

AUTOESTIMA EN LA MUJER: UN ANÁLISIS DE SU RELEVANCIA EN LA SALUD¹

M. PILAR MATUD^{*}
Universidad de La Laguna, España

ABSTRACT

In this study we examined the relationship between self-esteem and health, as well as the variables most associated with self-esteem, in a sample of Spanish women (N = 2583) between 18 and 65 years old. The women with the most self confidence and those with a heightened sense of self worth enjoyed better health and displayed less social dysfunction, depression, anxiety, and somatic symptoms. The women with a lesser sense of self worth were characterized by having an emotional coping style and the women with greater self confidence had a more rational and less emotional coping style. Although the influence of the sociodemographic factors was very slight, we found that self-esteem was higher in the women with university level studies, in those with higher level jobs, in the married women and in those who had one or two children.

Key words: Self-esteem, women, health, coping styles.

RESUMEN

Analizamos la relación entre autoestima y salud y las variables más asociadas con autoestima en una muestra de mujeres españolas (N = 2583) de edades comprendidas entre 18 y 65 años. Encontramos que las mujeres con más confianza en sí mismas y las que se valoraban de forma más

Continúa ➡

1 Trabajo subvencionado parcialmente por el Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) y por la Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias.

^{*} Correspondencia: M. PILAR MATUD, Facultad de Psicología, Universidad de La Laguna, Campus de Guajara, 38205. La Laguna, Tenerife, España. Teléfono: (34) 922317487. Fax: (34) 922316461. Correo electrónico: pmatud@ull.es

Continuación ➡

positiva tenían mejor salud, mostrando menos síntomas depresivos, de ansiedad, somáticos y disfunción social. Las mujeres que se valoraban de forma más negativa se caracterizaban por tener un estilo de afrontamiento del estrés emocional y las mujeres con mayor confianza en sí mismas tenían un estilo de afrontamiento más racional y menos emocional. Aunque la influencia de los factores sociodemográficos era muy escasa, la autoestima era algo mayor en las mujeres con nivel de estudios universitario, en las que tenían empleos de mayor nivel, en las casadas y en las que tenían uno o dos hijos.

Palabras clave: autoestima, mujer, salud, estilos de afrontamiento.

INTRODUCCIÓN

Aunque no existe una conceptualización única de autoestima, se considera que es un importante indicador de salud y bienestar. La autoestima global es la más estudiada en psicología y se refiere a los sentimientos característicos de las personas respecto a sí mismas, siendo consistente transituacional y transtemporalmente (Brown, Dutton y Cook, 2001), si bien su estabilidad varía en función del ciclo vital, siendo baja en la infancia, aumentando durante la adolescencia y los primeros años de juventud y disminuyendo durante la edad madura y la vejez (Trzesniewski, Donnellan y Robins, 2003).

Son varios los estudios que muestran relación entre autoestima y salud (véase, por ejemplo, Brown y Mankowski, 1993; DeLongis, Folkman y Lazarus, 1988; Rector y Roger, 1996). Pese a que no se conocen los mecanismos mediante los cuales se da esta relación, se ha planteado que puede ser a través del proceso estrés-enfermedad, aunque tampoco se conoce con exactitud cómo actúa. Algunos autores apuntan a un efecto directo de la autoestima, influyendo en el proceso de valoración primaria, es decir, en la medida en que los sucesos son considerados o bien como retos que permiten el crecimiento o como amenazas; mientras que otros han propuesto que actúa de forma indirecta, influyendo en el afrontamiento del estrés (DeLongis *et al.*, 1988; Moradi y Subich, 2004; Rector y Roger, 1996). Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y

conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas o externas que son valoradas como desbordantes de los recursos del individuo, y se ha planteado que sus funciones protectoras pueden ser a través de tres vías: a) eliminando o modificando las condiciones que generan los problemas; b) controlando perceptualmente el sentido de la experiencia de forma que neutralice su carácter amenazante; y c) manteniendo los efectos emocionales de los problemas dentro de límites manejables (Pearlin y Schooler, 1978). Pero, como señalan estos autores, no todas las formas de afrontamiento son igual de efectivas ni todas se distribuyen por igual en la sociedad, habiéndose encontrado que las mujeres usan con mayor frecuencia estrategias menos eficaces, tales como las centradas en la emoción, mientras que los hombres emplean estrategias más centradas en la solución del problema (véase, por ejemplo, Miller y Kirsch, 1987). Diferencias que parecen surgir de los patrones de socialización tradicionales (Pearlin y Schooler, 1978) y que son menos consistentes en las últimas décadas, quizá como reflejo de los cambios en la consideración social de los roles y las limitaciones asociadas al género (Felsten, 1998) y del aumento de la educación y empleo de la mujer.

