

Cátedra Asturias Prevención

# Intervención psicosocial para una prevención de riesgos laborales inclusiva

ANTONIO LEÓN GARCÍA-IZQUIERDO (ED.)



GOBIERNO DEL  
PRINCIPADO DE ASTURIAS

INSTITUTO ASTURIANO DE  
**PREVENCIÓN**  
DE RIESGOS LABORALES



Universidad de Oviedo  
*Universidá d'Uviéu*  
*University of Oviedo*

CÁTEDRA  
ASTURIAS  
PREVENCIÓN



Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada (by-nc-nd): No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.



Usted es libre de copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, bajo las condiciones siguientes:



Reconocimiento – Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el licenciadore:

García-Izquierdo, A. L. (Ed.). (2020). *Intervención psicosocial para una prevención de riesgos laborales inclusiva*. Universidad de Oviedo.

La autoría de cualquier artículo o texto utilizado del libro deberá ser reconocida complementariamente.



No comercial – No puede utilizar esta obra para fines comerciales.



Sin obras derivadas – No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

© 2020 Universidad de Oviedo

© Los autores

Editor: Antonio León García-Izquierdo

Corrección de textos: Ángela Palos

Ilustración portada: Rodrigo de Miguel Martínez de Tejada, "Fisura 061220"

Diseño y maquetación: Chema López Centenero ([www.chem.design](http://www.chem.design))

Algunos derechos reservados. Esta obra ha sido editada bajo una licencia Reconocimiento-No comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional de Creative Commons.

Se requiere autorización expresa de los titulares de los derechos para cualquier uso no expresamente previsto en dicha licencia. La ausencia de dicha autorización puede ser constitutiva de delito y está sujeta a responsabilidad.

Consulte las condiciones de la licencia en: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.es>

Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo

Edificio de Servicios - Campus de Humanidades

ISNI: 0000 0004 8513 7929

33011 Oviedo - Asturias

985 10 95 03 / 985 10 59 56

[servipub@uniovi.es](mailto:servipub@uniovi.es)

[www.publicaciones.uniovi.es](http://www.publicaciones.uniovi.es)

I.S.B.N.: 978-84-18482-01-4

DL AS 1878-2020

# Índice de contenidos

## Prólogo

María Jesús Otero Aparicio

## Sobre el editor

## Agradecimientos

## Relación de autores

21

- 1. Un acercamiento a la intervención psicosocial para una prevención de riesgos laborales inclusiva** 27  
Antonio León García-Izquierdo y Mónica Zuazua Vega
- 2. Cultivando organizaciones saludables y resilientes: Metodología HERO en la prevención de riesgos psicosociales** 53  
Marisa Salanova Soria y Carmen Soler Pagán
- 3. Nuevos paradigmas y marcos de referencia para la gestión de la seguridad: la seguridad-II, las Organizaciones de Alta Fiabilidad y el *mindful organizing*** 77  
Francisco Javier Gracia Lerin
- 4. El cambio de las actitudes en los empleados como factor clave en la prevención de riesgos laborales** 107  
Miguel Ángel Mañas Rodríguez y Pedro Antonio Díaz Fúnez

<b>5. Género y prevención de riesgos laborales</b>	<b>129</b>
Eva Cifre Gallego, Pilar Domínguez-Castillo y Ana López Ramos	
<b>6. Gestión de la prevención de riesgos psicosociales y discapacidad</b>	<b>157</b>
Marina Romeo Delgado, Montserrat Yepes-Baldó y Jordi Serra	
<b>7. La prevención de los riesgos laborales en trabajadores migrantes: desafíos e intervención</b>	<b>189</b>
Ana M. Castaño y Antonio León García-Izquierdo	
<b>8. Envejecimiento activo en el trabajo y preparación para la jubilación</b>	<b>213</b>
Carlos María Alcover	
<b>9. Pobreza laboral: factores de riesgo e impacto psicosocial</b>	<b>243</b>
José Antonio Llosa, Sara Menéndez-Espina y Esteban Agulló-Tomás	
<b>10. Contingencias de origen profesional: accidente de trabajo y enfermedad profesional</b>	<b>271</b>
Paz Menéndez Sebastián e Iván Antonio Rodríguez Cardo	
<b>11. La valoración de la incapacidad profesional</b>	<b>295</b>
José Manuel Vicente Pardo, Araceli López-Guillén García, Antonio León García-Izquierdo, Andrés Santiago Saéz y Pilar Pinto Pastor	
<b>Respuestas a las preguntas para la reflexión tipo test</b>	<b>335</b>

# **Género y prevención de riesgos laborales**

**5**



# Género y prevención de riesgos laborales

---

Eva Cifre Gallego  
Pilar Domínguez-Castillo  
Ana López Ramos

## Objetivos

Al finalizar el presente capítulo será capaz de:

1. Definir el concepto de perspectiva de género en la seguridad y salud ocupacional.
2. Entender cómo el género subyace, en gran parte, a la diferente exposición de hombres y mujeres a los riesgos laborales.
3. Comprender cómo la categoría de género es una herramienta de análisis, así como una herramienta a incorporar en todo el proceso de prevención de riesgos laborales y promoción de la seguridad y salud ocupacional.
4. Conocer el modelo de salud biopsicosocial de la salud con perspectiva de género, así como los modelos de teoría del rol social de género para poder explicar y diseñar medidas dirigidas a la salud ocupacional y a la prevención de riesgos laborales.
5. Describir y diferenciar buenas prácticas a la hora de realizar una evaluación de riesgos con perspectiva de género.

# Índice

- 1. Introducción**
  - 1.1. *Perspectivas del abordaje de género en relación con la seguridad y la salud ocupacional***
- 2. Aproximaciones teóricas**
  - 2.1. *Conceptos teóricos fundamentales***
    - 2.1.1. Sexo
    - 2.1.2. Género
  - 2.2. *Modelo biopsicosocial de la salud desde la perspectiva de género***
  - 2.3. *Teoría del rol social de género y de la congruencia del rol de género***
- 3. Riesgos laborales, salud ocupacional y género**
  - 3.1. *Vigilancia de la salud***
  - 3.2. *Higiene industrial***
  - 3.3. *Seguridad en el trabajo***
  - 3.4. *Ergonomía y Psicología***
    - 3.4.1. Ergonomía
    - 3.4.2. Psicología
      - 3.4.2.1. CONSECUENCIAS EN LA SALUD OCUPACIONAL PSICOSOCIAL DE MUJERES Y HOMBRES
- 4. Propuestas de intervención en Seguridad y Salud Ocupacional con perspectiva de género**
  - 4.1. *Propuestas desde organismos oficiales***
  - 4.2. *Nuestras propuestas para incrementar la igualdad y disminuir los riesgos laborales con perspectiva de género***
- 5. Resumen y conclusiones**
- 6. Preguntas para la reflexión**
- 7. Referencias bibliográficas**



## 1. Introducción

El trabajo remunerado es el ámbito donde las personas adultas dedican la mayor parte de su día a día. Esto es así tanto en el caso de los hombres como de las mujeres, quienes suponían en 2018 el 48,5% de la fuerza laboral global (Organización Internacional del Trabajo [OIT]; *International Labour Organization, [ILO]*, 2018) y un 46,51% de afiliación en la Seguridad Social española (Servicio Español Público de Empleo [SEPE], 2019).

Ya que dedicamos una décima parte de nuestra vida a este ámbito, el trabajo ha de ser construido de forma que no dañe la salud de las personas. Por este motivo, nace la Prevención de Riesgos Laborales (PRL). La legislación vigente en nuestro país de Prevención de Riesgos Laborales es la ya conocida Ley 31/1995, donde se expone en el artículo 14 que “los trabajadores (y *trabajadoras*, añadiríamos nosotras) tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo”. Es decir, que las personas trabajadoras tienen el derecho de desarrollar su trabajo de forma que este no repercuta negativamente en su salud y bienestar. No obstante, la prevención de riesgos, así como otras ramas del conocimiento, han sido estudiadas y aplicadas desde una perspectiva androcéntrica, donde se estandariza las necesidades de la humanidad desde la perspectiva del varón. Esto tiene graves repercusiones en la salud de las personas trabajadoras y, más concretamente, en la salud y el bienestar de las mujeres.

Tradicionalmente, dado que el trabajo público era desempeñado casi en exclusiva por los hombres, los estudios que evaluaban los riesgos en el trabajo tenían una visión en su mayoría masculina. Esto produce que, ante un mismo trabajo, se adopten estándares o valores que son inocuos para los hombres, pero perjudiciales para las mujeres. A esto lo denominaríamos *diferente vulnerabilidad* y estaría más ligado a las diferencias biológicas o, lo que es lo mismo, al sexo de la persona. Esto ocurre sobre todo respecto a los valores de exposición a químicos o a los riesgos biológicos, cuyos estándares están pensados para varones, sin tener en cuenta la diferente condición física del cuerpo de la mujer. Por otro lado, debido a estos roles de género existentes, es posible que aunque una mujer y un hombre desempeñen el mismo puesto, no realicen las mismas tareas, lo que conocemos como *diferente exposición*. Por este motivo, se requiere la adopción de la perspectiva de género cuando hablamos de riesgos laborales.

En este sentido, y de acuerdo con la Agencia Europea para la Salud y la Seguridad en el Trabajo ([AESST]; *European Agency for Safety and Health at Work, [EU-OSHA]*, 2020):

Los hombres y las mujeres no son los mismos biológicamente (diferencias de sexo) y los trabajos que realizan, sus condiciones laborales y cómo son tratados por la sociedad no son iguales (diferencias de género) [...]. Dichas diferencias pueden afectar a los riesgos que los hombres y las mujeres se enfrentan en el trabajo y el modo en el que se evalúan y controlan.

