Social Science and Medicine*, 2004; 59: 263-274.

LVII SORENSEN, G., VERBRUGGE, L. M.: «Women, Work, and Health», *Annual Review of Public Health*, 1987; 8: 25-51.

LVIII ARTAZCOZ, L., BORRELL, C., BENACH, J.: «Gender Inequalities in Health Among Workers: The Relation with Family Demands», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2001; 55: 639-647.

- LIX** Hunt, K., Annandale, E.: «Just the Job? Is the Relationship between Health and Domestic and Paid Work Gender-Specific?» *Sociology of Health & Illness*, 1993; 15(5): 632-664.
- LX** ARTAZCOZ, L., CORTÉS, I., MONCADA, A., ET AL. «Influencia del trabajo doméstico sobre la salud de la población ocupada», *Gaceta Sanitaria*, 1999; 13: 201-207.
- LXI** MADRUGA TORREMOCHA, I.: *Monoparentalidad y política familiar: dilemas en torno a la madre cuidadora/madre trabajadora*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, Siglo XXI, 2006.
- LXII** FLAQUER, L., ALMEDA, E., NAVARRO-VARAS, L.: *Monoparentalidad e infancia*. Colección Estudios Sociales, n.º 20, Obra Social Fundació "la Caixa"; 2006.
- LXIII** PÉREZ, C., BEAUDET, M. P.: «The Health of Lone Mothers», *Health Reports*, 1999, 11(2), 21-32.
- LXIV** BENZEVAL, M.: «The Self Reported Health Status of Lone Parents», *Social Science & Medicine*, 1998; 46, 1.337-1.353.
- LXV** YOUNG, L. E., CUNNINGHAM, S. L., BUIST, D. S.: «Lone mothers are at higher risk for cardiovascular disease compared with partnered mothers. Data from the National Health and Nutrition Examination Survey III (NHANES III)», *Health Care for Women International*, 2005; 26(7): 604-621.
- LXVI** GAUTHIER, A. H., SMEEDING, T. M.: «Time Use at Older Ages», *Research on Aging*, 2003; 25: 247-274.
- LXVII** CIS. *Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora*. Madrid, 2000.
- LXVIII** PINQUART, M., SORENSEN, S.: «Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-Analysis», *Sci. Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 2007; 62: 126-137.
- LXIX** NAVAIE-WALISER, M., SPRIGGS, A., FELDMAN, P. H.: «Informal Caregiving: Differential Experiences by Gender», *Medical Care*, 2002; 40: 1.249-1.259.



Ajuntament de Barcelona