Pero estos cambios no se han dado en todas las sociedades por igual ni tampoco han logrado eliminar las desigualdades de género. Así, mientras que la socialización masculina enfatiza la autonomía, la autoconfianza y la independencia, la femenina si-

gue promoviendo la expresión emocional, la búsqueda de intimidad y la dependencia (Olson y Shultz, 1994). Y muchas de las cualidades asociadas con la masculinidad son consistentes con alta autoestima, lo que no sucede con la feminidad, por lo que no sorprende que, generalmente, se encuentre que la autoestima es mayor en las mujeres que en los hombres, aunque la magnitud de la diferencia es pequeña (véase, por ejemplo, el meta-análisis de Kling, Hyde, Showers y Buswell, 1999). Otros factores que parecen ser relevantes son el diferente trato que en la escuela se da a chicos y chicas, el énfasis en la apariencia física de las mujeres, y los diferentes roles que ocupan mujeres y hombres (Cross y Madson, 1997; Kling *et al.*, 1999). Pero dado que muchas diferencias en autoestima han sido atribuidas a factores culturales y que existe evidencia empírica de la influencia de la cultura en la construcción del sí-mismo y en su valoración (Chatham-Carpenter y DeFrancisco, 1998; Tsai, Ying y Lee, 2001) cabe preguntarse en qué medida los resultados son aplicables a otras culturas. Puesto que la mayoría de los estudios sobre autoestima se ha hecho con muestras anglosajonas, en el presente trabajo nos planteamos analizar la relación entre la autoestima y salud en una amplia muestra de mujeres residentes en Canarias, estudiando también la asociación entre autoestima y estrés y su afrontamiento. Otro objetivo es analizar la relación de la autoestima con algunas variables sociodemográficas y de personalidad que parecen ser relevantes en la salud.

MÉTODO

Participantes

La muestra está formada por 2.583 mujeres, residentes en las Islas Canarias, de edades comprendidas entre 18 y 65 años. La edad media es de 33,7, la desviación típica de 11,6 y la mediana de 31. Como podemos observar en la tabla 1, es una muestra muy diversa tanto en el nivel de estudios como en la profesión, estado civil y número de hijos/as, si bien es algo mayor el porcentaje de mujeres con estudios universitarios, solteras y sin hijos/as.

TABLA 1
Características sociodemográficas de la muestra

	N	% válido
Nivel de estudios		
Primarios	699	27,5
Secundarios	823	32,4
Universitarios	1018	40,1
Sin dato	43	
Profesión		
Ama de casa	431	17,0
Estudiante	496	19,6
Empleo manual	552	21,8
Empleo no manual	470	18,6
Profesional	583	23,0
Sin dato	51	
Estado civil		
Soltera	1245	48,6
Casada/unión de hecho	1104	43,1
Separada/divorciada	160	6,3
Viuda	51	2,0
Sin dato	23	
Número de hijos/as		
Ninguno/a	1391	54,1
Uno	282	11,0
Dos	502	19,5
Más de dos	394	15,3
Sin dato	14	

Instrumentos

Además de una hoja de recogida de datos generales, de salud y de hábitos relacionados con la salud, se utilizaron 12 pruebas, la mayoría de las cuales ha sido validada en una muestra de 3.856 personas de la población general, residentes en Canarias.

Inventario de Autoestima (Self-Esteem Inventory, SEI; Rector y Roger, 1993). Se trata de un instrumento construido específicamente para el estudio de la autoestima en la investigación en estrés y salud. En su versión original, la escala está formada por 58 ítems que recogen una medida global de la autoestima, reflejando la valoración de varias competencias, incluidas la personal, interpersonal, familiar, de logro, atractivo físico, y

la valoración del grado de incertidumbre en las mismas. El formato de respuesta es en una escala de 4 puntos que va desde “nunca” (puntuado con 0) hasta “siempre”, que puntúa 3. En el estudio de validación de la versión española se encontró que la estructura factorial era independiente del género, surgiendo dos factores que correlacionaban $-0,47$: uno formado por 28 ítems con una consistencia interna (Alfa de Cronbach) de 0,91, que reflejan una Valoración negativa de sí mismo/a, y otro integrado por 15 ítems que evalúan Autoconfianza y cuya consistencia interna es de 0,87. Ambos se unen a nivel de segundo orden en un único factor que tiene una consistencia interna de 0,93, y en el que saturan ambos 0,75, pero de forma negativa Autoconfianza (Matud, Ibáñez, Marrero y Carballeira, 2003).

Cuestionario de Salud General de Goldberg en su versión en escalas (GHQ-28; Goldberg y Hillier, 1979). El GHQ es un cuestionario diseñado para ser utilizado como un test autoadministrado para detectar trastornos psíquicos en el ámbito comunitario y en medios clínicos no psiquiátricos que se centra en las alteraciones de la función normal, refiriéndose a dos tipos principales de fenómenos: la incapacidad para seguir llevando a cabo las funciones de salud normales y la aparición de fenómenos de malestar psíquico. La versión utilizada consta de 4 subescalas formadas por 7 ítems cada una que representan las dimensiones de Síntomas somáticos, Ansiedad e insomnio, Disfunción social, y Depresión grave, que no son totalmente independientes entre sí y representan dimensiones de sintomatología. En la muestra de validación citada, la consistencia interna fue de 0,88 para las escalas de ansiedad e insomnio y depresión grave; 0,82 para síntomas somáticos; y de 0,72 para disfunción social.

