DOCUMENTOS CESO
ISSN 1657-4508

Riesgos de salud en mujeres con múltiples roles

Viviola Gómez

DOCUMENTO Nº 1

Centro de Estudios Socioculturales e Internacionales CESO

Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de los Andes

Bogotá, Colombia

Riesgos de salud en mujeres con múltiples roles

Viviola Gómez

DOCUMENTO Nº 1

La presente investigación fue posible gracias al apoyo financiero de la Secretaría Distrital de Salud.

Trabajo presentado en el Primer Congreso de Medicina Conductual y Psicología de la Salud, Caracas, marzo de 1999. Viviola Gómez es Directora del proyecto en Colombia, profesora asociada, Departamento de Psicología, Universidad de los Andes.
E-mail: vgomez@uniandes.edu.co

DOCUMENTOS CESO No. 1: Riesgos de salud en mujeres con múltiples roles.
Estudio de una muestra en Bogotá

© Viviola Gómez Ortiz
© EDICIONES UNIANDES

Coordinación Editorial: Carlos Andrés Barragán

Ediciones Uniandes
Carrera 1 No. 19-27
Apartado Aéreo 4976
Bogotá, Colombia
PBX: 3394949 - 3394999 Fax: 2158
e-mail: infeduni@uniandes.edu.co

Diseño y diagramación: Pastora Correa y Carlos Andrés Barragán

ISSN: 1657-4508

Armada, preprensa y prensa:
Proceditor Ltda. *e-mail:* proceditor@lycos.com

Impreso en Colombia / Printed in Colombia

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida ni en su todo ni en sus partes, ni registrada en o trasmitida por, un sistema de recuperación de información, en ninguna forma o por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin el permiso previo por escrito de la Editorial.

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN 5
II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO 7
III. MARCO CONCEPTUAL 7
IV. DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO 9
Primera Parte 9
A. Participantes 9
B. Variables estudiadas 10
C. Instrumento 10
D. Procedimiento 12
E. Análisis estadísticos 13
Segunda Parte 15
A. Objetivo 15
B. Marco conceptual 15
C. Procedimiento 16

V. RESULTADOS DE LA PRIMERA PARTE DEL ESTUDIO 17
Datos descriptivos de toda la muestra 17
A. Datos sociodemográficos 17
B. Condiciones de vivienda y composición familiar 18
C. Situación económica 18
D. Cantidad y calidad de los roles desempeñados 18
E. Salud y hábitos de salud 18
F. Condiciones de trabajo 19
G. Variables dependientes 20
H. Variables moderadoras 21

Datos comparativos 22
A. Aspectos en los que difieren los grupos ocupacionales 22
B. Variables en las que difieren los grupos que desempeñan distintas clases de roles 25
C. Resumen de los resultados comparativos 26

Relaciones entre variables 27
A. Correlaciones 27
B. Regresiones 29

Posible efecto moderador de algunas variables 31

VI. RESULTADOS DE LA SEGUNDA PARTE DEL ESTUDIO 32
VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES 33
A. Características de la población de mujeres trabajadoras en Bogotá 33
B. Salud de las mujeres empleadas en Bogotá 36

VIII. RECOMENDACIONES 49
IX. REFERENCIAS 51

I. INTRODUCCIÓN

La sociedad como un todo, y la familia como una institución social, han experimentado enormes cambios a través de la historia. Tradicionalmente, la mujer se ha dedicado a la realización de tareas domésticas-ámbito de lo privado (rol expresivo-reproductivo) y el hombre se ha desarrollado en el mundo de las actividades remuneradas-ámbito de lo público (rol instrumental-productivo). En el mundo, desde hace varias décadas se ha venido produciendo un cambio social rápido y dramático que ha implicado la renovación y reestructuración de estos roles. El creciente número de familias en las que ambos cónyuges trabajan, ha representado la aparición de la necesidad de mecanismos y procesos de ajuste. El proceso ha tenido un particular impacto sobre la vida de la mujer en la medida en la que ésta se enfrenta a la doble jornada y al desempeño de múltiples roles: esposa y madre, vinculada a un empleo fuera del hogar.

En Colombia, "el proceso de desarrollo del país desde los años 40 ha mejorado sustancialmente las posibilidades de su población y las mujeres han sabido tomar provecho de estas oportunidades y han promovido cambios demográficos estructurales en un período de tiempo muy corto, lo cual ha significado una profunda y silenciosa revolución de gigantescas proporciones.

A. Los niveles educacionales de los colombianos, sus niveles de alfabetización y asistencia escolar se incrementaron significativamente en las últimas décadas (...) Parte fundamental de esta revolución se explica porque las mujeres entraron masivamente al sistema escolar (...).

B. Las mujeres aumentaron su participación en el mercado laboral de manera contundente, aunque es ampliamente reconocido que en las estadísticas oficiales no se cuentan todas las trabajadoras. Entre 1970 y 1990 el crecimiento de la población masculina económicamente activa fue de 61.6% y la femenina de 168.1% (...).

C. Colombia ha experimentado un proceso revolucionario en su estructura demográfica y poblacional. Constituye un caso único en el contexto latinoamericano, de cambios profundos y acelerados que se reflejan en la reducción del espectro trágico de una explosión demográfica incontrolada, en una estructura familiar absolutamente nueva y una perspectiva de estructura social más moderna.

La mujer ha sido la protagonista de esta revolución asumiendo y promoviendo cambios en su vida individual, en su rol familiar y en su proyección social (...).

D. Por último y no por eso menos importante, sino por el contrario absolutamente determinante, las mujeres han asumido la conducción del mundo doméstico en los hogares, con poca ayuda de sus compañeros y de la sociedad en su conjunto. Con el trabajo doméstico que no es reconocido ni social ni económicamente, ellas han hecho posible que los trabajadores se presenten cada día en su sitio laboral y que las generaciones jóvenes se reproduzcan, se socialicen, se eduquen y se entrenen para el futuro (...)" (*Libro blanco de la mujer*, págs. 8-12)

La situación arriba descrita se reafirma en el Informe Nacional de Colombia preparado para la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en China. En él se dice que la "creciente participación de la mujer en la fuerza de trabajo no ha estado acompañada por cambios en la división del trabajo al interior del hogar. De hecho, la mujer ha asumido sistemáticamente las responsabilidades fuera del hogar sin que se haya dado una redistribución de las tareas domésticas hacia otros miembros de la familia. Esto significa que en las circunstancias de mayor participación de la mujer en la fuerza de trabajo, son ellas quienes tienen jornadas más largas que las de sus compañeros y que sea de mayor intensidad el uso de su tiempo (...). Este modelo de desarrollo lleva muy poco tiempo para poder permitir una evaluación del impacto efectivo sobre la mujer (...)" (págs. 15-17).

Frente a la situación de cambio arriba descrita, en muchos profesionales de la salud y de áreas

afines, y en las mismas mujeres, ha aumentado el interés por estudiar la relación entre el desempeño de múltiples roles y la salud física y mental de las mujeres.

Contradictoriamente, la preocupación por el aumento del número de roles de la mujer llevó a la realización de varios estudios cuya debilidad principal es que evalúan el efecto de un solo rol (el de ser madre o el de ser empleada). Además, los efectos de cada uno de estos roles han sido evaluados de manera limitada en la medida en que se refieren o a la salud física o al bienestar psicológico, pero rara vez se evalúa el efecto en ambos. Esto ha llevado a que gran parte del conocimiento que se posee acerca de esta problemática sea fragmentado, tanto en lo que se refiere a los múltiples roles como a los efectos sobre la salud, que debe estudiarse idealmente de manera integral.

Algunos estudios previos han mostrado que efectivamente un cierto número de roles puede afectar la salud de la mujer, dependiendo tanto de las características de dichos roles como de su calidad[1]. La relación entre el desempeño de múltiples roles y el bienestar de la mujer es un tópico que todavía genera controversias y cuyas implicaciones no han sido cabalmente comprendidas (Barnett & Baruch, 1985; Barnett & Marshall, 1991). Algunos investigadores encuentran que el desempeño de roles múltiples es una fuente de estrés y conflicto que afecta negativamente la salud física, el bienestar psicológico y la productividad (Scarr, Phillips & Mc Cartney, 1989; Gutek, Searle & Klepa, 1991; Biernat & Wortman, 1991) mientras que otros consideran que, en la medida en que la mujer desempeña más roles, tiene mayores posibilidades de obtener beneficios en su salud y bienestar (Barnett, Marshall & Singer, 1992; Barling, 1990). Estos resultados han proporcionado elementos para que muchos investigadores argumenten que es necesario investigar más detenidamente el impacto del desempeño de múltiples roles en la salud de la mujer y evaluar esta última de manera integral. Esta evaluación debe hacerse teniendo en cuenta los múltiples roles, sus características y su calidad. Adicionalmente, estas evaluaciones deben tener en cuenta factores sociohistóricos y culturales (Barnett & Baruch, 1985; Barnett, Marshall & Singer, 1992; Hall, 1972).

Queremos anotar, por una parte, que todas las investigaciones arriba mencionadas se han llevado a cabo en países de un nivel de desarrollo muy diferente al de Colombia y por otra, que existen pocos esfuerzos por comparar culturas por lo que los resultados de dichos estudios carecen de alcance transcultural. La falta de relevancia transcultural de la información que se posee y la controversia que la misma todavía genera, han limitado no sólo la posibilidad de establecer conclusiones acerca de los factores psicosociales que determinan la salud y el bienestar de la mujer en general, sino que también han limitado las acciones que buscan prevenir o remediar los efectos negativos que la recarga de responsabilidades y trabajo pudieran tener sobre la salud física y psicológica de la población femenina.