Es decir, tanto las diferencias biológicas (sexo) como las diferentes condiciones laborales y el diferente trato ofrecido a hombres y mujeres por la sociedad (género) pueden afectar a los riesgos laborales a los que estos y estas se enfrentan de manera diferencial. De ahí la importancia del análisis, la evaluación y el control de estos riesgos en el ámbito laboral al integrar la perspectiva de género.

## **1.1. Perspectivas del abordaje de género en relación con la seguridad y la salud ocupacional**

De acuerdo con el *European Institute for Gender Equality*, hablar de *perspectiva de género* supone tener en cuenta las diferencias basadas en el género a la hora de analizar cualquier fenómeno, política o proceso social. Como hemos visto, resulta fundamental emplear esta perspectiva a la hora de realizar un acercamiento a la seguridad y salud ocupacional (SSO) en general, y a los riesgos psicosociales en particular. De acuerdo con la AESST (2005), ha habido tradicionalmente cuatro acercamientos al género en SSO:

1. Género estereotipado (*stereotyped gender*), donde las diferencias son aceptadas o exageradas (por ejemplo, las mujeres son vistas como el sexo débil);
2. Género neutro (*gender-neutral*) o ceguera de género (*gender-blind*), donde la igualdad se promueve ignorando las diferencias (puede haber discriminación si el acercamiento se basa en normas masculinas);
3. Sensibilidad al género (*gender sensitivity*), basada en la incorporación de las diferencias, aspectos, y del desequilibrio dentro de las estrategias y acciones de salud.
4. Transversalidad de género (*gender mainstreaming*), que considera la dimensión de igualdad de género en todas las fases (planificación, implantación, y evaluación) de todas las actividades y políticas de salud de la empresa.

La adopción de un acercamiento de *género estereotipado* o un enfoque *neutral a los géneros* puede conllevar el riesgo de que las mujeres trabajadoras sean infravaloradas o incluso ignoradas (AESST, 2003). Por ejemplo, si pensamos en sectores con alto riesgo de accidentalidad o de riesgo físico, es más fácil pensar en sectores como la construcción o la pesca (puestos masculinizados) que en sectores como el sector sanitario y social, donde las mujeres desarrollan su labor en mayor porcentaje. Sin embargo, un cuidadoso examen de las verdaderas circunstancias de trabajo muestra que tanto hombres como mujeres pueden enfrentarse a importantes riesgos laborales. Por ejemplo, el levantamiento de cargas en el tratamiento con pacientes en el sector sanitario o los riesgos de enfrentamientos peligrosos en servicios sociales al tratar, por ejemplo, con agresores por violencia de género.

La *sensibilidad de género* es más que comparar las tasas de enfermedades y lesiones de mujeres y hombres. Es un reexamen de la realidad laboral que impone cambios en la forma habitual de proceder para mejorar la calidad de la información sobre trabajadores y trabajadoras (Messing et al., 2003). Un último paso lo constituye la *transversalidad*, donde el “género” funciona como una categoría analítica que nos permite ver con nuevas “lentes”, que a su vez ayudan a interpretar la complejidad de la realidad. Esto ocurre tanto en el ámbito aplicado como en el de la investigación, donde la salud ocupacional tanto de mujeres como de hombres merece atención científica. Por este motivo, la comunidad científica “necesita considerar los efectos del género en como los aspectos de salud ocupacional son experimentados, expresados, definidos y tratados” (Messing et al., 2003, p.618). Para nosotras, esto es lo que constituye *la perspectiva de género en Seguridad y*

*Salud en el Trabajo*. En el próximo apartado, desarrollaremos la base teórica que sustenta este abordaje.

## **2. Aproximaciones teóricas**

Transversalizar la perspectiva de género es una estrategia aceptada internacionalmente, cuyo objetivo es institucionalizar la igualdad de género en todos los sectores. Debido al impacto que el género tiene en la salud de hombres y mujeres, se considera imperativo que todas las personas profesionales que trabajan en la gestión de la salud ocupacional cuenten con las habilidades y conocimientos necesarios para dar respuesta a las desigualdades basadas en el género (Organización Mundial de la Salud [OMS]; *World Health Organization [WHO]*, 2011).

En el ámbito de la salud ocupacional y PRL es imprescindible que las personas preventivistas puedan dirigir sus esfuerzos a reducir los riesgos, las desigualdades y las vulnerabilidades diferenciales que las personas enfrentan en función no solo de su sexo sino del género (entendido este como construcción y categoría social). Integrar este enfoque transversal de perspectiva de género en todas las fases para una correcta implementación de una estrategia de prevención de riesgos implica entender la complejidad de la construcción del sistema sexo-género en nuestra sociedad. De esta manera se puede visibilizar, poner de manifiesto y hacer presentes riesgos y vulnerabilidades diferenciales no tenidas en cuenta.

Exponemos a continuación un breve acercamiento a los conceptos que nos proporcionan las herramientas conceptuales para poder integrar la perspectiva de género en todo el proceso dirigido a diseñar programas de PRL.

### **2.1. *Conceptos teóricos fundamentales***

#### **2.1.1. Sexo**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), el término “sexo” implica la referencia a características biológicas (dimorfismo cromosómico, gonadal, hormonal, cerebral y genital) e incluye aspectos relacionados con la reproducción y la sexualidad. Es un concepto multidimensional que se convierte en una noción binaria (hombre-mujer), aunque la mayoría de los elementos que lo componen (por ejemplo, diferencias hormonales y cromosómicas) son en realidad un continuo.

Tradicionalmente los programas e intervenciones en PRL se han centrado en la categoría “sexo”, ya que se han enfocado en entender cómo las citadas diferencias biológicas suponen riesgos, exposiciones y vulnerabilidades diferentes para mujeres y hombres.

#### **2.1.2. Género**

A partir de las citadas diferencias anatómicas-sexuales, las sociedades asignan a las personas modos de ser, actuar, pensar, sentir, etc. que, una vez interiorizados, guiarán, entre otras cosas, el tipo de profesiones a las que han de adscribirse y como ha de ser su

comportamiento en general. Por lo tanto, las mujeres y los hombres no solo difieren en biología, sino que también difieren en los roles y responsabilidades que la sociedad les asigna, así como en sus posiciones en la familia y en la comunidad. Todo esto afecta en los riesgos a los que se exponen y es importante que las personas profesionales que trabajan en cualquier área de la salud puedan dar respuesta a las necesidades diferenciales citadas (Matud, 2017).

Marta Lamas (2017) enfatiza que la categoría “género” se refiere a la simbolización que cada cultura elabora sobre la diferencia anatómica-sexual de los cuerpos, estableciéndose normas y expectativas sociales, roles y atributos sobre las personas en función de la correspondencia con sus cuerpos. El género no es solo “identidad de género” sino que hemos de destacar que el género incluye “normas de género”, “roles y estereotipos de género” y las “relaciones de género”.

La “identidad de género” tiene que ver con el sentimiento de ser hombre o mujer y se produce por un proceso de identificación. A su vez, la identificación realizada influye en sus sentimientos y comportamientos al estructurar la identidad, y es diferente de la orientación sexual (una persona puede tener una identidad femenina y sentirse atraída por hombres, por mujeres, por ambos o por ninguno de los dos).

Los “roles de género” son estándares de comportamiento que el grupo social define como apropiados para hombres y mujeres, e influyen en la vida diaria de las personas: son las reglas sobre cómo sentirse, qué esperar, qué gestos son correctos, cómo vestirse, a qué se puede aspirar, cómo expresarse y cómo relacionarse. Los roles de mujeres y hombres se fundamentan simbólicamente en las expresiones de feminidad y masculinidad y pueden regular el comportamiento hasta tal punto que puede limitar el desarrollo individual cuando estos son rígidos (Sánchez-López y Limiñana-Grass, 2017). Los roles demandados a los hombres se relacionan con la responsabilidad económica en las familias, así como con proveer económicamente a sus hogares. En el ámbito laboral-profesional, los roles que se esperan de ellos tienen que ver con la toma de decisiones, el liderazgo, la autonomía y la aspiración continua hacia el éxito. Por el contrario, los roles demandados a las mujeres se relacionan con la responsabilidad del cuidado y de la felicidad de las personas de la familia y, en el ámbito laboral-profesional, con el desarrollo de cualidades como la expresión emocional, la búsqueda de acuerdos y el priorizar los intereses grupales a los personales. En este sentido, los estudios han puesto de manifiesto que los puestos masculinizados incluyen largas horas de trabajo con disponibilidad casi total (el 32% trabaja más de 10 horas, el 26% trabaja de noche, y el 56% trabaja en sábado), así como un alto presentismo para justificar su valía, que conlleva una baja conciliación familia-trabajo (Cifre y Domínguez-Castillo, 2020). Por otro lado, las mujeres en mayor medida siguen siendo las encargadas de las tareas y de la responsabilidad del hogar (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2011).