Inventario SF de Síntomas Físicos. Basado en *The General Health Checklist (HSQ)*; Meadows, 1989), es un inventario formado por 39 ítems que evalúan quejas físicas comunes hechas a los médicos de medicina general junto con problemas de tipo menstrual y otros tales como alergias, infecciones o resfriados, que se estructuran en 4 factores que no son totalmente independientes. El primero

está formado por 25 ítems que tienen una consistencia interna de 0,86. Aunque recoge los síntomas de tipo digestivo, en este factor también se incluyen los problemas menstruales y otros tales como calambres, palpitaciones, sofocos o vértigo, por lo que se ha denominado “Síntomas generales”. El segundo está formado por 5 ítems cuya consistencia interna es de 0,77 y agrupa dolor de diversos tipos, tales como articulares, musculares, de espalda, de cuello y dolor de cabeza, por lo que se lo denominó “Algias”. El tercero incluye 4 ítems que tienen una consistencia interna de 0,75 y agrupa estados como gripe y resfriado y síntomas tales como tos, infección de garganta o fiebre, por lo que se ha denominado “Síntomas de resfriado”. Y el cuarto lo integran 4 ítems que tienen una consistencia interna de 0,64 y recoge dificultades de tipo respiratorio, asma y alergias, y se denomina “Alergias”.

Cuestionario de Sucesos Vitales Estresantes (Life Event Stressful Success Questionnaire, LESSQ); Meadows, 1989). Recoge un total de 31 ítems de sucesos vitales y cambios, positivos o negativos, experimentados durante los dos últimos años. Además de la presencia del suceso, las respuestas se puntúan siguiendo dos criterios: la controlabilidad, o posibilidad de ejercer cierto control sobre dicho suceso, y su valoración como muy positivo, neutral o muy negativo.

Cuestionario de Estrés Crónico (Matud, 1998). Instrumento de respuesta abierta que trata de evaluar el estrés crónico de alta intensidad. Para ello se pregunta a la persona por los problemas y conflictos que tiene en la actualidad, pidiéndoles que valoren su gravedad en una escala de 1 (“poco importante”) a 3 (“muy importante”).

Cuestionario de Contrariedades Diarias (Matud, 1998). Cuestionario de respuesta abierta en el que se recoge información acerca de las situaciones cotidianas que se consideran frustrantes o irritantes. La relevancia de cada una se valora en una escala de 1 (“poco importante”) a 3 (“muy importante”).

Cuestionario de Satisfacción con el Rol (SRO); Matud, 1998). Instrumento de respuesta abierta en

el que se plantean cinco cuestiones referentes a la medida en que la persona está satisfecha con su rol laboral (o con el de ama de casa, en caso de dedicarse a tales tareas y carecer de empleo), si es el rol que eligió, si desea cambiar y en qué grado le genera sensación de plenitud. La solución obtenida fue monofactorial, saturando en él todos los ítem y formando un factor que evalúa la Insatisfacción con el rol laboral, cuya consistencia interna es de 0,74.

Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (Coping Styles Questionnaire, CSQ; Roger, Jarvis y Najarian, 1993). Inventario formado por 48 ítems con un formato de respuesta de cuatro alternativas (desde nunca, puntuado como 0, hasta siempre, que se puntúa con 3), que trata de recoger la forma típica de afrontar el estrés y se estructura en cuatro factores. En la validación de la versión en español encontramos que el estilo de afrontamiento de *Racionalización* incluía 14 ítems cuya consistencia interna es de 0,83. *Emocionalidad* estaba formado por 13 ítems que presentan también una consistencia interna de 0,83. *Distanciamiento* lo integran 11 ítems cuya consistencia interna es de 0,75. Y *Evitación* está formado por 6 ítems con una consistencia interna de 0,63.

Cuestionario de Control Emocional (Emotion Control Questionnaire, ECQ; Roger y Najarian, 1989; Roger y Nesshoever, 1987). Está formado por 56 ítems, cuyo formato de respuesta es de verdadero o falso. En la validación transcultural se encontró que la estructura más adecuada era la bifactorial (Roger, García de la Banda, Lee y Olason, 2001). En nuestro estudio de validación citado, el factor *Rumiaciones* estaba formado por 23 ítems con una consistencia interna de 0,84; e *Inhibición emocional* lo integraban 10 ítems cuya consistencia interna es de 0,73.

Escala para Medir el Patrón de Conducta Tipo A (York Toxic Achievement Scale, YTAS; Roger, Nash y Najarian, 1995). Comprende 43 ítems con formato de respuesta en una escala tipo Likert de 4 puntos, con un rango desde “nunca” hasta “siempre», que evalúan las dimensiones “tóxica” y “no tóxica” del patrón de conducta Tipo A. En la factorización de la versión española, el primer

factor está formado por 19 ítems que tienen una consistencia interna de 0,84 y reflejan la dimensión “no-tóxica” de motivación de logro y presión por el tiempo. Y el segundo lo integran 18 elementos que parecen recoger la dimensión “tóxica” del patrón de conducta Tipo A, reflejando hostilidad, irritabilidad y competitividad, siendo su consistencia interna de 0,86. Ambos correlacionan 0,53 y se estructuran en un segundo orden en un único factor cuya consistencia interna es de 0,90.