Para el caso de Colombia, se afirma en el Libro Blanco de la Mujer que "las mujeres (44%) tienen un índice de mortalidad mayor que el de los hombres (38%). Las cinco primeras causas por ingresos hospitalarios se relacionan con la salud reproductiva y sus complicaciones. Estas cifras son especialmente preocupantes porque indican que las condiciones de salud de las mujeres han mejorado poco durante el período de la transición demográfica. Esto a pesar de que los datos no son adecuados porque como se ha reconocido oficialmente, el subregistro es alto y los estudios realizados no son representativos. (...) Las mujeres enfrentan un serio problema para la planeación eficiente puesto que la información no es suficientemente válida, confiable, completa y actualizada. Las estadísticas nacionales sólo desde muy recientemente publican información desagregada por sexo" (págs. 26-28).

Surgen entonces varias preguntas, válidas tanto en Colombia como en otros países: ¿cuáles son los principales determinantes sociodemográficos y psicosociales del estado de salud física

1 Calidad del rol es un concepto subjetivo que se refiere a la relación entre las preocupaciones y las recompensas que un rol genera: si las recompensas de un rol superan a las preocupaciones del mismo, la calidad de ese rol se considera positiva.

y emocional de las mujeres trabajadoras? ¿Hay algunas variables psicosociales que moderen los posibles efectos del desempeño de múltiples roles en las mujeres?

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Para dar respuesta a las preguntas planteadas, se desarrolló este estudio cuyo objetivo fue describir la relación que existe entre algunos factores sociodemográficos y psicosociales e indicadores de salud física y psicológica de la mujer. Los factores sociodemográficos que se estudiaron son la edad, número total de hijos, número de hijos en edad escolar, número y tipo de roles desempeñados y estudios realizados. Los factores psicosociales se refieren a las condiciones de trabajo (condiciones ambientales de trabajo, ambiente de trabajo, relaciones entre el rol laboral y los otros roles) y calidad de los roles desempeñados (aspectos positivos y negativos de cada rol; diferencia entre las recompensas y preocupaciones del rol).

Los indicadores de salud física que se tuvieron en cuenta en esta investigación son de varios tipos: indicadores objetivos de riesgo cardiovascular (triglicéridos, colesterol total, LDL, HDL, índice entre LDL y HDL, presión sanguínea), autorreporte de salud física (percepción subjetiva de la salud, indicadores de morbilidad y reporte de enfermedades y síntomas). La razón para haber incluido indicadores objetivos de riesgo cardiovascular son varias: *a)* la salud cardiovascular ha mostrado ser un buen indicador del nivel de estrés al que está sometida una persona; *b)* la morbimortalidad por razones cardiovasculares entre los 30 y los 60 años ha aumentado considerablemente tanto en Bogotá como en otras ciudades del mundo. Por otra parte, los indicadores psicológicos fueron la autoestima, la ansiedad, la depresión y la percepción de la calidad de vida.

El objetivo general se desglosó de la siguiente manera:

A. Describir socio-demográficamente un grupo de mujeres trabajadoras, con diferentes ocupaciones. Mujeres trabajadoras en este estudio fueron definidas como mujeres empleadas, con contrato laboral. Esto excluye otros grupos de mujeres trabajadoras. Se escogieron específicamente operarias, secretarias, enfermeras y ejecutivas por considerar que representan ocupaciones desempeñadas por las mujeres que con mucha probabilidad difieren en condiciones laborales que se han descrito como relevantes en su efecto sobre la salud (ver más adelante el marco conceptual). Adicionalmente, se esperaba que las mujeres que desempeñan estos roles se diferenciaran en algunas de sus características sociodemográficas.

B. Describir la relación entre algunas variables sociodemográficas, las condiciones laborales, el número de roles y la cualidad de los mismos e indicadores de salud física y psicológica en un grupo de mujeres trabajadoras.

C. Establecer si el efecto de algunas de las anteriores condiciones sobre indicadores de salud física y emocional en un grupo de mujeres trabajadoras es moderado por algunas variables psicosociales y de salud.

III. MARCO CONCEPTUAL

Este estudio se inscribe en el marco de la psicología de la salud, específicamente en el área de la psicología del estrés, que busca evaluar condiciones específicas, situacionales y personales, asociadas a determinados problemas de salud. En el caso que aquí nos ocupa, el interés fue el de describir condiciones específicas en el nivel laboral, familiar y personal asociadas al género femenino que pudieran, o no, estar creando condiciones de estrés particulares y de esa manera afectando la salud de las mujeres, específicamente.

Para empezar, es importante precisar que aquí se entenderá el estrés como un fenómeno transaccional. Es muy usual que por estrés se en-

tiendan *situaciones* exigentes, difíciles, negativas, novedosas y que se asuma que quien está viviendo alguna de estas situaciones está necesariamente reaccionando fisiológica y psicológicamente de manera deficiente ante estas situaciones. También se confunden frecuentemente cierto tipo de *reacciones adaptativas* y perfectamente normales con reacciones ante el estrés y esta tendencia es consecuencia de que no se delimitan claramente las condiciones necesarias para que de una reacción pueda considerarse que realmente pone en riesgo el equilibrio adaptativo del organismo y no al contrario.

En contraste con las dos concepciones anteriores está aquella que concibe al estrés como a un fenómeno transaccional, cuyo exponente más conocido es Richard Lazarus (1966), y quien plantea que el estrés debe ser comprendido como el resultado de una interacción particular entre cierto tipo de situaciones, en las que algo muy relevante para el organismo está en juego, y un organismo que valora y afronta esta situación de determinadas maneras. Sólo en la medida en que las formas de afrontar (manejar) la situación le hacen percibir al organismo que no tiene o tendrá control sobre el desenlace de la situación, podremos hablar de una interacción estresante en la que, si el desbalance percibido se mantiene durante un tiempo, se presentarán reacciones que se pueden llamar "de estrés"; estas reacciones se dan en varios niveles de funcionamiento orgánico aunque por diversas razones algunas de ellas han tenido especial interés para algunos investigadores.

Dentro de la perspectiva transaccional es entonces fundamental describir la interacción entre las características de las situaciones y las reacciones valorativas y de afrontamiento de las personas que las están viviendo. Las teorías psicosomáticas de la salud y la enfermedad enfatizan al respecto que las reacciones de estrés dependen de la calidad e intensidad de las situaciones, de su grado de controlabilidad y de las estrategias de afrontamiento implementadas. Adicionalmente se ha establecido que dichas reacciones se pueden dar en los niveles emocional, fisiológico y comportamental.

Sobre la relación entre el trabajo y la salud, que es uno de los aspectos de interés en este estudio, el modelo desarrollado por Karasek (1979) ha sido uno de los más importantes y de los más influyentes (Siegrist, 1996). En esencia, el planteamiento de este autor es que los efectos negativos de un trabajo sobre la salud se derivan de dos dimensiones del ambiente laboral: las demandas y el control sobre los procesos laborales. Estas dos dimensiones se relacionan estrechamente con los cambios que se han venido dando en los procesos productivos y laborales en los que las demandas psicomentales (presión de tiempo, tener obligaciones conflictivas, exigencia de compromiso personal) han reemplazado a las demandas físicas y en las que la división del trabajo resulta en una cada vez menor posibilidad de controlar todos los procesos relacionados con el trabajo que se está realizando. Una consecuencia asociada a la pérdida del control sobre las condiciones laborales es la experiencia de una disminución de la capacidad de decisión, disminución de la autonomía, poca o nula exigencia y/o estimulación de las destrezas de las que dispone el trabajador.

De acuerdo con el modelo de Karasek, el mayor riesgo para la salud de un trabajador está dado por un ambiente laboral en el que existan muchas demandas, poco control sobre las condiciones laborales y la impresión de que las propias destrezas son poco exigidas y/o estimuladas. Recientemente, otros autores han ampliado el concepto de ambiente laboral en una dimensión: el apoyo social en el contexto de trabajo (Johnson & Hall, 1988, 1995). De esta manera, se afirma que el mayor riesgo para la salud está determinado no sólo por tener muchas demandas laborales y poco control sobre las condiciones de trabajo sino por la falta de apoyo social en el ambiente laboral.

A pesar de que el modelo de Karasek ha sido confirmado por numerosos estudios en el mundo, especialmente en relación con el riesgo car-

diovascular, persisten ciertas deficiencias que algunos autores destacan. En particular Siegrist (1996) menciona que el modelo descuida aspectos relacionados con las relaciones interpersonales dentro y fuera del contexto laboral y que también desconoce que en sitios en que la gente permanece mucho tiempo, las condiciones ambientales –físicas– del lugar de trabajo pueden ser relevantes.

Barnett y Marshall (1991) han sido pioneras en señalar que el desempeño y la calidad de los roles juegan un papel importante en la determinación de la salud mental de las mujeres y que este efecto no es independiente de las condiciones de trabajo sino que interactúa con ellas. Se mencionó cómo los estudios sobre el estrés han destacado de manera muy especial que las valoraciones que hagan las personas de las situaciones y las formas de afrontamiento que implementen son definitivas en el hecho mismo de que una situación, por más negativa que sea, se convierta realmente en una amenaza para el equilibrio adaptativo. Todos estos aspectos, es decir el apoyo social, la calidad de los roles, las valoraciones relacionadas con el trabajo y la forma como éste se relaciona positiva (gratificaciones) o negativamente (interferencias) con otras áreas de la vida, la forma como las personas tienden a afrontar sus dificultades, y las condiciones ambientales de trabajo son aspectos que el modelo de Karasek no tiene en cuenta y que no deben descuidarse si se quiere describir y estudiar de manera profunda la salud de las mujeres y las consecuencias que tienen sobre ellas sus condiciones actuales de vida.