Los “estereotipos de género”, en el caso de los hombres, tienen que ver con la agencia (el hacer) y la intelectualidad, mientras que en el caso de las mujeres con la expresividad emocional y la comunalidad. Una vez asumidos estos estereotipos como propios, pasan a formar parte de la identidad. Conocer los estereotipos existentes en la sociedad resulta fundamental, puesto que implican procesos cognitivos, emocionales y conductuales. La *dimensión cognitiva* de los estereotipos hace referencia a los pensamientos, a las ideas y a las creencias globales y generales sobre mujeres y hombres. El *componente emocional* es

el responsable de que pueda haber sentimiento de rechazo, lo que conduciría a los prejuicios. El *componente conductual*, al ser la tendencia a actuar, se expresaría en una posible discriminación. Es importante para las personas que trabajan en PRL ser conscientes de estos procesos, puesto que pueden dificultar realizar diagnósticos sensibles al género: es fácil caer en procesos discriminatorios al asumir que no se promociona a mujeres desde el departamento de recursos humanos “porque a ellas les gusta más trabajar en grupo y no estar al mando” o situar a hombres en puestos de toma de decisiones importantes “porque a los hombres les sale de manera natural”, sin tener en ningún caso en cuenta las diferencias individuales de las personas en cuestión (hay mujeres que quieren ascender y hay hombres que, de no ser por el sueldo extra, preferirían no hacerlo).

Otras de las herramientas teóricas necesarias para realizar diagnósticos y evaluaciones desde la perspectiva de género son las “relaciones de género” que definen cómo las personas deben interactuar con los demás y cómo estos se relacionan con ellos/ellas, dependiendo de su género atribuido. Estas relaciones deben analizarse dentro del contexto cultural en el que se desarrollan, ya que se encuentran mediatizadas por relaciones de poder, desigualdad, etc. y pueden dar lugar, por ejemplo, al acoso sexual en el trabajo (relación de poder del hombre sobre la mujer), que puede estar naturalizado en la organización y producir su invisibilización.

No cabe duda de que el género supone un elemento central en la configuración subjetiva de cada persona al implicar normas sociales a las que se intenta dar respuesta. El género como categoría social influye en el modo de entendernos como personas trabajadoras, de situarnos y de actuar ante los riesgos, vulnerabilidades y discriminaciones en el ámbito laboral, así como nos permite realizar un análisis de las dinámicas relacionales, de los riesgos, etc. que se producen en las organizaciones y que afectan e influyen de modo diferencial en mujeres y hombres.

Una vez expuestas las categorías teóricas proponemos un breve recorrido por los modelos teóricos que nos ofrecen las herramientas necesarias para que la prevención en riesgos laborales tenga transversalizado, en todas sus fases, el enfoque de género. Posteriormente, en el siguiente apartado, recorreremos los diferentes riesgos laborales relacionados con la salud ocupacional desde un abordaje aplicado a la perspectiva de género.

## **2.2. *Modelo biopsicosocial de la salud desde la perspectiva de género***

Durante el siglo xx, el concepto de salud se amplió para considerar no solo relevante el estudio de la enfermedad, sino la promoción del bienestar. La Organización Mundial de la Salud afirmó en 1947 que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo de la ausencia de afecciones o enfermedades.

En 1977, George Engel plantea el modelo biopsicosocial de la salud en el que considera que las esferas biológicas, sociales (el contexto social) y psíquicas (la experiencia subjetiva vivida) han de contemplarse para conocer los procesos de salud-bienestar-malestar de un modo más adaptado a la experiencia de las personas. Consideramos que esta concepción biopsicosocial de la salud es la más apropiada para nuestro enfoque de salud ocupacional y PRL desde la perspectiva de género. Sara Velasco (2009) integra el enfoque de género en el modelo de salud partiendo de que la categoría de género es una

dimensión producida por la interacción entre la *esfera social* (las personas reciben una socialización diferenciada en función de su sexo, instaurándose así la existencia de roles, estereotipos, etc.); y la *esfera psíquica* (donde se produce una interiorización psíquica e individual de los mandatos sociales, convirtiéndose por tanto en deseos propios y determinando aspiraciones profesionales, actitudes, modos de relacionarse y de vivir). La *esfera biológica*, que abarca el cuerpo en toda su extensión y es donde se situaría el sexo biológico es la tercera esfera que interviene tanto en el proceso de construcción identitaria de género como en la experiencia y en la expresión del propio género.

Las personas no somos un libreto en blanco en el que se graban los mandatos sociales de género, sino que existe una adaptación individual, donde cada persona conforma su “masculinidad y feminidad”. La masculinidad y la feminidad elaboradas individualmente supondrán desarrollar determinadas características instrumentales-de agencia como autonomía, liderazgo, decisión, etc. (asociados tradicionalmente a la masculinidad), así como expresivas-comunales (cuidado, emocionalidad, dependencia, etc., asociadas tradicionalmente a la feminidad). La auto-identificación con los roles de género y la posición subjetiva de feminidad-masculinidad que las personas ocupan determinan (Matud, 2017) los modos de posicionarse ante acontecimientos y experiencias laborales, así como la diferente exposición a riesgos y vulnerabilidades específicas (como veremos a lo largo del capítulo).

La salud ocupacional ha de concebirse, desde este paradigma, atendiendo a cómo las tres esferas interactúan constantemente para dar lugar a los propios comportamientos. Tener en cuenta la interrelación de las diferentes esferas se hace imprescindible, puesto que nos hace entender cómo muchos riesgos y vulnerabilidades son fruto de procesos psicosociales (interrelación entre las esferas sociales y psíquicas) que se interactúan con la esfera biológica.

Un ejemplo de esto es que, cuando los hombres que se identifican con normas tradicionales de masculinidad se enfrentan a malestares del estado de ánimo y problemas de estrés y ansiedad relacionados con lo laboral, no son capaces de expresar lo que realmente viven, sienten y experimentan. Al analizar lo que ocurre desde el modelo biopsicosocial de la salud con enfoque de género, podemos comprobar que el modelo de masculinidad tradicional no permite la expresión de las emociones en general, y de las dificultades relacionadas con la depresión en particular, al asociarlos con una supuesta vulnerabilidad que tan solo se asocia a la feminidad tradicional. Es la esfera psíquica la que interioriza la norma de género masculino y regula el comportamiento; si transgrede la norma, el hombre se creará débil y temerá ser considerado alguien de menos valía en su organización: la vergüenza actúa regulando el comportamiento. Esto, a su vez, aumentará los síntomas físicos y se generará una espiral donde se perpetuarán los malestares (Cifre y Domínguez-Castillo, 2020).

A medida que se interiorizan los mandatos de género en la dimensión psíquica y en la subjetividad, en cada persona se producen procesos de regulación para dar respuesta a los ideales de ser hombre y de ser mujer que la sociedad establece. Hacemos referencia a mecanismos como la culpa, la vergüenza, el sentido de inferioridad, etc., que operan en lo intrapsíquico al servicio del cumplimiento de los mandatos sociales y que suelen provocar procesos de malestar biopsicosocial. Otro ejemplo se da en el conflicto trabajo-familia (que veremos más detalladamente), donde la culpa actúa en las mujeres al sentir que no son capaces de desarrollar adecuadamente el ideal de maternidad.

### **2.3. Teoría del rol social de género y de la congruencia del rol de género**

La teoría del rol social en general, o la teoría del rol de género en particular, explica cómo los estereotipos de género influyen en el comportamiento social de hombres y mujeres.

La división sexual del trabajo se encuentra en la base de cómo las mujeres asumieron responsabilidades en el hogar (desarrollando un comportamiento comunal o expresivo, amigable y desinteresado que inhibe su agresión), mientras que los hombres se desarrollaron en el trabajo productivo y en la esfera social (expresando rasgos de independencia, asertividad y competencia e instrumentalidad, así como aprendiendo desde niños a ser más agresivos) (Eagly, 1987).

Las personas aprendemos el comportamiento social del rol de género mediante la socialización, y son los roles integrados en la propia identidad los que determinan las elecciones profesionales, las negociaciones en los conflictos, así como las aspiraciones y los modos de relacionarse de hombres y mujeres en la esfera laboral. Las personas tienden a buscar la congruencia entre la expresión de género y los roles asignados a la propia identidad de género, tal como pusieron de manifiesto Alice Eagly y Steven Karau en 2002 con su teoría sobre la congruencia del rol de género.

Este marco teórico sirve de base para gran parte de la investigación sobre cómo actúan y se desenvuelven mujeres y hombres en el ámbito profesional. Uno de los objetos de estudio ha sido cómo hombres y mujeres se desarrollan en las negociaciones: mientras que los hombres son capaces de realizar la misma intensidad de negociación cuando están en juego tanto beneficios propios como beneficios de otras personas, las mujeres sin embargo realizan una negociación más eficaz (y son capaces de mostrar rasgos estereotípicos de instrumentalidad-agencia) cuando defienden los intereses de los demás que cuando han de defender sus propios intereses (Bear y Babcock, 2015). La teoría de congruencia de rol también explica cómo las personas interpretamos y damos valor a la ejecución de hombres y mujeres en función de esta congruencia de rol. Las mujeres en puestos de liderazgo suelen considerarse menos eficaces que los hombres debido a que no se considera “congruente” el desarrollo de rasgos de liderazgo y toma de decisiones con el hecho de ser mujer (Eagly y Carli, 2007).