Cuestionario de Tolerancia a la Ambigüedad (Tolerance of Ambiguity, TAMB). La intolerancia a la ambigüedad se ha vinculado al conservadurismo y dogmatismo y representa un constructo de personalidad que refleja un estilo cognitivo caracterizado por una aproximación al mundo inflexible y rígido emocionalmente (Rector y Roger, 1996). En la versión española del TAMB, elaborado por Roger y su equipo en la Universidad de York, se ha encontrado un factor formado por 22 ítems, con una consistencia interna de 0,84, que evalúa Intolerancia a la ambigüedad.

Escala de Apoyo Social (AS; Matud, 1998). Instrumento diseñado para la evaluación funcional y global del apoyo social percibido. Está formada por 12 ítems que recogen información sobre la disponibilidad de personas que pueden prestar ayuda práctica y/o apoyo emocional. Muestrea las dimensiones de estima, información, compañía y ayuda tangible del apoyo social, y en las mujeres todos los ítem se agrupan en un factor cuyo Alfa de Cronbach es de 0,90 (Matud, Ibáñez, Bethencourt, Marrero y Carballeira, 2003).

Procedimiento

El pase de pruebas fue individual, autoadministrado en el caso de las mujeres con mayor nivel de estudios, y en forma de entrevista en las que era bajo y/o aquellas que prefirieron el procedimiento de entrevista. Las participantes son mujeres que aceptaron participar de forma voluntaria y que cumplían los siguientes requisitos: edad entre 18 y 65 años, no estar embarazadas y no tener ninguna enfermedad ni alteración física que limita-

se seriamente su calidad de vida. El acceso a la muestra fue a través de diversos centros laborales y educativos de las Islas Canarias.

Análisis Estadísticos

Las correlaciones se realizaron con el coeficiente de correlación r de Pearson cuando las variables eran cuantitativas y r_o de Spearman cuando eran ordinales. Con el fin de conocer la relevancia de las variables sociodemográficas, de personalidad, estrés, de los estilos de afrontamiento del estrés y del apoyo social en los dos factores de autoestima, realizamos análisis de regresión múltiple. Para evitar problemas de multicolinealidad incluimos el factor de segundo orden del patrón de conducta Tipo A y no incluimos el número de sucesos vitales estresantes, sino su valoración como incontrolables y como negativos. El modelo de regresión utilizado fue jerárquico por bloques, introduciendo en el paso 1 las variables sociodemográficas; en el paso 2 se incluyeron las medidas de personalidad; en el 3 incluimos las cinco medidas de estrés con el fin de conocer su relevancia en la autoestima, una vez controlados los efectos de las variables de personalidad; los estilos de afrontamiento del estrés se incluyeron posteriormente, en el paso 4; y en el 5 se incluyó el Apoyo social. Y realizamos ANOVAS para conocer si había diferencias en autoestima en función de las categorías sociodemográficas. Los análisis estadísticos se realizaron con la versión 11.5 del programa SPSS para Windows.

RESULTADOS

En la tabla 2 presentamos los coeficientes de correlación entre los dos factores de autoestima y las medidas de salud: los cuatro factores del GHQ-28, los cuatro del inventario de síntomas físicos y el número de enfermedades y consumo de medicamentos autoinformado. Como puede observarse, el factor de Valoración negativa de sí misma correlaciona de forma significativa y positiva con todas las variables citadas, si bien la

magnitud de los coeficientes es mayor cuando se correlaciona con los síntomas de salud mental que con la salud física, destacando la magnitud de las asociaciones con sintomatología depresiva y de ansiedad e insomnio. En el caso de Autoconfianza, encontramos que las correlaciones eran negativas, no siendo significativas las relativas al número de enfermedades y consumo de medicamentos.

TABLA 2
Coeficientes de correlación entre los dos factores de autoestima y las medidas de salud

Variables	Valoración negativa de sí misma	Autoconfianza
Ansiedad e insomnio (GHQ-28)	0,41*	-0,28*
Depresión grave (GHQ-28)	0,55*	-0,43*
Síntomas somáticos (GHQ-28)	0,31*	-0,23*
Disfunción social (GHQ-28)	0,24*	-0,34*
Síntomas generales (SF)	0,26*	-0,23*
Algias (SF)	0,19*	-0,18*
Síntomas de resfriado (SF)	0,11*	-0,08*
Alergias (SF)	0,13*	-0,11*
Nº de enfermedades actuales	0,11*	-0,06
Nº de enfermedades anteriores	0,07*	-0,06
Nº de medicamentos que consume	0,11*	-0,06

* $p < 0,001$

Respecto a las correlaciones con las variables sociodemográficas, de personalidad, estrés, apoyo social y de hábitos relacionados con la salud las mostramos en la tabla 3. Como puede observarse, aunque la mayor parte de las correlaciones con las variables de personalidad y estrés son significativas, la magnitud de los coeficientes es muy diversa. Sólo encontramos un coeficiente de correlación significativo con las variables sociodemográficas, y su magnitud es muy baja, reflejando una ligera tendencia a una menor valoración negativa en las mujeres de más edad. Y la autoestima parece ser independiente del consumo de tabaco, de bebidas alcohólicas y de la práctica de ejercicio físico.