Hay otro número importante de variables que, de acuerdo con numerosos estudios, han mostrado ser variables moderadoras importantes del hecho mismo de que la interacción con una situación particular se convierta en una interacción estresante o no. Algunas de estas variables, tales como apoyo social, estilos generales de afrontamiento y el control, represión o expresión de la rabia, se midieron en este estudio con el fin de caracterizar a las mujeres trabajadoras de la ciudad de Bogotá en estas dimensiones, pero también de evaluar su impacto moderador de algunas relaciones importantes que se detectaron.

IV. DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio se desarrolló utilizando dos estrategias metodológicas diferentes pero complementarias. Una primera parte en la que se utilizó una metodología fundamentalmente cuantitativa; en la segunda, una metodología cualitativa.

Primera parte

A. Participantes

Se encuestó a trescientas cuarenta mujeres (N= 340) entre los 30 y los 55 años (M=38, SD 6.5), residentes y empleadas en la ciudad de Bogotá D.C. por lo menos desde hace un año y distribuidas en cuatro tipos de ocupación: ejecutivas (n=81), enfermeras (n=91), secretarias (n=88) y obreras (n=80); Se buscó en cada grupo la presencia de tres patrones de rol familiar: con compañero, sin hijos; con compañero y con hijos; con hijos, sin compañero. Sin embargo, la distribución de estos patrones no es homogénea en la población. Las mujeres con compañero y con hijos fueron 219, con compañero y sin hijos, 19 y con hijos y sin compañero, 102.

La participación en el estudio fue totalmente voluntaria y la información se manejó de manera anónima (con códigos) para proteger la identidad de las participantes. Como retribución por la colaboración con este estudio se ofreció a cada mujer un refrigerio y la entrega de los resultados de sus análisis de laboratorio, donde se reportaba la concentración de los diferentes lípidos y la presión arterial.

B. Variables estudiadas

Sociodemográficas: edad, número de hijos, número de hijos en edad escolar, estado civil, estudios realizados, condiciones de vivienda, situación económica.

Psicosociales: cantidad y calidad de los roles desempeñados (diferencia entre las recompensas y preocupaciones y la satisfacción con el rol), condiciones de trabajo (tiempo de trabajo, horarios, estabilidad laboral, condiciones ambientales de trabajo, ambiente de trabajo (demandas, control, destrezas y apoyo laboral), transferencias percibidas entre el rol laboral y los demás aspectos de la vida (*spillover*).

Dependientes: indicadores de salud física, indicadores de morbilidad (percepción de salud, número de días enferma durante los últimos seis meses), reporte de enfermedades y síntomas. Indicadores objetivos de riesgo cardiovascular: triglicéridos, colesterol total, LDL, HDL, índice entre LDL y HDL y presión sanguínea.

Indicadores de salud psicológica: autoestima, ansiedad, depresión y percepción de la calidad de vida (bienestar).

Moderadoras: apoyo social percibido, afrontamiento, uso del humor como forma de manejo de situaciones críticas, tipo de actividades distintas a las laborales en las que participa la mujer, actividad física, distribución de responsabilidades en el hogar, condiciones ambientales en el trabajo, ansiedad como rasgo y rabia (control, represión o expresión).

C. Instrumento

Se utilizó un cuestionario, desarrollado específicamente para este proyecto y validado transculturalmente, que evalúa todas las variables de interés para la presente investigación. El mismo estuvo conformado por escalas de autorreporte ampliamente validadas y conocidas, así como ítems específicos que miden algunos aspectos de interés para el estudio y que se diseñaron especialmente para el mismo (para descripción detallada del instrumento y de la forma de construcción véase informe final original presentado a la Secretaría de Salud del Distrito por Gómez y Pérez, 1998).

El instrumento consta de los siguientes apartados:

Datos personales: información acerca del estado marital, nivel educativo, número y edad de los hijos de la participante así como nivel educativo de sus padres.

Datos sobre la vivienda: aborda aspectos relacionados con las condiciones físicas de la vivienda y constituye un indicador de nivel socioeconómico.

Datos sobre su situación económica: se refiere a la percepción que tiene la mujer con relación a su situación económica.

Datos sobre su salud: la salud física se evaluó utilizando en primer lugar, información referente a la autopercepción de salud. La percepción de la salud podía ser calificada por la persona como: excelente, muy buena, buena, deteriorada y muy deteriorada. Por otro lado se exploró información acerca de: si ha consultado o no a un médico o a algún profesional de la salud mental durante los últimos 6 meses, si ha estado hospitalizada en el último año, y cuántos días se ha faltado al trabajo o permanecido en cama por motivos de salud durante los últimos 6 meses. Estos últimos constituyeron indicadores de morbilidad. Por otro lado también se evaluó la presencia de enfermedades, uso de medicamentos, uso de remedios caseros o tradicionales, antecedentes familiares de enfermedades, aspectos relacionados con la menstruación, planificación familiar, operaciones gine-cológicas, etc. En este cuestionario se incluyó un listado de *reporte de síntomas*. También se evaluaron los *hábitos de salud* relacionados con factores de riesgo y protectores de ciertas enfermedades como son: si se fuma o no, la cantidad de cigarrillos diarios, la práctica de algún deporte y su frecuencia, el consumo de alcohol y la cantidad y las horas diarias de sueño.

5. *Trabajo (fuera de casa):* se evaluaron aspectos relacionados con el tipo de institución donde la participante labora, número de años, forma de contrata-

ción, cargo que ocupa, número de horas diarias de trabajo, forma de transportarse, horas extras, etc.

Dadas las características específicas que tiene el *trabajo de enfermera*, el instrumento incluyó un apartado especial para este grupo de trabajadoras donde se exploran aspectos relacionados con: lugar de trabajo, tipo de pacientes, problemas de salud de los pacientes que atiende, principales problemas encontrados, nivel de entrenamiento.

El instrumento también incluyó un apartado que exploró aspectos relacionados con *condiciones ambientales del trabajo* (calor, ruido, hacinamiento).

El *Cuestionario ambiente de trabajo* consistió en una versión reducida del cuestionario original de Karasek y Theorell (1990). Esta escala mide 3 factores: *demanda laboral, apoyo social laboral y control laboral* (que se divide en dos subfactores: autoridad en la toma de decisiones *(control)* y destrezas laborales exigidas o estimuladas por el trabajo *(destrezas)*.

Calidad de los roles: este cuestionario mide la cualidad de los tres roles de la mujer, como trabajadora, como pareja y como madre. Dentro de cada rol se exploran los *aspectos satisfactorios* o reforzantes y los *preocupantes* o generadores de tensión. Además es posible calcular un balance para conocer qué tipo de aspecto predomina; a este balance se le ha denominado la calidad del rol, que puede ser positiva si predominan los aspectos positivos y negativa si predomina un puntaje de estas características.

Spillover (transferencia): el cuestionario evalúa la influencia del trabajo en la relación de pareja, en la relación con los hijos, en el tiempo libre y en las tareas del hogar. La información final de este cuestionario se organizó en dos indicadores de interferencias y de gratificaciones.

La salud psicológica: fue medida a través de cuatro indicadores: *ansiedad, depresión, autoestima y bienestar*. Para ello se utilizaron los siguientes cuestionarios: el cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger (1972) que mide dos tipos de ansiedad. La primera, denominada estado de ansiedad, que es una condición transitoria de ansiedad que fluctúa a lo largo del tiempo y la segunda, denominada rasgo de ansiedad que mide los rasgos de ansiedad relativos o permanentes en la personalidad del individuo.

En cuanto a la *depresión* se utilizó un cuestionario que consta de 8 ítems basado en el diseñado por Derogatis *et al.* (1971), Lipman *et al.* (1969) y Pearlin *et al.* (1981). La evaluación de depresión está basada en la frecuencia e intensidad de los síntomas depresivos. Se exploraron temas relacionados con estados de ánimo, problemas de sueño, apetito, llanto, energía, interés en actividades normales.

Para el indicador de *autoestima* se utilizó una versión reducida del instrumento original de Pearlin *et al.* (1981). La percepción de *bienestar o calidad de vida* se evaluó a través de una escala de 10 puntos en donde la participante tenía que calificar el número que mejor representara la calidad de su vida en el presente y en el último año. En esa escala 1 representaba una calidad de vida muy baja y 10 una alta calidad.

Variables moderadoras: el instrumento para medir la distribución de responsabilidades en el hogar consta de una lista de actividades a realizar en el hogar por cada uno de los integrantes de la pareja o por otras personas. Se divide en dos partes: *a)* en la administración o planificación de las tareas y *b)* en la realización de las tareas.

Para medir el *apoyo social* se utilizaron las escalas de Social Network and Support de Unden & Orth-Gomer (1989) modificada por Orth-Gomer & Wamala (1994) para el presente proyecto y mide varias dimensiones del apoyo social: disponibilidad de integración social, disponibilidad de vínculo, apego, apoyo familiar y apoyo religioso.

La literatura sobre la relación entre el estrés y las reacciones cardiovasculares ha indicado que la expresión o represión de la rabia pueden ser factores que protejan o que predispongan aún más al riesgo de padecer problemas en este sistema reactivo. Se evaluó la *rabia* como factor de riesgo cardiovascular utilizando la Escala de Ex-

presión de la Rabia que forma parte del State-Trait Expression Inventory (STAXI) de Spielberger, *et al.* (1985). La misma mide 3 indicadores de rabia: rabia contenida, rabia expresada y control de la rabia. Para la presente investigación también se evaluó la rabia como rasgo emocional a través del State-Trait Expression Inventory (STAXI) de Spielberger *et al.* (1985).