Tanto la teoría del rol social como la teoría de congruencia de rol nos ofrecen las herramientas para entender los fenómenos tanto de la segregación vertical como de la horizontal, importantes en la medida que suponen riesgos psicosociales relacionados con la salud ocupacional. La *segregación vertical* pone de manifiesto las dificultades que

tienen las mujeres para acceder a los puestos más elevados de la jerarquía organizacional. Según la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA) tan sólo un 10% de las mujeres ocupan cargos de alta dirección (Conde-Ruiz y Marra De Artíñano, 2016). Además, sus puestos se caracterizan por disponer de una menor autonomía, así como escasas oportunidades para el desarrollo profesional (Romero et al., 2008). La *segregación horizontal* hace referencia a cómo hombres y mujeres acceden a diferentes tipos de trabajo aún dentro de la misma categoría profesional: trabajos feminizados (centrados en el cuidado de otras personas) versus masculinizados (centrados en la toma de decisiones, o más técnicos), relacionados con los diferentes atributos estereotipados (Artazcozet al., 2007). Esta segregación es el resultado de un proceso de socialización diferenciada que se inicia desde la niñez y culmina en la edad adulta, cuando la persona ha asimilado estos roles de género como propios y “normales”. El problema ocurre cuando estas normas o roles de género son transgredidos por las personas, por ejemplo, cuando un hombre trata de trabajar en una profesión feminizada o viceversa. Estas personas que transgreden lo establecido para su género tienen muchas dificultades para acceder al empleo (Luis Carnicer et al., 2007) y, las que consiguen acceder, pueden enfrentarse a mayores desafíos y riesgos que sus compañeras o compañeros del otro sexo.

Hemos descrito ambos *procesos de segregación* desde las *barreras estructurales* que desde las organizaciones se implementan; pero, junto a ellas, también se dan las *barreras subjetivas* (Burin, 2008): regulaciones que mujeres y hombres realizan de su propio comportamiento para dar respuesta a los roles, rasgos y estereotipos de género incorporados en su subjetividad y en los productos de los mandatos sociales. Por ejemplo, en el caso del *techo de cristal* (uno de los procesos que se dan en la segregación vertical), denominamos *barrera subjetiva* al hecho de que las mujeres se puedan sentir cohibidas al ocupar puestos de liderazgo. Para ello, necesitarían actuar con rasgos y actitudes estereotípicos de la instrumentalidad-agencia (más vinculados tradicionalmente a la masculinidad) con los que ellas, o bien no se sienten con la capacidad de desarrollarlos, o consideran que pueden tener alguna sanción social en el caso de actuar conforme a ellos.

### 3. Riesgos laborales, salud ocupacional y género

Los aspectos tratados en los apartados anteriores llevan a la conclusión de que existen diferencias en el ámbito laboral (trabajos, tareas...) que suponen una diferente exposición y que, al unirse en algunos casos con diferente vulnerabilidad, pueden afectar a los riesgos a los que las mujeres y los hombres se enfrentan en el trabajo y, por tanto, a su SSO. En concreto, según la página web *Women and safety and health at work*, que pertenece a la AESST (s.f.) estas diferencias se centran principalmente en que las mujeres: trabajan en sectores y en tipos de trabajo específicos; deben equilibrar sus responsabilidades laborales y familiares; están infrarrepresentadas en los niveles de supervisión y dirección, así como son físicamente diferentes a los hombres. Aunque a menudo hay más variación entre mujeres que entre mujeres y hombres, por ejemplo, en fuerza física, ellas desarrollan trabajos que se asumen, a menudo de manera equivocada, como seguros y sencillos.

Estas diferencias se han hecho más evidentes en la reciente pandemia de la COVID-19, puesto que el estado de alarma y el confinamiento en los hogares está suponiendo la adopción en gran medida del teletrabajo como práctica habitual y la teleformación



para todos los niveles educativos. Esto provoca situaciones que han vuelto a poner de manifiesto la necesidad de abordar la SSO con perspectiva de género. De acuerdo con el Instituto de la Mujer (2020), esta crisis ha supuesto una sobrecarga en el trabajo sanitario, donde las mujeres representan el 70% del personal en todo el mundo y en los servicios esenciales. Además, también son mayoría en sectores del comercio de alimentación, en los servicios de limpieza hospitalaria y de residencias, que son esenciales para el mantenimiento de la población. También ha evidenciado que las mujeres siguen realizando los cuidados en el hogar, lo que supone tanto el trabajo doméstico como el cuidado de personas dependientes, lo que las ha llevado a no poder seguir trabajando al encontrarse cerrados los centros escolares. Esto a su vez conduce a las mujeres a sufrir mayor precariedad y pobreza laboral y a estar en un peor lugar para afrontar un nuevo periodo de crisis (especialmente mujeres jóvenes, mujeres con baja cualificación y mujeres migrantes). Además, algunos de los sectores más afectados por la COVID-19 son el comercio, el turismo y la hostelería, altamente feminizados.

Sin embargo, muchas de estas diferencias son frecuentemente ignoradas en la práctica de SSO. Es más, es habitual que los riesgos por sobrecarga y por estrés de las mujeres en el trabajo sean infraestimados. Sin embargo, no es menos cierto que los hombres continúan teniendo riesgos asociados, en muchos de los casos, a su “masculinidad tradicional”. Como consecuencia de ello, los hombres tienen un número muy elevado de accidentes laborales (por cada 100 días de baja, 32 son atribuibles a accidentes del trabajo —el doble que en el caso de las mujeres—), de accidentes de trabajo mortales (473 hombres frente a 23 mujeres) o con partes de baja (361.983 hombres frente a 153.099 mujeres) y, aunque las mujeres tienen más accidentes de trabajo *in itinere* (45.032 mujeres frente a 36.492 hombres), los de los hombres son mortales en mayor proporción (100 hombres frente a 33 mujeres) (Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, 2015; Estadística de Accidentes del Trabajo, 2017).

Por todo esto, es importante abordar los riesgos siempre con perspectiva de género, dado que hombres y mujeres no se encuentran en la misma situación, ni objetiva ni subjetivamente. A continuación, analizaremos los riesgos laborales con esta perspectiva de género en cada una de las especialidades con las que cuenta la PRL en España: 1) Vigilancia de la salud; 2) Higiene industrial; 3) Seguridad en el trabajo; y 4) Ergonomía y Psicología (Ministerio de Asuntos Sociales, 2015), incluyendo las consecuencias para la salud ocupacional psicosocial de todos estos riesgos con perspectiva de género.

### **3.1. Vigilancia de la salud**

La vigilancia de la salud, también conocida como medicina del trabajo, hace referencia al estudio de cómo los riesgos presentes en el entorno de trabajo pueden afectar a la salud, tanto por ser causantes de accidentes laborales como por la aparición de enfermedades profesionales. Además, quienes se especializan en medicina del trabajo también tienen la labor de realizar peritajes sobre la influencia de las condiciones de trabajo en las posteriores incapacidades (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996).

A pesar de no existir protocolos o pruebas específicas para determinar el estado de salud de las mujeres en los reconocimientos médicos más allá de las pruebas para la determinación del riesgo para el embarazo o la lactancia, sí que existen ciertas enferme-

dades profesionales más prevalentes en mujeres. Algunas de esas enfermedades profesionales feminizadas son las siguientes (Vallejo, 2007):

- *Lesiones musculoesqueléticas*, donde el 73% de los casos son mujeres. En su mayoría se manifiesta como artrosis en las articulaciones, especialmente en mujeres de edad avanzada (mayores de 50 años). Hay que tener en cuenta que la osteoporosis, o la pérdida de densidad ósea, jugará un papel fundamental en el desarrollo de lesiones *musculoesqueléticas* en las mujeres mayores.
- *Afecciones en el sistema locomotor*, que también ocurren mayoritariamente en mujeres de edad avanzada. Los ejemplos más comunes de dichas afecciones son el lupus eritematoso sistémico, el síndrome de Sjögren o la esclerosis sistémica progresiva.
- *Dolencias broncopulmonares*. El hecho de estar expuestas a polvos y/o aerosoles las hace más propensas a sufrir asma, bronquiolitis adulta criptogénica o linfangiomiomatosis pulmonar.
- *Enfermedades cardiovasculares* tanto en mujeres jóvenes, donde es predominante la enfermedad de Raynaud, como en mujeres adultas, donde es habitual la arteritis de Horton.

Por último, es interesante advertir de una enfermedad emergente que también se presenta mayoritariamente en las mujeres y que puede generarse o agravarse por las condiciones de trabajo: la *fibromialgia*. Además, la fibromialgia puede dificultar la actividad laboral de la persona trabajadora, incrementando otros riesgos, como los riesgos psicosociales.

### **3.2. Higiene industrial**

La Higiene industrial es la disciplina preventiva que se encarga de controlar las condiciones del entorno laboral, identificando y evaluando los contaminantes que pudiera haber en el medio ambiente (Universitat de València, 2020). Habitualmente, podemos encontrar tres tipos de contaminantes en función de su naturaleza: químicos, físicos o biológicos. Centrándonos en los primeros, los contaminantes químicos, encontramos algunos problemas en su evaluación, derivados de la escasa utilización de la perspectiva de género.

En primer lugar, las mujeres suelen estar más expuestas a profesiones donde existen *contaminantes químicos*. Por ejemplo, en el sector de la limpieza existe un 82,95% de ocupación femenina. En este sector se está expuesto a una gran cantidad de productos químicos (disolventes, lejías, detergentes, productos de control de plagas...) que pueden ser tóxicos en según qué cantidades. Otro ejemplo lo podemos encontrar en los grupos profesionales de peluquería y/u otros especialistas en tratamientos estéticos donde el porcentaje de mujeres ocupadas asciende al 94,7%, mientras que solo un 5,3% de los hombres accede a este tipo de empleos. Además de los peligros por contaminantes químicos que se encuentran en los aerosoles, tintes, cremas, etc..., este sector también está expuesto a contaminantes físicos derivados de formas de energía electromagnética o calorífica, presentes en algunos tratamientos (Servicio Público de Empleo Estatal, 2019).