TABLA 3
Coefficientes de correlación entre los dos factores de autoestima y las variables sociodemográficas, de personalidad, estrés, apoyo social y hábitos relacionados con salud

Variables	Valoración negativa de sí misma	Autoconfianza
Edad	-0,11*	0,06
Número de hijos/as	-0,07	0,04
Nivel de estudios [#]	-0,06	0,03
Rumiaciones	0,46*	-0,29*
Inhibición emocional	0,20*	-0,19*
Patrón de conducta Tipo A "tóxico"	0,34*	-0,06
Patrón de conducta Tipo A "no tóxico"	0,33*	-0,07*
Intolerancia a la ambigüedad	0,36*	-0,04
Nº de sucesos y cambios vitales	0,14*	-0,05
Percepción de incontrolabilidad de sucesos y cambios vitales	0,16*	-0,17*
Valoración negativa de los sucesos y cambios vitales	0,13*	-0,16*
Estrés crónico	0,24*	-0,20*
Contrariedades diarias	0,14*	-0,05
Insatisfacción con el rol laboral	0,22*	-0,21*
E. A. E. de Emocionalidad	0,71*	-0,48*
E. A. E. de Racionalización	-0,30*	0,54**
E. A. E. de Distanciamiento emocional	0,02	0,16*
E. A. E. de Evitación	0,09*	0,19*
Apoyo social percibido	-0,31*	0,36*
Nº de cigarrillos diarios	0,01	-0,04
Consumo de bebidas alcohólicas	0,01	-0,02
Nº de horas semanales de deporte	-0,05	0,06

[#] Coeficiente calculado mediante *ro* de Spearman. * $p < 0,001$

En la tabla 4 mostramos los principales resultados del análisis de regresión múltiple prediciendo la Valoración negativa de sí misma. Como puede observarse, aunque es estadísticamente significativa, la relevancia de los factores sociodemográficos es escasa. En el paso 2 se observa cómo el bloque de las variables de personalidad mejoran la predicción, siendo significativos todos los factores en el modelo final, excepto conducta Tipo A. En el paso 3 vemos que la contribución de las medidas de estrés es escasa, siendo significativas en el modelo

final sólo dos de las cinco medidas: la insatisfacción con el rol laboral y el estrés crónico. En el paso 4 observamos cómo los estilos de afrontamiento mejoran sensiblemente la predicción, siendo significativos en el modelo final todos excepto Evitación. Y en el paso 5 constatamos cómo también el Apoyo social percibido es relevante, aunque la magnitud de su contribución es escasa. El porcentaje de varianza explicada en el modelo final es del 57% y destaca la relevancia del estilo de afrontamiento del estrés de Emocionalidad.

Los datos de la predicción del factor de Autoconfianza se muestran en la tabla 5. Como puede observarse, la relevancia de los factores sociodemográficos es muy baja, y también la contribución del bloque de los factores de personalidad es menor que en el análisis anterior, aunque en el modelo final todos los factores fueron significativos. También es escasa la relevancia de las medidas de estrés, pero los estilos de afrontamiento sí hacen una contribución importante a la predicción de la autoconfianza, y el Apoyo social percibido también tiene una cierta relevancia. En el modelo final, la varianza explicada es del 46% y el factor más relevante es el estilo de afrontamiento de Racionalización, seguido del de Emocionalidad, cuyo peso Beta es negativo.

Para conocer la relevancia de los factores sociodemográficos en la autoestima de las mujeres, realizamos análisis de varianza con comparaciones *post hoc* con ajuste de Bonferroni. En la tabla 6 mostramos las medias y desviaciones estándar junto con los datos más relevantes de los ANOVAS en el que se ha tomado como variable dependiente el factor de Valoración negativa de sí misma. Como podemos observar, encontramos diferencias significativas en función de todas las variables analizadas, si bien el porcentaje de varianza explicado es bajo en todos los casos. Las mujeres con estudios universitarios se valoran menos negativamente que las que sólo tienen estudios medios y básicos. En cuanto a la profesión, son las estudiantes las que se valoran más negativamente, diferencias que son estadísticamente significativas respecto a todos los grupos excepto el de mujeres con empleo de tipo manual, las cuales presentan una valoración más

negativa que las mujeres cuyo empleo es de tipo no manual y que las profesionales. Sólo encontramos diferencias significativas en función del estado civil entre dos grupos, mostrando las solteras mayor valoración negativa que las casadas. Y respecto al número de hijos/as, encontramos que las mujeres sin hijos/as se valoran de forma más negativa que las que tienen uno/a o dos, presentando éstas últimas una valoración menos negativa que las mujeres que tienen más de dos hijos/as.