El afrontamiento se refiere a la forma como las personas actúan en una situación en la que perciben alguna amenaza actual o potencial. Se midió utilizando un cuestionario que tiene sus orígenes en el Cuestionario sobre Dimensiones de Afrontamiento de Carver, Scheier y Weintraub (1989). Su objetivo consiste en evaluar catorce disposiciones de afrontamiento ante situaciones de estrés en general. El cuestionario mide el afrontamiento centrado en el problema, el afrontamiento centrado en la emoción, el afrontamiento disfuncional, el afrontamiento restringido y la búsqueda de apoyo emocional.

El afrontamiento ha sido categorizado por diversos autores de maneras diferentes. Debido a que esta variable es fundamental al estudiar variaciones en los posibles efectos estresantes de una situación y al hecho de que las formas de afrontamiento suelen ser determinadas por el contexto sociocultural, para esta versión bogotana del estudio se hizo un análisis factorial de esta escala con el fin de determinar la forma como se agrupaban en factores los ítems incluidos en nuestra escala. Este análisis factorial arrojó 5: afrontamiento activo[2], afrontamiento pasivo[3], búsqueda de apoyo emocional[4], afrontamiento restringido[5] y afrontamiento no funcional[6].

Finalmente el cuestionario tuvo un apartado dedicado a *actividades recreativas* en donde se exploraron aspectos relacionados con la pertenencia a grupos, tiempo semanal dedicado a actividades recreativas, hobbies, importancia que la participante le da a su tiempo libre, etc. Asimismo se incluyó una pequeña escala acerca del bailar como actividad recreativa.

D. Procedimiento

Se contactó en diferentes empresas[7] a las personas encargadas de autorizar el acceso a las posibles participantes a fin dar información detallada del estudio, aclarar los términos de su participación y solicitar su colaboración. De todas las voluntarias se solicitó su consentimiento por escrito. En cada empresa se invitó a la reunión informativa por medio de carteleras, u otro tipo de comunicaciones internas.

Usualmente se entregó el instrumento a las personas que en la reunión informativa aceptaron participar en el estudio. En estos casos se hizo una cita con el grupo para uno o varios días más tarde entre 7 y 8 a.m., momento en que se tomó la muestra de sangre en ayunas y se recuperó el cuestionario. A todas las participantes se les ofreció un refrigerio.

2 El afrontamiento activo se definió como comportamientos activos dirigidos a cambiar el problema o a calmar las propias emociones. Esto incluyó concentrarse en hacer algo concreto respecto al problema, hacer un plan de acción, buscar el lado positivo a lo sucedido, buscar a alguien para compartir los sentimientos.

3 El afrontamiento pasivo se refiere a conductas como actuar como si nada pasara, tratar de aprender a vivir con el problema, buscar la ayuda de Dios, volcarse hacia el trabajo u otras actividades para alejar la mente del problema. Como se ve, en contraste con las formas activas de afrontamiento, estas que se describen en esta dimensión pretenden calmar las emociones de una manera más pasiva, menos resuelta a cambiar o el problema o las cogniciones y expectativas al respecto.

4 La búsqueda de apoyo emocional es una forma activa de afrontar un problema, en tanto se recurre a otros para que ayuden a resolver el problema o a calmar las propias emociones. Aunque esta forma de actuar estaría incluida estrictamente dentro de las formas activas de afrontamiento, también presentaron una saturación alta como un factor adicional y por esa razón se procesó, también, como factor independiente.

5 El afrontamiento restringido se refiere fundamentalmente a conductas de espera, en los que no se hace nada esperando el mejor momento para poder hacer algo.

6 El afrontamiento disfuncional se refiere a la tendencia a rendirse ante los problemas muy rápidamente o a acudir a las drogas o al alcohol para evitar pensar en el problema.

7 Alpina S.A., Los Tres Elefantes, Laboratorios Bussié, Carboquímica de Colombia, Seguros Bolívar, Corporación Colombia Internacional, Secretaría Distrital de Salud, Fiscalía General de la Nación, Clínica San Pedro Claver, Fundación Cardioinfantil, Instituto Franklin Delano Roosevelt, Seguros Colmena, Universidad de los Andes, Industrias Klein, Karma Metalmecánica, Seguros Fenix, Permapint, Oxford University Press, Purina, Corporación Financiera de Colombia, Preventium.

Unos días después se enviaron a cada empresa los resultados de los análisis de sangre, que cada persona reclamó utilizando para ello el número[8] que se le asignó en el momento de tomarle la muestra.

Cuando por razones laborales no fue posible hacer una reunión informativa antes de la toma de las muestras, se difundió la información sobre el estudio y las condiciones de participación por medio de afiches y de hojas con información que las personas encargadas de cada empresa ayudaron a difundir. Además se citó a las personas un día concreto, temprano, a asistir en ayunas a la reunión para la toma de la muestra de sangre. En el momento del encuentro se aclararon preguntas, si todavía existían, se entregó el cuestionario y se tomó la muestra de sangre. Con estas personas, que usualmente fueron los grupos de enfermeras, se hizo una cita para recoger el cuestionario y entregar los resultados de los análisis días más tarde.

La muestra de sangre fue tomada siempre por personal especializado enviado por el laboratorio Preventium, el cual también realizó todos los análisis de las muestras por medio del método enzimático colorimétrico (Div. Miles de Bayer-Ames).

En todas las reuniones con los grupos de participantes hubo siempre por lo menos dos personas del equipo de investigación quienes, además de contestar preguntas sobre el proyecto, el cuestionario y la entrega de resultados, preguntaron a las mujeres que tendrían interés de participar en grupos focales o en entrevistas para profundizar sobre el tema estudiado. De las personas interesadas se tomaron datos como el nombre, dirección, teléfono, empresa, ocupación y disponibilidad horaria para asistir a las reuniones.

Los cuestionarios se revisaban siempre y en caso de dudas o falta de información se le pidió a las personas que completaran o aclararan el cuestionario. En algunos casos, este procedimiento no fue posible puesto que fueron cuestionarios que se devolvieron a través de las personas encargadas de recolectarlos en cada empresa. Se explicó en el numeral dos que esto ocurrió, sobretodo con los grupos de enfermeras, con los que fue muy frecuente que no pudiera realizarse la reunión informativa antes de la toma de las muestras. Por esta razón, de las enfermeras se encuestaron más de las 80 personas programadas, con el fin de tener la mayor cantidad de cuestionarios completos. Sin embargo, algunos que no estaban muy incompletos se incluyeron en los análisis.

Se elaboró una base de datos que se revisó varias veces con el fin de detectar errores de digitación o contradicciones en los datos reportados. En estos casos se hicieron las correcciones que fueron posibles y en los casos en que no lo fue, los datos se eliminaron.

E. Análisis estadísticos[9]

Se realizaron tres tipos de análisis de los datos obtenidos: descripción de la muestra estudiada (datos descriptivos y datos comparativos), relación entre variables (correlaciones y regresiones) y el análisis de efectos moderadores.

El objetivo de la descripción de la muestra fue caracterizar a las mujeres que trabajan con contrato laboral en Bogotá y que adicionalmente se desempeñan como compañeras o esposas y/o madres. La descripción se hizo en todas las variables incluidas en el cuestionario.

Posteriormente se compararon los grupos ocupacionales (operarias, secretarias, enfermeras y ejecutivas) y los grupos con distinto número y clase de roles (1: laboral, pareja y materno; 2: laboral y pareja; 3: laboral y materno) en todas las variables medidas en el estudio. Para realizar estas comparaciones se utilizó la prueba X^2 y realizaron análisis de varianza (ANOVA). El nivel mínimo de significación exigido fue $p<=.05$.

Los análisis arriba descritos nos informaron sobre las características sociodemográficas, laborales, de roles y de salud de las participantes y de

8 Este número fue el mismo con el que se codificó el cuestionario de cada persona.

9 Todos los análisis que se describirán se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS versión 7.5 para Windows.

las diferencias entre los subgrupos de interés; sin embargo, estos análisis no permiten saber cuáles variables se relacionan con cuáles y de qué manera. Para evaluar este punto de interés, se calcularon correlaciones entre los distintos tipos de variables (Pearson; nivel de significatividad mínimo exigido fue p=<.05 y en los casos en el nivel de significación fue menor, esto se señaló). Por un lado se calcularon las correlaciones entre las variables dependientes y las variables sociodemográficas, los indicadores de la calidad de los roles, los factores del ambiente laboral y el *spillover* percibido. Por otro lado, se calcularon algunas correlaciones para evaluar:

– las relaciones entre los aspectos positivos y negativos de todos los roles entre sí,

– si la calidad del rol laboral se relaciona y cómo con los factores del ambiente laboral,

– si la calidad del rol de pareja se relaciona y cómo con la distribución de las tareas domésticas entre los miembros de la pareja,

– la relación entre los aspectos positivos y negativos de cada uno de los roles y las variables sociodemográficas,

– la relación de los indicadores de salud entre sí,

– la relación de las variables entre sí,

– si las variables dependientes se relacionan y cómo con las siguientes variables moderadoras: apoyo social; afrontamiento; uso del humor, bailar, ansiedad como rasgo, número de horas semanales dedicadas a actividad física, número de condiciones ambientales negativas en el medio laboral; control, expresión y represión de la rabia.

Las correlaciones realizadas permitieron detectar aquellas variables dependientes que, al parecer, son más sensibles a las condiciones estudiadas. Es decir, algunas variables de salud demostraron relacionarse con variables sociodemográficas y otras mostraron relaciones con las condiciones del trabajo y/o con los aspectos positivos y negativos de cada uno de los roles. Algunas variables mostraron relacionarse con varias de las condiciones mencionadas.