Otro de los sectores donde cada vez se incorporan más mujeres es la industria agroalimentaria. Este último ejemplo representa uno de los casos más evidentes para explicar el efecto de *diferente exposición*. La diferente exposición hace referencia a que, incluso cuando la categoría laboral o el grupo laboral es el mismo para hombres que para mujeres, las tareas que realizan y, por tanto, los riesgos a los que están expuestos, no lo son. Dentro del sector agroalimentario, los hombres se dedican más a tareas que están relacionadas con el manejo de cargas, mientras que las mujeres realizan, en su mayoría, actividades con productos fitosanitarios, lo que las expone más a los riesgos químicos (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2011).

Además de la afectación individual para la salud que supone la exposición a químicos, esta puede ser doblemente perjudicial en el caso de trabajadoras embarazadas o en periodo de lactancia. Existen muchos químicos que tienen efectos adversos tanto en la fertilidad de las mujeres como en el propio embarazo, produciendo partos prematuros, abortos o bajo peso del niño o la niña al nacer. Estos mismos efectos negativos también pueden transmitirse al lactante a través de la leche materna (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2011). Adicionalmente, en países industrializados cada vez aparecen más patologías reproductivas femeninas asociadas a esta sobreexposición a sustancias químicas, como lo son las alteraciones del ciclo menstrual, pubertad precoz, endometriosis, cáncer de ovarios o mamario, o defectos congénitos en la descendencia (Comisiones Obreras, 2012).

Por otro lado, también debemos considerar las diferencias biológicas que existen entre mujeres y hombres para determinar el riesgo. A estas diferencias biológicas en la repercusión de los riesgos se la ha denominado *diferente vulnerabilidad* porque, ante la misma cantidad de contaminante, los efectos negativos para la salud de mujeres y hombres son diferentes. Por ejemplo, generalmente las mujeres tienen mayor cantidad de tejido adiposo que los hombres, lo que las hace más vulnerables a que las sustancias tóxicas liposolubles se absorban y acumulen con más facilidad (Comisiones Obreras, 2012). No obstante, esta diferencia no está contemplada de ningún modo en los valores límites de exposición que se marcan para preservar la salud. Estos límites han sido calculados, en su mayoría, en poblaciones masculinas, y responden a las necesidades de protección del varón.

Todos estos efectos se ven agravados por otro factor: el trabajo doméstico. Como sabemos, la mayor parte del trabajo doméstico es realizado por las mujeres. Según el Informe del Instituto Nacional de Estadística (2015), el 84% de las mujeres españolas realizan tareas de cuidado del hogar diariamente, frente a sólo un 42% de los hombres. Estas tareas de cuidado del hogar, especialmente de limpieza, requieren la utilización de productos sanitarios que también pueden considerarse tóxicos, con el agravante de que el trabajo doméstico no está regulado de ninguna forma ni tiene en cuenta los efectos adversos de estos productos en la salud de las mujeres. Además, en el caso de que sean mujeres que también trabajen de forma remunerada con productos fitosanitarios, la exposición total será aún mayor.

La mayor representación femenina en trabajos con exposición a contaminantes químicos se replica también cuando hablamos de *contaminantes biológicos*. Las mujeres suponen un 84,2% de los profesionales de enfermería, un 64,4% de fisioterapeutas y un 61,6% de personal de biología médica, entre otros. Por otro lado, las personas que se encargan de la limpieza de los hospitales y otros entornos sanitarios también son mujeres

(Instituto Nacional de Estadística, 2018). Por lo tanto, sufren un mayor riesgo de ser infectadas por los contaminantes biológicos presentes en estos entornos de trabajo.

### 3.3. *Seguridad en el trabajo*

La seguridad en el trabajo es la especialidad de PRL que se ocupa de la relación entre la persona trabajadora y su entorno laboral, teniendo en cuenta las tareas que desempeña, el espacio de trabajo, las herramientas, las máquinas, los procesos y las instalaciones. Hace especialmente referencia a cuatro procedimientos de trabajo que pueden suponer riesgo para la persona que los realiza: trabajos en altura, mantenimiento, almacenaje y transporte (Collado Luis, 2008). Estos cuatro procedimientos pueden suponer riesgos físicos para las personas trabajadoras como golpes, atrapamientos, caídas, abrasiones, etc. entendidos como accidentes de trabajo. Además, estos riesgos también pueden provocar las llamadas enfermedades profesionales cuando se está expuesto a estos factores de riesgo durante un tiempo prolongado (Instituto Nacional de Seguridad y Salud, 2015). Aún más si las sustancias que se utilizan durante los procesos son consideradas como peligrosas (productos tóxicos, inflamables, explosivos...).

El ámbito con mayor probabilidad de sufrir dichos riesgos, o donde los riesgos presentados son más severos, es el sector industrial. Este sector está fuertemente masculinizado. Según el estudio realizado por Emakunde (Instituto Vasco de la Mujer) en 2013, la industria del metal está compuesta en un 78,4% por hombres de entre 35 y 49 años, la industria química representada por un 64% de hombres, la industria mobiliaria por un 76% de hombres y la industria agroalimentaria por un 58% de hombres (Instituto Vasco de la Mujer, 2013). Por lo que podemos ver, aunque hay diferentes porcentajes de participación, las mujeres tienen una menor representación en los trabajos industriales donde predominan los riesgos físicos.

Por lo general, los hombres se concentran en trabajos o asumen actividades más peligrosas, violentas o que requieren una mayor capacidad física (Hardy y Jiménez, 2001). Según Artazcoz, Escribà-Agüir y Cortès (2004), en España la mayoría de los accidentes los sufrieron hombres, siendo un 89% de ellos graves y un 97% mortales. Estos datos tienen una fuerte lectura de género que en muchas ocasiones suele pasar desapercibida y que está ligada al concepto de masculinidad tradicional (y a su asociación con el rol de “proveedor” que hemos visto anteriormente).

La masculinidad tradicional dentro del ámbito laboral, más allá de aglomerar a los hombres en las profesiones más peligrosas, también ayudará a que estos mismos no se preocupen tanto por realizar conductas de seguridad como emplear los equipos de protección individual asegurar los arneses, o comprobar el parado de las máquinas para su mantenimiento. Esto aumentará la probabilidad de sufrir un accidente y, en caso de producirse, de que las consecuencias sean más perjudiciales para su integridad y salud (Faur, 2004; WHO, 1999). En esta misma línea, en un estudio realizado por las investigadoras Courtenay y Keeling (2000) se observó que esta masculinidad tradicional, además de alejar a los hombres de conductas seguras, también impedía la búsqueda de ayuda cuando mostraban señales de cansancio o estrés por el trabajo. Se debía de nuevo a que la identidad masculina heterosexual exigía guardar ciertas apariencias que mostraran la fortaleza o la estoicidad del hombre.

En cuanto a la disciplina de seguridad industrial, es necesario recalcar la importancia de la utilización de los equipos de protección individual (EPI) como una forma de reducir las consecuencias negativas de los riesgos presentes en el entorno laboral. En este punto, vale la pena señalar que dichos EPI han sido creados teniendo en cuenta la fisonomía de los hombres (Ponce Del Castillo, 2016). Esto pudo observarse en una encuesta realizada por la OSHA (2010), donde el 46% de las mujeres respondieron que tenían serias dificultades para encontrar calzado de seguridad de su talla y que un 41% de ellas no podía encontrar guantes. En esta misma encuesta también se evidenció que sólo un 14% de los fabricantes ofrecían protecciones en tallas femeninas (Bukowski, 2014).

Esto no solo supone un riesgo laboral, sino que va en contra de las obligaciones legales respecto a los EPI. Según el RD 773/1997 sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual, los equipos de protección individuales deben cumplir tres condiciones: 1) responder a las condiciones del lugar de trabajo, 2) tener en cuenta las condiciones anatómicas y fisiológicas y el estado de salud del trabajador/a, y 3) adecuarse al portador tras los ajustes necesarios. Por lo tanto, el hecho de que no se fabriquen o no se proporcionen los EPI adecuados a las mujeres va en contra de los últimos dos preceptos legislativos.

### **3.4. Ergonomía y Psicosociología**

La última de las especialidades preventivas engloba tanto la ergonomía como la llamada psicosociología. Debido a su envergadura, vamos a analizar cada una de estas áreas por separado.

#### **3.4.1. Ergonomía**

La *ergonomía* hace referencia al “conjunto de conocimientos científicos relativos al hombre y necesarios para concebir útiles, máquinas y dispositivos que puedan ser utilizados con la máxima eficacia, seguridad y confort” (Mondelo y Barrau, 1999). Es decir, la ergonomía trata de concebir los elementos del trabajo de forma que se adapten a las condiciones de las personas que los utilizan.

No obstante, tal como ocurría con los equipos de protección individual, las herramientas han sido concebidas contemplando únicamente las características antropométricas del varón. Por lo tanto, pueden suponer un cierto riesgo ergonómico cuando son utilizadas por las mujeres. Por ejemplo, el hecho de manejar una carga por encima del nivel de los hombros incrementa el riesgo ergonómico. En los hombres, al ser por lo general más altos, este riesgo es menos probable; sin embargo, en las mujeres el riesgo se eleva considerablemente.