En cuanto a las diferencias en el factor de Autoconfianza, se muestran en la tabla 7. Como podemos observar, también hay diferencias significativas en función de todas las variables sociodemográficas, si bien el tamaño del efecto es

muy escaso y las diferencias se restringen a determinados grupos. Sólo encontramos diferencias significativas entre las mujeres con niveles de estudios medios y universitarios, mostrando éstas últimas mayor confianza en sí mismas. Las diferencias significativas en función de la profesión se dieron sólo entre dos grupos: las estudiantes y las profesionales, teniendo éstas mayor confianza en sí mismas. Y las diferencias significativas en función del estado civil se restringen a los grupos de solteras y casadas, teniendo éstas mayor confianza en sí mismas. Respecto al número de hijos/as, las mujeres sin hijos/as tienen menos confianza en sí mismas que las que tienen uno/a y dos, y la autoconfianza de este último grupo es mayor que el de las mujeres que tienen más de dos hijos/as.

TABLA 4
*Análisis de regresión múltiple prediciendo la puntuación en el factor
de Valoración negativa de sí misma*

Variables predictoras	Cambio en R ²	Cambio en F	gl	Beta
<i>Paso 1</i>	0,027	20,1***	3,2207	
Edad				-0,05*
Número de hijos/as				-0,07**
Nivel de estudios				0,03
<i>Paso 2</i>	0,298	243,1***	4,2203	
Rumiaciones				0,07***
Inhibición emocional				0,05***
Intolerancia a la ambigüedad				0,16***
Conducta Tipo A				0,02
<i>Paso 3</i>	0,043	29,8***	5,2198	
Percepción de incontrolabilidad de sucesos y cambios vitales				0,02
Valoración negativa de los sucesos y cambios vitales				-0,03
Insatisfacción con el rol laboral				0,05**
Estrés crónico				0,07***
Contrariedades diarias				0,03
<i>Paso 4</i>	0,197	248,0***	4,2194	
E. A. E. de Racionalización				-0,15***
E. A. E. de Emocionalidad				0,50***
E. A. E. de Distanciamiento				0,04**
E. A. E. de Evitación				0,02
<i>Paso 5</i>	0,002	11,6**	1,2193	
Apoyo social				-0,06**
R = 0,75				
R ² corregida = 0,57				

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

TABLA 5
Análisis de regresión múltiple prediciendo la puntuación en el factor de Autoconfianza

Variables predictoras	Cambio en R ²	Cambio en F	gl	Beta
<i>Paso 1</i>	0,007	4,96***	3,2207	
Edad				-0,03
Número de hijos/as				0,03
Nivel de estudios				-0,03
<i>Paso 2</i>	0,138	88,7***	4,22037	
Rumiaciones				-0,09***
Inhibición emocional				-0,08***
Intolerancia a la ambigüedad				0,04*
Conducta Tipo A				0,09***
<i>Paso 3</i>	0,055	30,2***	5,2198	
Percepción de incontrolabilidad de sucesos y cambios vitales				-0,02
Valoración negativa de los sucesos y cambios vitales				0,00
Insatisfacción con el rol laboral				-0,07***
Estrés crónico				-0,08***
Contrariedades diarias				0,02
<i>Paso 4</i>	0,258	260,4***	4,2194	
E. A. E. de Racionalización				0,36***
E. A. E. de Emocionalidad				-0,31***
E. A. E. de Distanciamiento				0,00
E. A. E. de Evitación				0,09***
<i>Paso 5</i>	0,011	44,7***	1, 2193	
Apoyo social				0,12***
R = 0,68				
R ² corregida = 0,46				

* p < 0,05; *** p < 0,001

TABLA 6
Medias, desviaciones estándar y ANOVAS en el factor de Valoración negativa de sí misma en función del nivel de estudios, profesión, estado civil y número de hijos/as

	M	D.E.	F	η ² ajustado	Comparaciones Post-hoc
Nivel de estudios:					
1. Básicos	27,6	13,4	7,8***	0,006	1 > 3***
2. Medios	26,7	12,5			2 > 3*
3. Universitarios	25,2	12,0			
Profesión:					
1. Ama de casa	26,2	13,5	10,4***	0,016	1 < 2*
2. Estudiante	28,6	11,8			2 > 4***
3. Empleo manual	27,5	13,3			2 > 5***
4. Empleo no manual	25,2	12,4			3 > 4*
5. Profesional	24,2	11,7			3 > 5***
Estado civil:					
1. Soltera	27,9	12,2	14,2***	0,016	1 > 2***
2. Casada	24,5	12,7			
3. Separada/divorciada	26,6	14,3			
4. Viuda	26,5	12,2			
Número de hijos/as					
1. Sin hijos/as	27,6	12,2	13,9***	0,016	1 > 2**
2. Uno/a	24,6	12,0			1 > 3***
3. Dos	23,8	12,4			3 < 4*
4. Más de dos	26,3	14,1			