Por esta razón, y para medir el peso relativo de las variables sociodemográficas, del ambiente laboral y de la calidad de los roles en los indicadores de salud se realizó para cada indicador de salud (que demostró ser sensible a las variables independientes estudiadas) una regresión jerárquica, en la que se ingresaron las variables por paquetes: el primer paquete fue el de las variables demográficas, el segundo el de las variables del ambiente laboral y el tercero el de las variables relacionadas con la calidad de los roles. En cada paquete se incluyeron cada vez sólo aquellas variables que correlacionaron significativamente con el indicador de salud respectivo. Este procedimiento permite evaluar el peso relativo de cada paquete de variables, además de la contribución única que cada variable hace a la explicación de la varianza del indicador estudiado.

Finalmente, y a raíz de que algunas variables dependientes mostraron una relación muy fuerte y consistente con algunos de los factores predictores, se hicieron análisis adicionales para evaluar si alguna de las variables moderadoras interactuaba con las variables predictoras para determinar los efectos sobre el indicador de salud. Estas interacciones se evaluaron de dos maneras: *a)* Se calcularon variables de interacción, multiplicando la variable predictora de interés y la variable moderadora. Posteriormente se calcularon regresiones jerárquicas en las que se ingresaba primero la variable predictora sola y posteriormente, la variable de interacción. Se buscó con este procedimiento detectar si la interacción de las variables predictora y moderadora contribuía adicionalmente a la explicación de la varianza de la variable dependiente. *b)* Cuando la regresión indicó que la variable de interacción aumentaba la posibilidad de explicación de la varianza de un indicador de salud, se categorizó cada una de las variables de la interacción y se calculó un ANOVA factorial. Con esto se confirmó que la interacción, y no sólo cada variable independiente, tuvo un efecto significativo sobre la variable dependiente. Sólo se reportaron los análisis que resultaron ser significativos en los dos procedimientos utilizados.

Segunda parte

A. Objetivo

Como ya se mencionó, la segunda parte del estudio utilizó metodología cualitativa y tuvo como principal propósito cualificar y profundizar en la información de la muestra bogotana que se recolectó por medio del cuestionario mencionado en la primera parte. Se quiso mirar especialmente, si las mujeres con las características definidas para este estudio, estaban o no experimentando estrés en cada uno de sus roles o por el desempeño de los múltiples roles. También había interés especial por describir las formas habituales de afrontar las situaciones particulares que encuentran por el hecho de desempeñar varios roles.

B. Marco conceptual

Para escoger las categorías de análisis que permitieran analizar de la mejor manera el material de que se dispuso y desde la perspectiva del estrés, se recurrió a las categorías descritas por Perrez y Reicherts (1992). Desde una perspectiva transaccional del estrés es importante conocer las situaciones potencialmente estresantes, las valoraciones que los individuos hacen de ellas y la forma como afrontan la situación en caso de que la valoración implique algún tipo de amenaza para algún interés relevante para la persona. De acuerdo con esto, las primeras categorías escogidas fueron *las situaciones*, *las valoraciones de esas situaciones* y *el afrontamiento*. Perrez y Reicherts describen varias dimensiones objetivas (o intersubjetivas) que pueden caracterizar a una situación potencialmente estresante:

Valencia: se refiere a la condición inherentemente negativa o positiva de una situación.

Controlabilidad: se refiere a las oportunidades inherentes de control dentro de una situación.

Variabilidad: se refiere a la probabilidad de que una situación cambie por sí misma, por su propia dinámica, sin la participación de acciones de sujeto alguno.

Ambigüedad: es el grado en que una situación inherentemente carece de información suficiente para transmitir un significado claro de lo que ella representa.

Reocurrencia: es la probabilidad inherente de reocurrencia de la situación estresante.

Perrez y Reicherts definen dimensiones equivalentes para las valoraciones que los individuos pueden hacer de las situaciones. Por ejemplo, *la valencia* en este caso se refiere al significado subjetivo de la situación que contribuye a que ella sea más o menos aversiva, desde la perspectiva del sujeto. De la misma manera se definen la *controlabilidad, la variabilidad, la ambigüedad, la reocurrencia*: son las evaluaciones subjetivas que la persona hace de estas dimensiones en una situación. Los autores agregan otra dimensión subjetivamente relevante que *es la familiaridad*, que se refiere al nivel de experiencia personal con la situación particular.

De acuerdo a los autores citados, todas las dimensiones descritas, tanto las objetivas como las subjetivas tienen implicaciones para el tipo de conductas de afrontamiento que se escojan, para los estados emocionales que se generen, para los planes de acción que se establezcan. Se afirma también que las personas pueden presentar tendencias de valoración que necesariamente influyen en las estrategias de afrontamiento que se seleccionen (Perrez y Reicherts, 1992).

Las estrategias de afrontamiento pueden clasificarse, de acuerdo con Perrez y Reicherts de la siguiente manera:

Orientadas a la situación:
- *influencia activa sobre las situaciones*
- *evasión/retiro*
- *pasividad*

Orientadas a la representación:
- *búsqueda de información*
- *supresión de información*

Orientadas a la evaluación:
- *cambio de intensiones o metas*
- *reevaluación de la situación*

Las dos últimas categorías se pueden agrupar dentro de las estrategias dirigidas a sí mismo, jun-

to con otras como la *paliación*[10] y *la atribución de culpas a sí mismo o a otros.*

Hall (1972) describe tres estrategias dirigidas al problema, pero específicamente detectadas para el manejo de conflicto entre roles. Estas son:

- *la redefinición estructural del rol*[11]
- *la redefinición personal del rol*[12]
- *aumento de las conductas de rol*[13]

Una aclaración importante es que la categorización de las formas de afrontamiento utilizada en esta parte del estudio no es igual a la que se utilizó en la primera parte. Las categorías utilizadas en la primera parte se derivan de los análisis factoriales realizados a la escala de afrontamiento desarrollada por Carver, Scheier y Weinstraub (1989). Si se analiza cuidadosamente, se verá que de todas maneras las categorías son equivalentes. Sin embargo, para esta parte del análisis parecían restringidas e insuficientes por lo que se recurrió a la ampliación de las posibilidades de categorización utilizando las dimensiones sugeridas por Perrez y Reicherts (1992) y por Hall (1972).

Para el análisis del material cualitativo de que se disponía, se utilizaron las categorías arriba descritas de la manera que se explicará en el siguiente apartado.

C. Procedimiento

1. Para cumplir con el objetivo de la segunda parte del estudio se realizaron doce entrevistas (tres por grupo ocupacional) y ocho grupos focales (dos por cada ocupación). Las mujeres que fueron entrevistadas o que participaron en los grupos focales fueron ubicadas en algunas de las empresas a dónde se acudió en búsqueda de voluntarias para participar en la primera parte del estudio. En algunas instituciones, como la Universidad de los Andes y Seguros Colmena, sólo se solicitó participación para esta segunda parte del estudio.

2. Todas las mujeres participantes cumplían con los mismos requisitos que se describieron más arriba: estar entre los 30 y los 55 años, trabajar en Bogotá desde hace por lo menos un año y, asumir por lo menos dos roles. En los grupos focales participaron entre 3 y 12 personas. Se garantizó la confidencialidad a todas las mujeres que aceptaron participar.

3. Todas las entrevistas y grupos focales fueron grabados en audio y video y luego transcritos en su totalidad.

4. Todas las entrevistas y los grupos focales se leyeron y se codificaron de acuerdo con cuatro categorías de análisis, a saber: las situaciones, las valoraciones, los afrontamientos y la salud. Cada categoría se contextualizó respecto al tipo de rol al que hacía referencia. Es pertinente anotar que en esta segunda parte del estudio se consideró un espectro más amplio de roles asumidos. Se consideraron adicionalmente el rol de género, el social, el de familia extensa y los múltiples roles considerados globalmente. Al codificar una situación se especificó si esa situación se refería al rol materno, al de pareja, al laboral, al rol de género, etc. La codificación de los datos cualitativos en estas cuatro categorías se hizo utilizando como apoyo el programa *Ethnograph 4.0.*

5. Cuatro de las entrevistas, una por grupo ocupacional, se utilizaron para construir una megamatriz que se elaboró utilizando para ello las cuatro categorías de análisis y su contextualiza-

10 Paliación se refiere a formas de comportamiento cuyo objetivo es el de calmar las emociones que se generan en una situación de estrés. Pueden ser acciones cognitivas como darse instrucciones de calma o acciones instrumentales como fumar, consumir drogas, comer, tomar o relajarse.

11 Esta estrategia típicamente se refiere a negociaciones con otros como una forma de alterar las demandas estructuralmente establecidas. En el caso que nos ocupa este tipo de estrategias pueden ser negociar con los jefes horarios de trabajo, negociar responsabilidades domésticas con el esposo o buscar alternativas acerca del cuidado de los hijos.

12 Esta estrategia implica cambios en la definición personal de los roles que se tienen. Por ejemplo, alguien puede dejar de considerar que el rol materno es prioritario en su vida o cambiar sus aspiraciones laborales o en la pareja.

13 Esta es una estrategia que pretende cumplir con las demandas de todos los roles. En estos casos se extienden horarios, se establecen formas más eficientes de trabajar o se elaboraran horarios de trabajo muy estrictos que permitan cumplir con todas las exigencias percibidas.

ción por roles. En esta Megamatriz se cualificaron además las situaciones, las valoraciones y los afrontamientos utilizando las dimensiones arriba descritas (valencia, controlabilidad, variabilidad, etc.). La salud se codificó de acuerdo con su correspondencia a la salud física o emocional.