También en el área de la ergonomía podemos observar situaciones de *diferente exposición*. Por ejemplo, dentro de la industria, mientras los hombres se dedican mayoritariamente al transporte de cargas o al mantenimiento, las mujeres suelen estar dentro de las cadenas de montaje. Por lo tanto, mientras que ellos van a estar expuestos a riesgos derivados de esas exigencias físicas, ellas sufrirán riesgos asociados a los llamados movimientos repetitivos (Messing y Seifert, 2002).

Por otro lado, mientras el sector industrial ha desarrollado multitud de estrategias para evitar dicho riesgo ergonómico, otros sectores, mucho más ocupados por mujeres, no lo han hecho en igual medida. Este es el caso del sector servicios y, en especial, del sector sanitario. Además de los mencionados movimientos repetitivos, el riesgo más común en el personal sanitario está asociado a la manipulación de pacientes, tarea que habitualmente realiza el sector de enfermería. Las mujeres, que en su gran mayoría son quienes se ocupan de la manipulación de personas enfermas, suelen referir molestias en la columna lumbar, la región cervical y dorsal, así como en las rodillas y en las muñecas (Morales, 2016).

### 3.4.2. Psicosociología

Finalmente, la *psicosociología* es la disciplina, dentro de la PRL, encargada de identificar, analizar, evaluar y prevenir los riesgos que se derivan de la interacción entre las personas y los llamados *factores de riesgo psicosocial*. Estos son las “condiciones que están relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que tienen la capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud de las personas trabajadoras” (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2017).

Un aspecto fundamental a la hora de entender los riesgos psicosociales es saber que, aunque van a depender de las condiciones laborales, también están fuertemente influidos por las variables individuales y subjetivas. Entre estas variables, el género va a jugar un importante papel en la aparición o no de dichos riesgos, como apuntamos anteriormente con la explicación de la segregación vertical y horizontal y como seguimos haciendo.

Como riesgos específicos derivados del sexo o el género de la persona, está el claro ejemplo del *acoso sexual* y el *acoso por razón de sexo o género*. Estos dos supuestos cobran importancia con la Ley Orgánica 3/2007 y suponen no solo un riesgo laboral, sino un ataque contra la dignidad y la integridad personal, por lo que se recoge también en el Código Penal (Fundación Mujeres, 2010). La violencia laboral, especialmente aquella que tiene su base en el género de la persona, es uno de los riesgos psicosociales que más afectación tiene para la persona que lo sufre, tanto a nivel psicológico como a nivel emocional y social (Vallejo, 2007).

Por último, otro de los riesgos psicosociales que tienen una fuerte base en el sistema sexo-género es el llamado conocido *conflicto familia-trabajo*. Los roles tradicionales de género asignan a la mujer la responsabilidad, total o mayoritaria, de las tareas del hogar y de los cuidados, mientras que al hombre le otorga el papel de proveedor de recursos, es decir, le hace protagonista del trabajo público y remunerado. Huelga decir que, aunque con algunas diferencias, tanto mujeres como hombres están presentes en el mercado laboral, pero ¿ha revertido esto los roles de los cuidados y las tareas domésticas? Un estudio realizado por Lucia Ciciolla y Suniya Luthar (2019) comprueba que las mujeres siguen considerándose las máximas responsables del hogar, lo que repercute negativamente en su salud física y psicológica, además de que dentro del hogar se siguen realizando las tareas tradicionalmente asignadas a cada género (Cerrato y Cifre, 2018). A este hecho de tener exigencias tanto en el trabajo remunerado como en el doméstico se lo conoce como doble presencia. Visto el problema del conflicto familia-trabajo, muchas organizaciones han puesto en marcha medidas de conciliación como las reducciones de

jornada, la flexibilización de los horarios o el trabajo. El problema principal es que estas medidas son adoptadas, mayoritariamente, por mujeres, por lo que los roles de género se siguen perpetuando. Además, cuando los hombres tratan de acogerse a estos permisos de conciliación suelen ser “castigados” por el entorno social, tal como se muestra en el estudio de Nieto-Cuevas y Cabello (2019).

Otros estresores específicos de las mujeres tendrían que ver con las *diferencias en tareas* (existen muchos trabajos feminizados con tareas repetitivas), la *brecha salarial* (por la que las mujeres siguen teniendo salarios inferiores a sus pares hombres) y el *tokenism* (sufrido por las mujeres que representan una minoría en grupos masculinizados) (Cifre, Vera, y Signani, 2015).

Por su parte, los hombres también sufren estresores específicos, mayoritariamente relacionados con su trabajo en puestos de mayor responsabilidad, tales como el hecho de “trabajar horas extras, el hacer frente a las crisis sin recursos de personal, la falta de colaboración y conflicto con otros departamentos, así como una mayor responsabilidad, sobrecarga y errores” (Garrosa y Gálvez, 2013).

En segundo lugar, además de la exposición diferencial, otra línea de trabajo nos lleva a hablar de la diferente vulnerabilidad de hombres y mujeres a las mismas características de los puestos de trabajo. En esta línea, un trabajo realizado por Cifre, Salanova y Franco (2011) con profesorado universitario mostró que, ante el mismo puesto de trabajo (y las mismas características del puesto, por tanto), a los hombres y a las mujeres les afectaban en su síndrome de desgaste profesional y en su *engagement* las condiciones de trabajo de manera diferencial. Por ejemplo, a las mujeres les afectaba la falta de autonomía y la falta de apoyo social a su síndrome de desgaste profesional. A los hombres les afectaba para incrementar el *engagement*, el bajo *mobbing* y la exigencia de alta competencia mental, mientras que a las mujeres les influía un bajo conflicto de rol, alta sobrecarga mental y emocional, y alta autoeficacia. En esta línea, una revisión realizada por Vera, Cifre y Pastor (2015) encontró que los hombres valoraban especialmente el sueldo, la oportunidad de uso de habilidades y el control del puesto, mientras que las mujeres lo hacían con los aspectos sociales y el enriquecimiento del puesto. La explicación a estas diferencias en vulnerabilidad, según nuestro punto de vista, se alejaría más del punto de vista biologicista (diferencias por sexo) para acercarse más a una explicación social (valores aprendidos e interiorizados relacionados con el género y el tener que dar respuesta a los roles asociados a la masculinidad y feminidad, como hemos visto anteriormente).

#### 3.4.2.1. CONSECUENCIAS EN LA SALUD OCUPACIONAL PSICOSOCIAL DE MUJERES Y HOMBRES

Como hemos visto, independientemente del área de prevención en la que nos detengamos, todas requieren enfoque de género para evitar que el trabajo suponga un riesgo para la seguridad y la salud de las mujeres y los hombres que lo desempeñan. En este apartado nos centraremos en las consecuencias para la salud ocupacional psicosocial. Los resultados de diferentes metaanálisis parecen apuntar a un mayor malestar de las mujeres frente a los hombres. En este sentido, Purvanova y Muros (2010), analizando las diferencias en el síndrome de desgaste profesional en función al género encontradas en 183 estudios, mostraron que las mujeres tenían una puntuación ligeramente superior

a los hombres en el componente de “agotamiento emocional”. Por su parte, Batz-Barbarich, Tay, Kuykendall, y Cheung (2018) encontraron, tras analizar 428 estudios y 545 muestras, que las mujeres, aunque mostraban el mismo nivel de satisfacción con la vida, mostraban niveles inferiores de satisfacción laboral que los hombres. Y también la salud física se resiente. En esta línea, la 6ª Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (2015) (sobre una base total de 3,364 personas trabajadoras) señala que su salud es mala o muy mala (4% frente al 2% de hombres), que han tenido problemas específicos de salud (problemas de piel, dolor de espalda, dolor en el cuello y extremidades superiores e inferiores, cefaleas, fatiga visual, ansiedad y cansancio general) en mayor medida que sus pares masculinos. Además, se han sentido en mayor porcentaje exhaustas y con problemas de sueño. Aún así, han ido a trabajar estando enfermas en mayor medida (presentismo) (45% mujeres frente 37% hombres).

La posible explicación a todos estos datos podemos encontrarla analizando los datos desde la perspectiva de género. De este modo, podemos decir que la mayor parte de estos problemas de salud están relacionadas con el conflicto familia-trabajo, especialmente con el estrés, la ansiedad, y el agotamiento que sufren estas mujeres por no poder cumplir con las exigencias que les demandan estos dos ámbitos vitales. La doble presencia también ha demostrado generar síntomas relacionados con la depresión (Ruiz et al., 2018), así como alteraciones físicas relacionadas con el cansancio, problemas gastrointestinales, dolores musculares, cefaleas, palpitaciones... (Álvarez y Gómez, 2011). Por otro lado, sabemos que las mujeres, en mayor proporción que los hombres, se encuentran en situaciones de inseguridad laboral (trabajos precarios, contratos temporales...), lo que también incrementa la probabilidad de sufrir estrés o ansiedad, así como otras alteraciones derivadas de los mismos. Además, muchas mujeres se encuentran desempeñando trabajos que no son los que ellas preferirían desempeñar. En esta línea, Cifre, Vera, Rodríguez-Sánchez y Pastor (2013), en una muestra de 840 trabajadores/as de 29 países, encontraron que no había diferencias entre hombres y mujeres en las características del trabajo al que aspiraban; sin embargo, solo los hombres encontraban ese ajuste persona-puesto, lo que hacía que sintieran mayor *engagement* (compromiso) en su trabajo.