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

TABLA 7
*Medias, desviaciones estándar y ANOVAS en el factor de Autoconfianza en función
 del nivel de estudios, profesión, estado civil y número de hijos/as*

	M	D.E.	F	η^2 ajustado	Comparaciones <i>Post-hoc</i>
Nivel de estudios:					
1. Básicos	28,4	8,2	4,6*	0,004	2 < 3*
2. Medios	28,1	7,7			
3. Universitarios	29,2	7,1			
Profesión:					
1. Ama de casa	28,7	8,0	3,4**	0,005	2 < 5**
2. Estudiante	27,8	7,3			
3. Empleo manual	28,4	8,1			
4. Empleo no manual	28,7	7,6			
5. Profesional	29,5	7,0			
Estado civil:					
1. Soltera	27,9	7,5	7,7***	0,009	1 < 2***
2. Casada	29,4	7,6			
3. Separada/divorciada	28,2	8,2			
4. Viuda	29,3	7,3			
Número de hijos/as					
1. Sin hijos/as	28,0	7,5	9,7***	0,011	1 < 2**
2. Uno/a	29,7	7,4			1 < 3***
3. Dos	29,9	7,3			3 > 4**
4. Más de dos	28,2	8,4			

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

DISCUSIÓN

Nuestros resultados confirman la relevancia de la autoestima en la salud, resultados que coinciden con los de otros autores (Brown y Mankowski, 1993; Delongis, Folkman y Lazarus, 1988; Rector y Roger, 1996). De toda la sintomatología evaluada, la depresiva es la más asociada a autoestima y ésta también parece estar relacionada de forma importante con los estilos de afrontamiento del estrés, que es más eficaz en las mujeres con mayor autoestima, resultado que también se ha encontrado en otros estudios (véase, por ejemplo, Rector y Roger, 1996). Pero, aunque esta asociación parece bastante clara, este estudio no nos permite conocer si es la autoestima la que influye en el estilo de afrontamiento del estrés o si el afrontamiento eficaz del estrés contribuye a una mejora de la autoestima de la mujer. En este sentido, aunque refiriéndose al papel modulador de las variables de personalidad en el estrés y en la enfermedad, Roger (1995) ha

planteado la posibilidad de un modelo jerárquico gobernado por el constructo de orden superior de autoestima, y en un estudio posterior (Rector y Roger, 1996) afirman que la autoestima puede influir en el bienestar tanto de forma directa como indirecta, a través de los estilos de afrontamiento y las estrategias de control emocional. También Pearlin, Lieberman, Menaghan y Mullan (1981) han planteado que la autoestima tiene un papel mediador entre el estrés y sus efectos en la salud. Según estos autores, serían las condiciones estresantes crónicas las que harían a las personas susceptibles de perder autoestima, ya que pueden confrontar a la persona con la evidencia de sus propios fallos y con su incapacidad de cambiar las circunstancias. Por el contrario, los sucesos de corta duración o aquellos que se solucionan rápidamente no hacen conscientes a las personas de sus propias deficiencias sino que incluso este tipo de sucesos podría representar una oportunidad para aumentar la valoración de sí mismas. Quizá sea por

ello el no haber encontrado asociaciones en las regresiones múltiples entre las medidas de sucesos y cambios vitales y los factores de autoestima. Y puede ser que las contrariedades diarias tampoco se asocien de forma significativa con autoestima porque no se consideran suficientemente importantes como para afectar a la valía personal.

Aunque la magnitud es menor, también es destacable la asociación del apoyo social con los dos factores de autoestima, sobre todo con el de Autoconfianza; y la Intolerancia a la ambigüedad con la Valoración negativa de sí misma. Y, aunque también mantienen asociaciones bajas, los patrones de control emocional se relacionan de forma significativa con autoestima, presentando más rumiaciones y mayor inhibición emocional las mujeres con menor Autoconfianza y las que se valoran a sí mismas de forma más negativa.

Un resultado que no se puede olvidar es la influencia de las variables sociodemográficas en la autoestima de la mujer, aunque su efecto es mínimo, no llegando a explicar en ningún caso el 2% de varianza. Resulta interesante comprobar cómo, aunque la autoestima está asociada tanto a los roles tradicionales clásicos de esposa y madre, también lo está a otras condiciones menos tradicionales

tales como el tener un nivel de estudios universitario o un buen empleo. Y también es interesante constatar cómo esos efectos “beneficiosos” en la autoestima de los roles tradicionales clásicos desaparecen en función de circunstancias tales como que el número de hijos/as sea superior a dos o el haberse separado o divorciado. También merece atención la menor autoestima mostrada por las estudiantes respecto a los otros grupos de mujeres. Quizás este hecho sea consecuencia de que es más probable que las estudiantes sean más jóvenes, ya que se ha encontrado que la autoestima es menor en la adolescencia y va aumentando gradualmente a través del período adulto (Robins, Trzesniewski, Tracy, Gosling y Potter, 2002).