6. Con otras cuatro entrevistas se realizó el siguiente procedimiento: las personas de cada grupo ocupacional se compararon con su equivalente en la megamatriz y se extractaron los elementos comunes y particulares en cada una de las entradas de la megamatriz. Por ejemplo, se compararon las dos operarias en su descripción de las situaciones relacionadas con el rol laboral y en su valoración y afrontamiento de las mismas. Con base en estas comparaciones se construyó la descripción cualitativa de grupos ocupacionales.

7. Las cuatro entrevistas restantes y los grupos focales se leyeron, se codificaron con las cuatro categorías básicas y se utilizaron fundamentalmente para complementar la discusión, para confirmar o contrastar la percepción que tienen las mujeres de sus múltiples roles con lo que los resultados de los cuestionarios señalaron y para generar hipótesis sobre posibles relaciones o explicaciones.

Para aprovechar la gran cantidad de información que se poseía, y que no iba a ser posible de analizar en detalle en el tiempo de que se disponía, se le propuso a una estudiante de último año de psicología de la Universidad de los Andes que realizara su tesis de grado utilizando parte de esta información. Esa tesis se realizó con la orientación estrecha de la directora de este proyecto y de su asistente de investigación. El trabajo de tesis se centró en las ejecutivas y como material utilizó las tres entrevistas realizadas (ver González, 1998).

V. RESULTADOS DE LA PRIMERA PARTE DEL ESTUDIO

Datos descriptivos de toda la muestra

El primer propósito en este apartado es el de describir las características sociodemográficas de la muestra, las proporciones en que desempeñan los tres principales roles de interés en este estudio y la calidad promedio con que califican cada uno de ellos, su estado general de salud y sus hábitos de salud. Adicionalmente, se describirán los promedios obtenidos en cada uno de los indicadores de salud que se utilizaron como variables dependientes en esta investigación.

A. *Datos sociodemográficos*

Como se mencionó anteriormente, la muestra estuvo constituida por un total de 340 mujeres con edad promedio de 38 años, que tienen algún tipo de contrato laboral en la ciudad de Bogotá. El 23.5% de la muestra correspondió al grupo de operarias, el 25.8% al de secretarias, el 26.9% al de enfermeras y el 23.9% al de ejecutivas. A pesar de trabajar en Bogotá hace por lo menos dos años, casi el 67% de estas personas son oriundas de ciudades distintas a Bogotá. En promedio estas mujeres pertenecen a familias de origen relativamente grandes, con un número de seis hermanos en promedio. En general puede decirse que este grupo está constituido por mujeres que poseen al menos algún nivel de instrucción y que una gran proporción de ellas ha terminado la secundaria (21.4%) o poseen algún título posterior al de bachiller (60%).

B. Condiciones de vivienda y composición familiar

Es importante resaltar que este grupo de mujeres vive primordialmente en casa o apartamento propio con servicios completos. En su gran mayoría constituyen familias nucleares de dos hijos en promedio.

C. Situación económica

Pudo apreciarse que en general, en la medida en que la mujer trabaja, se convierte en un sustento del hogar tan primordial como el hombre. Es necesario resaltar el alto porcentaje de mujeres (39.1%) que reportan ser ellas mismas el principal sustento del hogar, a pesar de que el número de mujeres que reportan que no conviven con una pareja representan una proporción inferior a la arriba mencionada (30%).

Por otro lado, un poco más de la tercera parte del grupo (42.8%) reporta que su ingreso familiar usualmente es suficiente y otro 30% lo considera definitivamente suficiente mientras que el porcentaje de mujeres que usual o definitivamente no considera que su ingreso sea suficiente es del 30%. Estos datos contrastan con el hecho de que el 81% de las mujeres expresan que la situación del país ha afectado negativamente su economía personal, que más de la mitad no ahorra. Estas mujeres expresan no estar totalmente satisfechas pero tampoco insatisfechas con su situación económica.

D. *Cantidad y calidad de los roles desempeñados*

El mayor porcentaje de la muestra (64.4%) desempeña, además del rol laboral, los roles de pareja y maternal. El 30% tiene adicionalmente al rol laboral el rol maternal y el 5.6% el rol de pareja. Un comentario importante al respecto es que expresamente se trató de que la participación de las mujeres que siendo parejas no tuvieran hijos fuera mayor, fue imposible encontrar más personas con esta condición.

Respecto a la calidad de los roles vale la pena resaltar que los aspectos positivos de cada rol tuvieron valores intermedios y los aspectos negativos en general fueron bajos. Es decir, en general este grupo parece percibir más aspectos positivos que negativos en cada uno de sus roles, lo que se refleja en que las calidades de todos los roles fueron positivas.

E. Salud y hábitos de salud

En general puede afirmarse que el grupo estudiado posee un nivel de salud física bueno teniendo en cuenta que sólo el 16,5% de las mujeres reporta únicamente una enfermedad tal como presión alta, angina de pecho, asma, úlcera, diabetes o cáncer. El buen nivel general de salud del grupo investigado también se refleja en la regularidad y duración de las menstruaciones y en que el 79.5% no ha padecido enfermedades profesionales.

En contraste con el hecho de que varios indicadores objetivos de salud no parecen sugerir deficiencias en el grupo general, la presencia de síntomas asociados a la menstruación, así como de otros síntomas con un componente psicosomático más marcado es relativamente frecuente. Examinemos los siguientes hechos: *(a)* un gran porcentaje (65.4%) de las mujeres presenta síntomas menstruales, especialmente cólicos o cólicos combinados con irritabilidad y dolor en diferentes partes del cuerpo; *(b)* los síntomas que más refieren las mujeres de este grupo son dolor de cabeza (69%), cólicos, ardor o indigestión (54.6%), tensión muscular (69.6%), olvidos (52.5%), dificultades de concentración (43%), pérdida de interés o placer sexual (40.7%), debilidad (32.8%), escalofríos o calores repentinos (33.1%) y angustia (61.8%).

Sobre los *hábitos relacionados con la salud* de este grupo de mujeres hay varios puntos para resaltar:

1. El consumo de medicamentos se da en un tercio de la muestra; sin embargo, se reporta una preferencia por el uso de remedios caseros. Mirados en conjunto, pareciera que es mayor la proporción de mujeres que no utiliza ningún tipo de remedio.

2. Casi la mitad de la muestra (48.7%) afirma que no asiste a controles preventivos y la principal justificación que dan para esta conducta es que no tienen tiempo para hacerlo (41.2%). Otras razones expuestas son que ellas son descuidadas con su salud, no ven la necesidad de ir a controles, no se sienten enfermas o no tienen dinero para ir. Por otra parte, las que si van a controles preventivos afirman que van precisamente para prevenir problemas, porque tuvieron o tienen alguna enfermedad que requiere de seguimiento, para sentirse tranquilas o porque están embarazadas.

3. El 80.6% de la muestra utiliza algún método no natural de anticoncepción, siendo el DIU el principal, seguido de la combinación de píldora y DIU o de la píldora sola.

4. El 80.9% de las mujeres que componen esta muestra no son fumadoras actualmente y consumen alcohol sólo en ocasiones especiales o nunca.

5. Con respecto al sueño, el 51.7% de este grupo duerme entre 7 y 8 horas diarias y el 41.1% 6 horas o menos. A pesar de que más de la mitad de la muestra duerme entre 7 y 8 horas diarias, sólo el 20.5% afirma que duerme lo suficiente. Los problemas de sueño como tener pesadillas o un sueño muy liviano no parecen ser la generalidad; sin embargo, casi el 42% afirma padecer este tipo de problemas frecuentemente o algunas veces.

F. Condiciones de trabajo

Las mujeres participantes en este estudio llevan trabajando un promedio de 16 años. El número de horas laborales de la mayor parte del grupo es de 8 y el número de días que trabajan en la semana es de 5 ó 6. Las enfermeras, como se verá más adelante tienen horarios o más cortos (6 horas) o más extensos (12 horas) y algunas ejecutivas también trabajan entre 9 y 12 horas diarias. Por otro lado, casi la mitad del grupo (46.2%) trabaja alrededor de 6 horas extras a la semana

La *forma de contratación laboral* predominante dentro de esta muestra es con contrato laboral a término indefinido, con pagos quincenales o mensuales. El tipo de contrato de libre nombramiento y remoción se presenta entre personas que laboran en instituciones estatales como la Secretaría Distrital de Salud y la Fiscalía General de la Nación.

Podría afirmarse que existe una relativa estabilidad laboral entre este tipo de personas, ya que en el actual empleo están en promedio hace 18 meses, en los últimos 10 años sólo el 30% trabajó en más de dos instituciones y el 79.8% no estuvo cesante en los últimos dos años.

Sobre las *condiciones ambientales (físicas) del trabajo* puede afirmarse que como grupo tienen condiciones físicas relativamente favorables puesto que, excepto el ruido y el frío, ninguno de los aspectos molestos se presenta en más del 30% de la muestra. El ruido molesta a un 40.7% de las personas y el frío a un 31%. Además, hay algunas diferencias entre los grupos ocupacionales que se describirán más adelante.

El *ambiente laboral*, entendido este como las demandas, el control, el apoyo y las destrezas exigidas y estimuladas por las condiciones de trabajo, es una de las variables más relevantes dentro de este proyecto, tal como se mencionó en el marco conceptual. Las demandas y el control laboral presentaron un promedio de 7.9 y el rango de valores oscila entre 0 y 15; el apoyo laboral promedio es de 4.4 y la calificación máxima posible era de 9 y la mínima 0; finalmente, las destrezas laborales se perciben con un promedio de 6 y los valores posibles están entre 0 y 12. Esto quiere decir que en términos generales, este no es un grupo que perciba excesivas o ninguna demanda de su medio laboral; tampoco se siente especialmente apoyado pero tampoco ignorado por sus compañeras o jefes; no percibe que tenga ni mucho ni poco control sobre sus condiciones de trabajo; y no siente que su trabajo le exija pocas o muchas destrezas o que por el contrario las estimule en exceso o en nada en absoluto. En otras palabras, de esta muestra de mujeres trabajadoras se puede afirmar que los valores en los aspectos que constituyen el ambiente laboral se distribuyen normalmente, mostrando que la mayor parte del grupo percibe valores

promedio en cada uno de ellos. Más adelante se describirá cómo los promedios por grupos ocupacionales presentan diferencias y que obtener valores altos o bajos en estos factores puede relacionarse con otras variables de interés en este estudio.