A esto debemos añadirle que, mientras que los hombres utilizan estrategias de afrontamiento del estrés “centradas en el problema”, que resultan más eficaces, las mujeres tienden a emplear estrategias “centrada en la emoción” que, aunque reducen el malestar emocional, parecen ser más paliativas (Cifre et al., 2013). Además, en un estudio con mujeres directivas, se ha encontrado que estas mujeres necesitan hacer uso de su capital psicológico positivo (esperanza, autoeficacia, resiliencia y optimismo) para poder enfrentar las tensiones producidas por el conflicto familia-trabajo (Machín-Rincón, Cifre, Domínguez-Castillo, y Segovia-Pérez, 2020). Todos estos resultados ponen en evidencia la necesidad de seguir investigando posibles variables mediadoras relacionadas con el género que expliquen estos resultados contradictorios en SSO en función al sexo.



## 4. Propuestas de intervención en Seguridad y Salud Ocupacional con perspectiva de género

### 4.1. Propuestas desde organismos oficiales

Con el fin de incluir la perspectiva de género en la evaluación, análisis e intervención en PRL y promoción de la salud, diferentes organismos oficiales han desarrollado interesantes guías para tener en cuenta.

La guía de la OIT (*ILO, 2013*) *10 Keys to Gender Sensitive OSH practice-Guidelines for Gender Mainstreaming in Occupational Safety and Health* anima a los gobiernos, a quienes emplean y a quienes trabajan en PRL a subrayar la necesidad de:

- Explorar cuidadosamente los efectos de los roles de género en SSO.
- Analizar los riesgos en ocupaciones tanto dominadas por hombres como por mujeres.
- Desagregar los datos de SSO por sexo.
- Incorporar los resultados de la investigación en SSO tanto en políticas como en las acciones en el trabajo.
- Implicar tanto a las mujeres como a los hombres en las decisiones que afectan a su SSO en todos los niveles.

El objetivo es adoptar un enfoque de género transversal en SSO, dándoles la misma prioridad a las mujeres que a los hombres, teniendo en consideración las diferentes y específicas realidades de género de mujeres y hombres en el diseño de políticas de SSO.

Concretando más estos aspectos en el lugar de trabajo, la AESST (2003) ya explicitaba la necesidad de integrar la perspectiva de género en la PRL en todas sus fases: identificación de riesgos, evaluación de riesgos, puesta en marcha de posibles soluciones, y en la vigilancia de la salud.

Recientemente la AESST (*EU-OSHA, 2020*) ha ampliado estos puntos en el informe *Making women visible in occupational health and safety*, dónde concreta que la persona que emplea debería:

- Recopilar datos separados de salud ocupacional para mujeres y hombres para ayudar a identificar problemas específicos de género e informar de acciones preventivas.
- Asegurar que los aspectos concernientes a la SSO de las mujeres se discutan en las reuniones y consultas de salud y seguridad, alentando y apoyando su participación.
- Proporcionar información, instrucción y formación sobre SSO y género a mujeres.
- Tener en cuenta las diferencias de sexo y género en la evaluación de riesgos de todas las actividades laborales.

- Asegurarse de que el embarazo, la lactancia y la salud reproductiva estén cubiertos y en acción.
- Garantizar que la violencia de género en el lugar de trabajo (como el acoso sexual) se trate como un problema de SSO.
- Reconocer la violencia doméstica y el abuso como un problema de salud y seguridad e implementar políticas que apoyen a las trabajadoras (por ejemplo, ofreciendo bajas laborales), como se indica en el Convenio núm. 190 y la Recomendación no. 206 de la OIT. Este aspecto está recogido en la normativa española en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, en su artículo 21, donde se explicita entre otros que:
  - La trabajadora víctima de violencia de género tendrá derecho, en los términos previstos en el Estatuto de los Trabajadores, a la reducción o a la reordenación de su tiempo de trabajo, a la movilidad geográfica, al cambio de centro de trabajo, a la suspensión de la relación laboral con reserva de puesto de trabajo y a la extinción del contrato de trabajo.
- Tener en cuenta las diferencias de sexo y de género al proporcionar equipos de protección individual (EPI) y uniformes de protección.
- Asegurar que las políticas de baja por enfermedad no discriminen, por ejemplo, en relación con la menopausia, el aborto espontáneo, el embarazo, la menstruación, la osteoporosis y otras afecciones de salud de la mujer.
- Fomentar que todas las personas que trabajan informen de las lesiones y enfermedades laborales, y tomar medidas efectivas en respuesta a sus preocupaciones, incluida la lucha por su reconocimiento a nivel nacional.

## ***4.2. Nuestras propuestas para incrementar la igualdad y disminuir los riesgos laborales con perspectiva de género***

### **4.2.1. Formación en la transversalización de género en la prevención de riesgos laborales**

Creemos que es importante ofrecer una formación a las personas profesionales de PRL sobre igualdad que integre además los modelos teóricos de la salud biopsicosocial y de las teorías de social-congruencia de rol. Esto les dotará de herramientas para que puedan identificar cómo la exposición a riesgos y vulnerabilidad depende igualmente de cómo las personas dan respuesta en sus desempeños laborales a los roles y mandatos de género que la sociedad impone.

Consideramos relevante que este tipo de formaciones puedan tener un carácter experiencial-reflexivo, puesto que desarrollar una mirada sensible a los determinantes de género en los riesgos laborales supone una toma de conciencia de los estereotipos que, inconscientemente, todas las personas tenemos integrados. Hemos de ser capaces de conocer qué procesos basados en las desigualdades de género tenemos interiorizados,

puesto que probablemente no seamos conscientes que obviamos riesgos y situaciones de vulnerabilidad al considerar que son cuestiones “naturalizadas” en hombres y mujeres. Esto es importante porque, si una persona que trabaja en la PRL no es consciente de la existencia de estereotipos de género tanto en la organización como en personas de la misma, puede estar obviando situaciones discriminatorias tan graves como las de acoso sexual, debido por ejemplo a tener (de manera inconsciente) el estereotipo de que “a las mujeres en el fondo les gusta ser piropeadas e insinuadas sexualmente porque las hace sentir más atractivas y con poder sobre los hombres”.

#### 4.2.2. Planes de igualdad, acoso laboral, y seguridad y salud en el trabajo

La revisión personal de las personas que trabajan en PRL es conveniente que vaya acompañada de un diagnóstico y revisión a nivel organizacional: conocer qué modelos identitarios de género son aquellos que se refuerzan desde la organización, qué dinámicas laborales entre los géneros son aquellas que se dan en los espacios de negociación, en los procesos de contratación, y qué se valora de hombres y mujeres que forman parte de las plantillas laborales. La *formación* es fundamental para producir los cambios organizacionales necesarios que aseguren que las empresas y organizaciones tienen un compromiso con la igualdad de género.

Todo ello tiene su marco en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, y su desarrollo en los posteriores *Planes de Igualdad* a desarrollar en las empresas, que incluyen este tipo de formación para toda la organización. de hecho, tal y como reza la Herramienta de apoyo nº 10 de la Guía para la implantación de planes de igualdad del Ministerio de Igualdad:

El Plan de Prevención de Riesgos Laborales y el Plan de Igualdad son dos herramientas básicas para garantizar la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de la seguridad y la salud laboral, y la coordinación e interrelación entre ambos planes es necesaria para la buena gestión de la prevención.

Además, una de las áreas específicas de estos planes de igualdad debe incluir la prevención de la *violencia de género* (VdG), además de un protocolo de prevención de acoso sexual y por razón de sexo (art. 45 y 46 y 48), dado que el acoso constituye un modo de VdG.

Es relevante recordar además la importancia de la utilización de *lenguaje inclusivo* tanto en la comunicación interna como externa, lenguaje que recomendamos que se extendiera a toda la normativa vigente relacionada con la PRL y promoción de la SSO.

El objetivo general de todo ello es incrementar la cultura de igualdad real en la empresa. Con esta cultura será más sencillo, por ejemplo, que se incremente la conciliación y se potencie la facilitación familia-trabajo.

### 4.2.3. Gestión de la diversidad e interseccionalidad en la prevención de riesgos laborales

La gestión de la diversidad en la organización puede resultar una herramienta muy útil a la hora de gestionar el talento, y darle tanto a mujeres como hombres la oportunidad de acceder a puestos y posiciones no congruentes con su rol de género (Cifre et al., 2015).

También es importante tomar conciencia de la necesidad de tener políticas de género inclusivas que sean conscientes de que no sólo existen dos géneros, sino que la expresión de género y la identidad son procesos más complejos y no binarios que se relacionan con la diversidad identitaria sexual: transexualidad, transgénero y otras expresiones/identidades no heteronormativas. Además, cabría desarrollar una perspectiva interseccional en la intervención en riesgos laborales. La perspectiva de interseccionalidad unifica y tiene en cuenta que existen riesgos y vulnerabilidades que se potencian cuando en las personas se dan ciertas categorías: género (ser mujer), condición socioeconómica (las personas con menos recursos económicos tienen menos posibilidad de formación y mayor probabilidad de puestos con menor remuneración), etnia (discriminación laboral), diversas capacidades (discriminación por tener alguna discapacidad), etc.

### 4.2.4. Diseño de puestos de trabajo

Con el objetivo de prevenir las lesiones, accidentes o enfermedades profesionales derivadas de los riesgos ergonómicos, conviene integrar las características antropométricas y biomecánicas de todas las personas desde la fase de diseño de los puestos de trabajo.