Pero aunque los resultados son sugerentes, hay que tener en cuenta que este estudio tiene una serie de limitaciones. En primer lugar, los datos se han obtenido por medio de autoinforme. Además, se trata de un estudio correlacional, por lo que sólo se puede hablar de asociación de variables. Y, finalmente, la muestra no es aleatoria. Pese a ello, y dado el tamaño muestral tan elevado, consideramos que los resultados ayudan a profundizar en la relevancia de la autoestima en la salud de la mujer y pueden ser útiles para el diseño de estrategias de intervención que ayuden a su promoción.

REFERENCIAS

- Brown, J. D., Dutton, K. A. y Cook, K. E. (2001). From the top down: Self-esteem and self-evaluation. *Cognition and Emotion*, 15, 615-631.
- Brown, J. D. y Mankowski, T. A. (1993). Self-esteem, mood, and self-evaluation: Change in mood and the way you see yourself. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 421-430.
- Chatham-Carpenter, A. y DeFrancisco, V. (1998). Women construct self-esteem in their own terms: A feminist qualitative study. *Feminism y Psychology*, 8, 467-489.
- Cross, S. y Madson, L. (1997). Models of the self: Self-construal and gender. *Psychological Bulletin*, 122, 5-37.
- DeLongis, A.; Folkman, S. y Lazarus, R. (1988). The impact of daily stress in health and mood: Psychological and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 486-495.
- Felsten, G. (1998). Gender and coping: use of distinct strategies and associations with stress and depression. *Anxiety, Stress, and Coping*, 11, 289-309.
- Goldberg, D. P. y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Kling, K. C.; Hyde, J. S.; Showers, C. J. y Buswell, B. N. (1999). Gender differences in self-esteem: A Meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125, 470-500.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Matud, M. P. (1998). *Investigación del estrés y su impacto en la salud de la mujer en Canarias*. Memoria no publicada del proyecto de investigación del mismo nombre subvencionado por el Instituto Canario de la Mujer.
- Matud, M. P.; Ibáñez, I.; Bethencourt, J. M.; Marrero, R. y Carballeira, M. (2003). Structural differences in perceived social support. *Personality and Individual Differences*, 35, 1919-1929.

- Matud, M. P., Ibáñez, I., Marrero, R. y Carballeira, M. (2003). Diferencias en autoestima en función del género. *Análisis y modificación de conducta*, 29, 51-78.
- Meadows, M. (1989). Personality, stress, and health. Tesis doctoral no publicada. Universidad de York.
- Miller, S. M. y Kirsch, N. (1987). Sex differences in cognitive coping with stress. En R. C. Barnett, L. Biener y G. K. Baruch (Eds.) *Gender y Stress* (pp. 278-307). New York: The Free Press.
- Moradi, B. y Subich, L. M. (2004). Examining the moderating role of self-esteem in the link between experiences of perceived sexist events and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 50-60.
- Olson, D. A. y Shultz, K. S. (1994). Gender differences in the dimensionality of social support. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 1221-1232.
- Pearlin, L. I.; Lieberman, M. A.; Menaghan, E. G. y Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.
- Pearlin, L. I. y Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Rector, N. A. y Roger, D. (1993). Self-concept and emotion-control. Paper presented at the 3rd Annual Meeting of the European Congress of Psychology. Helsinki. Finlandia.
- Rector, N. A. y Roger, D. (1996). Cognitive style and well-being: A prospective examination. *Personality and Individual Differences*, 21, 663-674.
- Robins, R. W.; Trzesniewski, K. H.; Tracy, J. L.; Gosling, S. D. y Potter, J. (2002). Global self-esteem across the life span. *Psychology and Aging*, 17, 423-434.
- Roger, D. (1995). Emotion control coping strategies and adaptive behavior. *Stress and Emotion*, 15, 255-264.
- Roger, D.; García de la Banda, G.; Lee, H. S. y Olason, D. T. (2001). A factor-analytic study of cross-cultural differences in emotional rumination and emotional inhibition. *Personality and Individual Differences*, 31, 227-238.
- Roger, D.; Jarvis, G. y Najarian, B. (1993). Detachment and coping: The construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15, 619-626.
- Roger, D. y Najarian, B. (1989). The construction and validation of a new scale for measuring emotion control. *Personality and Individual Differences*, 10, 845-853.
- Roger, D.; Nash, P. y Najarian, B. (1995). A psychometric and cross-cultural study of "toxic" and "non-toxic" Type-A behaviour. Paper presented at the Annual Conference of the BPS Special Group in Health Psychology, Bristol, Inglaterra.
- Roger, D. y Neshoever, W. (1987). The construction and preliminar validation of a scale for measuring emotion control. *Personality and Individual Differences*, 10, 845-853.
- Tsai, J. L.; Ying, Y. y Lee, P. A. (2001). Cultural predictors of self-esteem. A study of Chinese American female and male young adults. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 3, 284-297.
- Trzesniewski, K. H.; Donnellan, M. B. y Robins, W. W. (2003). Stability of self-esteem across the life-span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 205-220.