Los ítems de la escala que mide las relaciones que hay entre el trabajo, la familia y la vida personal se agrupan en dos factores: *las gratificaciones y las interferencias.* Ambos presentan en el grupo valores promedio de 1.5 y de 1 respectivamente, con un rango entre 0 y 3.

G. Variables dependientes

1. *Los indicadores objetivos y subjetivos del estado de salud* que se midieron en este estudio fueron: *(a)* la ocurrencia de hospitalizaciones, *(b)* el número de días que estuvo enferma en los últimos seis meses, *(c)* el número de enfermedades diagnosticadas de las que padece, *(d)* la percepción de salud y *(e)* la percepción de síntomas.

Se observó que el porcentaje de personas que *fue hospitalizado en el último año* es de un 16%. Por otro lado, *el número promedio de días en que estuvieron enfermas en el último semestre* fue de 15. Es importante aclarar que este promedio es el de las personas que reportaron haber estado enfermas, no del grupo en general. Veremos más adelante, que este último indicador se diferencia entre los grupos ocupacionales. *El número de enfermedades diagnosticadas de las que padece cada persona* es bajo si se tiene en cuenta que el 76.4% de la muestra responde que no padece de ninguna enfermedad y que el 20% reporta padecer de una o dos. Las enfermedades más frecuentemente reportadas en este grupo son en su orden la tensión alta, la úlcera, la angina de pecho y el asma.

La percepción que el 71.5% de las participantes tiene *de su salud física* es buena o muy buena. Sólo el 28.2% de la muestra afirma que su salud es regular. Es interesante resaltar que ninguna de las participantes en este estudio afirmó que su salud es mala o muy mala.

El número promedio de síntomas que este grupo de mujeres reporta es de 6.8, con un rango entre 11 y 2 síntomas por persona.

2. *Salud cardiovascular:* la mayor parte de los indicadores de salud cardiovascular medidos en este estudio (triglicéridos, el colesterol total, el LDL, el índice entre LDL/HDL y la presión sistólica y diastólica) presentan valores dentro de los rangos normales, e incluso deseables. Sin embargo, el promedio del valor de HDL es bajo ya que el valor deseable en las mujeres debería ser superior a los 45mg/HDL y el promedio obtenido en esta muestra es de 35. Al parecer, como grupo, estas mujeres no presentan riesgo cardiovascular especial. Veremos más adelante que los riesgos están asociados a algunas variables específicas que se mencionarán oportunamente.

3. *Salud psicológica:* los indicadores de salud psicológica señalan que en general las mujeres que representa este grupo presentan una autoestima alta, perciben un buen nivel de bienestar y niveles moderados de ansiedad y depresión.

Por ejemplo, la *autoestima* de este grupo es relativamente alta si se tiene en cuenta que el promedio de la calificación en esta escala fue de 15 cuando el puntaje más alto que podría alcanzarse fue de 21. La *ansiedad estado* y la *depresión* son moderadas; los promedios alcanzaron valores de 20 y de 7.4 respectivamente frente a 60 y 24 puntos máximos posibles. En ambos casos se trata de escalas cuyos puntajes máximos indicarían niveles clínicos tanto de ansiedad como de depresión.

Con respecto a la percepción de la calidad de vida presente, el grupo obtuvo un promedio de 6.8 en una escala de 1 a 10, donde 10 representó la mayor calidad de vida posible. Finalmente, de las 340 mujeres que contestaron el cuestionario sólo 28 (8.2%) admitieron haber consultado un profesional de la salud mental en el último año, lo cual representa un porcentaje relativamente bajo.

En resumen, los datos sobre la salud psicológica del grupo investigado reflejan un grupo con una buena autoestima y niveles moderados en dos indicadores importantes de problemas psicológicos como son la ansiedad y la depresión. Adicionalmente, el grupo reporta que la calidad de su vida está más cerca del ideal que de lo que

ellas consideran una mala calidad de vida. Finalmente, el número de consultas a profesionales de la salud mental evidencia una discrepancia, ya que de acuerdo con los niveles de ansiedad y depresión, se esperaría que estas consultas fueran más frecuentes.

H. Variables moderadoras

El apoyo social se refiere a los recursos emocionales, cognitivos, económicos o de cualquier índole que una persona obtiene de su medio social y familiar. El primer factor de la escala que midió el apoyo social en esta investigación, se llamó integración social 1 y se refiere a la disponibilidad de una red social. El promedio obtenido en este factor señala que, en promedio, las participantes de este estudio disponen de 3 a 5 personas con quienes pueden contar de una u otra manera.

El factor integración social 2 se refiere a existencia o no de personas con las que se siente una gran cercanía emocional (*attachment*). El promedio obtenido en las tres preguntas al respecto indica que una parte del grupo considera que sí existe tal tipo de personas en su vida.

El factor apego también indica que casi el 68% de las mujeres sí sienten tener a alguien en quien apoyarse y que las conforte. Los datos sobre el apoyo señalan que casi la mitad de la muestra no siente que su familia le brinde apoyo suficiente. Y finalmente, sobre el apoyo religioso puede decirse que dentro de nuestra muestra parece no ser muy alto, pero tampoco muy bajo.

Los valores en los cinco factores del *afrontamiento* podían oscilar entre 0 y 3. Por lo tanto, los promedios obtenidos señalan que el tipo de afrontamiento más frecuentemente usado es el dirigido al problema[14], seguido de la búsqueda de apoyo emocional[15], el afrontamiento emocional[16] y el restringido[17]. Las formas de afrontamiento disfuncional[18] son poco frecuentes, según el promedio obtenido.

Otras formas de afrontamiento, que no suelen incluirse en las escalas tradicionales, pero que han mostrado su efectividad como formas de manejar las emociones que se generan durante situaciones difíciles, son el uso del humor y el baile. El uso del humor es más frecuente que el promedio obtenido por otras formas de afrontamiento emocional. Bailar es una actividad que realiza bastante o mucho alrededor del 70% de la muestra. Más del 50% de la muestra obtiene bastante bienestar de esta actividad.

La pertenencia a grupos sociales en estas mujeres es bastante escasa. Otras actividades evaluadas a las que se les dedica algún tiempo semanal son ver televisión, conversar casualmente con la familia y hablar por teléfono.

Respecto a la actividad física, la mitad del grupo reportó que no practicaba ningún tipo de actividad física. La otra mitad dedica tiempo semanal a alguna actividad y la preferida por el 66% de estas mujeres es caminar, seguida de lejos por asistir al gimnasio y otras con una menor frecuencia. El número de horas en promedio que las mujeres dedican a sus actividades físicas es de 10 horas semanales, lo cual es un tiempo significativo.

También se detectó que el 42.7% de las mujeres tienen un hobby, que el 95% considera muy valioso su tiempo libre y que el 30% opina que

14 Ejemplos de este tipo de afrontamiento son concentrar los esfuerzos en hacer algo acerca del problema; buscar un plan de acción o una estrategia a seguir; concentrarse en el problema y no distraerse con otras actividades.

15 Ejemplos de este tipo de afrontamiento son buscar el consejo de personas que hayan tenido experiencias similares; hablar con alguien que pueda hacer algo concreto respecto al problema.

16 Ejemplos de este tipo de afrontamiento son expresar abiertamente el malestar que se siente; aprender a vivir con eso; tratar de ver el problema bajo una óptica distinta, más positiva.

17 Ejemplos de este tipo de afrontamiento son aguantarse y no hacer nada hasta que la situación lo permita; esforzarse por esperar hasta el momento adecuado para hacer algo.

18 Ejemplos de este tipo de afrontamiento son volcarse hacia el trabajo u otras actividades para alejar de la mente el problema; consumir drogas o alcohol para no pensar tanto en el problema.

las personas cercanas poco o nada valoran su tiempo libre.

Finalmente, la ansiedad como rasgo obtuvo valores medios y de los factores de la rabia es llamativo el valor para expresión, el cual es bastante bajo.

Datos comparativos

En este apartado se reportarán los resultados de aquellas variables en las que los grupos ocupacionales o los grupos que desempeñan distintos roles difieren estadísticamente. En las variables que no se mencionan aquí puede afirmarse que hay equivalencia entre los grupos.

A. Aspectos en los que difieren los grupos ocupacionales (operarias, secretarias, enfermeras, ejecutivas).

Datos sociodemográficos: en el nivel educativo hay diferencias significativas (p=.0000) entre el grupo de operarias y todos los demás y entre el grupo de ejecutivas y todos los demás. El nivel educativo de las operarias tiende a ser de secundaria incompleta o completa (72%) mientras que las ejecutivas tienden a ser profesionales y un grupo grande (39.5%) tiene estudios de postgrado.

Número de hijos: hay diferencias significativas (p=.004) entre el grupo de ejecutivas (M= 1,5) comparadas con las operarias (M= 2,2) y las enfermeras (M= 2).

La edad en que se recibió el primer hijo: fue más tardía en las ejecutivas (M= 27 años), mientras que los demás grupos tuvieron promedios de 23, 24 y 25 años que no difieren significativamente entre sí (p=.0001).