Por otro lado, no sólo tendremos en cuenta las variables sexo/género a la hora de diseñar dichos puestos, sino también otra serie de factores que también pueden influir, como la edad de quien lo desempeña, las capacidades funcionales, al seguir el principio preventivo de anteponer las medidas colectivas a las individuales y, cuando estas no sean posibles, realizar adaptaciones a la persona.

### 4.2.5. Otras acciones dirigidas a la ciudadanía

Además de las acciones específicas a desarrollar en el seno de las organizaciones, consideramos interesante la realización de una serie de acciones dirigidas a la ciudadanía y que actuarían como prevención primaria con el fin de romper con los estereotipos de género que, una vez interiorizados, dificultan que las personas “sean lo que quieran ser”, y por tanto dificultan su autenticidad y felicidad (dentro y fuera del trabajo).

La primera de ellas sería la realización de acciones dirigidas al *empoderamiento de las mujeres*, en concreto al empoderamiento psicológico relacionado con el incremento de recursos personales que incrementa a su vez su nivel de autonomía. Esto es así porque para las mujeres sigue siendo un reto estar presente en el ámbito laboral y aspirar a hacerlo en igualdad de condiciones porque, aún en el ideario social y en su subjetividad identitaria, su rol de cuidadora y de madre es un eje fundamental, lo que supone en muchos casos una barrera subjetiva para su acceso a determinados puestos. Ofrecerles herramientas que les permitan incrementar esa autonomía personal, más allá de los determinantes sociales asociados a su género, supone un incremento en su bienestar per-

sonal, véase estudio piloto en Machín-Rincón y Cifre-Gallego (2020).

Finalmente, en cuanto a los hombres, consideramos un punto clave el comenzar a trabajar con *masculinidades alternativas* debido a múltiples razones. La primera de ellas es favorecer en los hombres una verdadera cultura de la prevención, evitando que se expongan innecesariamente a riesgos que pueden dañar su integridad física y su salud. La segunda, para que reivindicquen y puedan disfrutar de sus derechos de conciliación familiar, lo que redundará a su vez en un menor conflicto familia-trabajo también para las mujeres. Y, la tercera, para dotarles de recursos socio-emocionales que actúen como protectores de los efectos nocivos de los riesgos psicosociales asociados a los roles y modelos de masculinidad tradicional.

Todo ello, en su conjunto, pretende conseguir una sociedad cada vez más justa y más equitativa.

## 5. Resumen y conclusiones

A lo largo de este capítulo hemos planteado la importancia de analizar la prevención de riesgos laborales y la promoción de la seguridad y salud ocupacional desde la perspectiva de género. Para ello se han tenido en cuenta tanto los resultados encontrados por la literatura científica como las normativas y las recomendaciones planteadas por diferentes organismos internacionales. De este modo, se ha descrito y diferenciado sexo y género, y se ha descrito por un lado el modelo de salud biopsicosocial con perspectiva de género (Sara Velasco, 2009), la teoría del rol social (Eagly, 1987) y de la congruencia de rol (Karau y Eagly, 2002), que muestran cómo los roles, los estereotipos, y la identidad de género, así como las relaciones entre géneros, sustentan la diferente exposición (e incluso vulnerabilidad psicológica) a riesgos laborales.

A continuación, se ha hecho una revisión de los riesgos laborales con perspectiva de género diferenciándolos por especialidad (vigilancia de la salud o medicina del trabajo, higiene industrial, seguridad, y ergonomía y psicología), incluyendo sus consecuencias en la seguridad y salud ocupacional. Finalmente, se han descrito algunas de las intervenciones propuestas por organismos oficiales para abordar la prevención de riesgos laborales con perspectiva de género, así como intervenciones relacionadas con la prevención primaria que permitan incrementar la igualdad como base para disminuir los riesgos laborales y promocionar la seguridad y salud laboral. De entre ellas, recalamos la importancia de la formación específica en perspectiva de género para las personas responsables de la SSO y PRL.

## 6. Preguntas para la reflexión

1. ¿Qué significa hacer prevención de riesgos laborales y promoción de la seguridad y salud ocupacional con perspectiva de género?
2. ¿Cuál es la diferencia entre sexo y género?
3. ¿Por qué es importante realizar una evaluación e intervención en riesgos laborales con perspectiva de género?
4. ¿Existe alguna especialidad de PRL donde la perspectiva de género no sea relevante?
5. Pensando en tu trabajo como prevencionista, ¿qué otras propuestas de intervención propondrías?

## 7. Referencias bibliográficas

- Álvarez, A., y Gomez, I. (2011). Conflicto familia-trabajo en mujeres profesionales que trabajan en la modalidad de empleo. *Pensamiento Psicológico*, 9(16), 89–106.
- Artazcoz, L., Borrell, C., Cortes, I., Escriba-Aguir, V., y Cascant, L. (2007). Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61, 39–45. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.059774>
- Batz-Barbarich, C., Tay, L., Kuykendall, L., y Cheung, H.K. (2018). A Meta-Analysis of Gender Differences in Subjective Well-Being: Estimating Effect Sizes and Associations With Gender Inequality. *Psychological Science*, 29(9), 1491–1503. <https://doi.org/10.1177/0956797618774796>
- Bear, J. B., y Babcock, L. (2015). Negotiating Femininity: Gender-Relevant Primes Improve Women's Economic Performance in Gender Role Incongruent Negotiations. *Psychology of Women Quarterly*, 41(2), 163–174. <https://doi.org/10.1177/0361684316679652>
- Burin, M. (2008). Las “fronteras decristal” en la carrera laboral de las mujeres. Género, subjetividad y globalización. *Anuario de Psicología*, 39 (1), 75–86. <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue1-fulltext-334>
- Bukowski, T. J. (2014). Woman and PPE: Finding the right fit. Safety and Health. <http://www.safetyandhealthmagazine.com/articles/10602-Women-and-PPE-Finding-the-right-fit>
- Cerrato, J. y Cifre, E. (2018). Gender Inequality in Household Chores and Work-family. Conflict. *Frontiers in Psychology*, 9, 1–11, article 1330. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01330>
- Cifre, E. y Dominguez-Castillo, P. (2020). Identidad masculina y riesgos laborales: Riesgos presentes, avances futuros. *Cadernos de Psicología*, 37, 45–63.
- Cifre, E., Vera, M., Rodriguez-Sanchez, A.M. y Pastor, M.C. (2013). Job-Person Fit and Well-being from a Gender Perspective. *Revista de Ps. del Trabajo y de las Organizaciones. Special Issue on Happiness and Well-Being at Work*, 29 (3), 161–168. <https://doi.org/10.5093/tr2013a22>
- Ciciolla, L., y Luthar, S. S. (2019). Invisible Household Labor and Ramifications for Adjustment: Mothers as Captains of Households. *Sex Roles*, 81, 467–486. <https://doi.org/10.1007/s11199-018-1001-x>
- Conde-Ruiz, J. I., y Marra De Artíñano, I. (2016). Estudios sobre la Economía Española. Gender Gaps in the Spanish Labor Market. *Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA)*. <http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2016-32.pdf>
- Courtenay, W. H., y Keeling, R. P. (2000). Men, gender, and health: Toward an interdisciplinary approach. *Journal of the American College Health Association*, 48(6), 243–246. <https://doi.org/10.1080/07448480009596265>
- de Luis Carnicer, P., Garrido Rubio, A., Urquiza Samper, P., y Vicente Oliva, S. (2007). La oferta de trabajo como fuente de la segregación por sexo: el caso de España. *Aequalitas*, 21, 64–74.
- Eagly, A. H., y Karau, S. J. (2002) Role congruity theory of prejudice toward female leaders. *Psychological Review*, 109, 573–598.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–136.
- Lamas, M. (2017). Género. Conceptos clave en los estudios de género. En M. Hortensia y E. Alcantara (coords), *Conceptos clave en los estudios de género*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Machin-Rincon, L.M., Cifre, E., Dominguez-Castillo, M.P. y Segovia-Perez, M. (2020). I Am a Leader, I Am a Mother, I Can Do This! The Moderated Mediation of Psychological Capital, Work-Family Conflict, and Having Children on Well-Being of Women Leaders. *Sustainability*, 12, 2100. <https://doi.org/10.3390/su1205210>
- Matud, M.P. (2017): Gender and Health. En A. Alvinus (Ed.). *Gender Differences in Different Contexts*. London, UK: IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/65410>.
- Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social. Gobierno de España. (2017). *Estadística de Accidentes de Trabajo*. NIPO: 270-15-018-5 <http://www.empleo.gob.es/estadisticas/eat/welcome.htm>.
- Messing, K., y Seifert, A. M. (2002). La ergonomía y la división sexual del trabajo. *Lan Harremanak*, 133–150.
- Mondelo, E., Barrau, P., y Torada, G. (2001). *Ergonomía I: Fundamentos*. Barcelona: Ediciones UPC.
- Purvanova, R.K. y Muros, J.P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77, 168–185. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.04.006>

- Ruiz-López, P., Pullas-Tapia, P., Parra-Parra, C.A., y Zamora-Sánchez, R. (2018). *La doble presencia en las trabajadoras femeninas : equilibrio entre el trabajo y la vida familiar*. *Revista de Comunicación de la SEECI*, 44, 33-51. <https://doi.org/10.15198/seeci.2017.44.33-51>
- Sánchez-López, M.P. y Liminana-Gras, R. M. (2017). The State of the Art. En M.P. Sánchez-López y R.M. Liminana-Gras (Eds.). *The Psychology of Gender and Health*. San Diego, CA: Elsevier/Academic Press.