El primer hijo: del grupo de ejecutivas tiene en promedio la edad de 10 años, mientras que la edad promedio del primer hijo de las operarias y las enfermeras es de 14 años y de las secretarias de 12 años (p=.0019).

Situación económica: el reporte de *si los ingresos familiares son suficientes* fue significativamente diferente (p=.0000) porque el 90% de las ejecutivas reportan que sus ingresos son usualmente o definitivamente suficientes para cubrir las necesidades básicas. El 42.9% de las enfermeras reportan que sus ingresos son usualmente suficientes, el 18.7% dice que usualmente no son suficientes y el 12.1% dice que definitivamente no lo son. En el caso de las secretarias, el 62.5% afirma que sus ingresos son definitiva o usualmente suficientes, mientras que el 17% dice que usualmente y el 19.3% que definitivamente no lo son. Finalmente, el 43.8% de las operarias considera que sus ingresos usualmente o definitivamente no son suficientes para cubrir sus necesidades básicas, el 40% dice que usualmente si y el 16.3% considera que definitivamente sí lo es. Como puede concluirse de lo anterior, los grupos de operarias, secretarias y enfermeras son más parecidas en qué tanto perciben que sus ingresos son suficientes. En contraste con las ejecutivas, donde sólo el 10% considera que sus ingresos familiares usualmente no son suficientes, entre los otros grupos este porcentaje se incrementa hasta 30% o más.

Al comparar a las participantes en *si ahorran o no*, es claro que son más las que no ahorran que las que si lo hacen (p=.042). Además, hay diferencias entre los grupos: el de las enfermeras es el único grupo en el que son más las mujeres que si ahorran que las que no lo hacen.

Cantidad y calidad de los roles desempeñados: los grupos ocupacionales difieren en los tipos de roles que más desempeñan (p=.00343). Se encontró que en el grupo de las mujeres que además de trabajar son madres solamente las operarias representan el 34.3%, las secretarias el 27.5%, las enfermeras el 23.5% y las ejecutivas el 14.7%. La combinación de los roles laboral y de pareja representó sólo un 5.6% de la muestra total y de este grupo las ejecutivas representan el 47.4%, las secretarias el 31.6%, las enfermeras el 15.8% y las operarias el 5.3%. Finalmente, la frecuencia con que se desempeñan los tres roles: laboral, de pareja y maternal es más similar entre los grupos ocupacionales. La frecuencia es un poco más alta entre las enfermeras (29.2%) seguidas de las ejecutivas (26%), las secretarias (24.7%) y las operarias (20.1%).

Veamos la descripción de los roles desempeñados por grupos ocupacionales: de las operarias, se puede afirmar que el 55% de ellas tienen los tres roles, el 1.3% son esposas además de trabajar y el 43.8% tienen el rol de madre además de su rol laboral. Entre las secretarias, los porcentajes son 61.4%, 6.8% y 31.8% respectivamente. El 70.3% de las enfermeras desempeñan los tres roles, el 3.3% el de pareja y el laboral y el 26.4% el de madres y empleadas. Finalmente, las ejecutivas son en un 70.4% empleadas, parejas y madres; el 11.1% son parejas además de tener el rol laboral y el 18.5% son empleadas y madres.

La calidad percibida en los roles desempeñados no se diferencia entre los cuatro grupos; sin embargo, al comparar los aspectos positivos o negativos de cada rol, sólo los aspectos positivos del rol laboral resultaron diferenciar significativamente (p=.0434) los grupos. Las participantes que reportan mayor número de aspectos positivos relacionados con su trabajo son las ejecutivas y las enfermeras y los que menos las secretarias y las operarias.

Salud: enfermedades profesionales: aunque en general el número de enfermedades profesionales es bajo, el grupo que reporta haberse enfermado más por razones profesionales es el de las enfermeras; en todos los demás grupos ocupacionales son más numerosas las personas que afirman que no han tenido enfermedades profesionales que las que sí las han tenido (p=.02553).

Controles preventivos: en los grupos de operarias y ejecutivas es ligeramente superior el número de mujeres que sí se hace controles preventivos, mientras que las secretarias y las enfermeras muestran un patrón diferente: son más numerosas las que no se hacen controles (p=.02079).

Abortos provocados: aunque en el grupo total el promedio de abortos provocados es de cero, se encuentra que el total de abortos en el grupo es de 24 y que este número fue mayor entre las ejecutivas (11), seguidas de las secretarias (8), las enfermeras (4) y las operarias (1).

Percepción de síntomas: en este aspecto, los grupos ocupacionales difirieron significativamente (p=.02274) en que entre las operarias y las secretarias, son más las mujeres que sí presentan cólicos que las que no, entre las enfermeras son tantas las que si como las que no los presentan y entre las ejecutivas es mayor el grupo que afirma que este no es un síntoma que ellas hayan tenido durante tanto tiempo. Así mismo, los desmayos (p=.04503) y los escalofríos (p=.01362) son más comunes entre las operarias y las secretarias que entre las enfermeras y las ejecutivas.

Hábitos de salud: fumar en el presente: en general puede afirmarse que una mayor proporción de mujeres *no* fuma en el presente (59%). Sin embargo, esta tendencia no es válida en el grupo de las operarias, donde son casi tantas las que fuman que las que no fuman (p=.00015).

Problemas de sueño: en el grupo estudiado, son más numerosas las mujeres que rara vez o nunca tienen problemas de sueño (58.3%) y esta tendencia se repite para todos los grupos ocupacionales; sin embargo, en el grupo de las enfermeras hay menos personas que responden de esta manera y es superior el grupo de las que responde que nunca tienen este tipo de problemas (p=.03482).

Trabajo: el número de instituciones en las que han trabajado en los últimos diez años es diferente entre los grupos ocupacionales (p=.0299), y los promedios indican que hay un mayor porcentaje de operarias y secretarias que han estado en una o dos instituciones en los últimos diez años. Por otro lado, entre las enfermeras y las ejecutivas, este porcentaje es algo menor y hay más personas que han estado en tres o más instituciones.

El grupo ocupacional de las enfermeras es el que tiene horarios de trabajo diferentes (p=.0000) a las usuales 8 horas diarias. El 100% de las operarias, el 97.7% de las secretarias y el 87.5% de las ejecutivas trabaja 8 horas diarias. En el caso de las enfermeras, este porcentaje se reduce al 60%. El 18.7% trabaja 6 horas diarias y el 14.3 trabaja entre 9 y 12 horas al día.

Transporte de la casa al trabajo: la forma de transportarse al trabajo es diferente ya que las ejecutivas y las secretarias tienden a usar el ca-

rro y las operarias y las enfermeras el bus. El tiempo de transporte de la casa al trabajo, sin embargo, no es muy diferente, siendo el promedio 60 minutos.

Condiciones ambientales en el trabajo: los grupos de secretarias y de ejecutivas reportan pocos problemas de *ruido* en el trabajo, mientras que en el grupo de las operarias son más las mujeres que reportan tener problemas de ruido que las que no los tienen (p=.00044). Entre las enfermeras son tantas las que tienen problemas de ruido como las que no los tienen. *El calor que hay en el trabajo* se diferencia entre los grupos de la misma manera que el ruido: secretarias y ejecutivas en su gran mayoría no tienen esta condición, las operarias sí y las enfermeras lo tienen en un 50% de los casos (p=.00000).

Las secretarias y las ejecutivas reportan que en su trabajo no tienen *cargas pesadas* mientras que las operarias y las enfermeras sí suelen presentar con mayor frecuencia este problema (p=.00000).

El *frío en el lugar de trabajo* parece ser más frecuente entre las operarias que en los demás grupos, a pesar de que en todos los grupos son más numerosas las mujeres que reportan que este no es un problema que las que dicen que sí lo es (p=.001).

El *hacinamiento* parece ser una problemática que caracteriza las condiciones de trabajo de un gran grupo de las enfermeras y que es muy extraña en los demás grupos (p=.00000).

Los *gases en el trabajo* se presentan en más casos de las operarias y las enfermeras pero en general en todos los grupos son menos las personas que no tienen esta condición que las que sí la tienen (p=.04677).

Las enfermeras reportan, más que los demás grupos (p=.0000), que las *consecuencias negativas por un error en su trabajo* serían serias o traerían resultados fatales. En el caso de las ejecutivas, las consecuencias serían corregibles o los daños serían materiales. En los otros dos grupos, los errores serían corregibles.

Al sumar el total de condiciones ambientales negativas que reporta cada persona y comparar los promedios de los grupos ocupacionales se encontró que las operarias y las enfermeras son las que presentan el mayor número de condiciones ambientales desfavorables (M=2.6 SD=1.9; y M=3 SD=1.9 respectivamente) (p=.000). Es importante mencionar que de todas maneras los promedios de los cuatro grupos, aun los de las enfermeras y los de las operarias son relativamente bajos puesto que el puntaje más alto que fue posible obtener es 8.

Con respecto al ambiente laboral los grupos ocupacionales difieren en algunos de estos factores de la siguiente manera:

Las *demandas laborales* percibidas son significativamente diferentes (p=.0000). Estas diferencias fueron importantes entre las operarias comparadas con las enfermeras y ejecutivas y entre las enfermeras comparadas con las secretarias y las operarias. Estos resultados indican que las operarias es el grupo que menos demandas percibe seguido del grupo de las secretarias, las ejecutivas y las enfermeras. Sin embargo las diferencias entre las operarias y las secretarias y entre las enfermeras y las ejecutivas no parecen ser estadísticamente significativas.

El *apoyo laboral* percibido por los cuatro grupos no se diferencia estadísticamente. En general los cuatro grupos perciben un nivel medio de apoyo en sus trabajos.

Las *destrezas laborales* también son percibidas como significativamente diferentes entre los grupos ocupacionales (p=.0000). Las ejecutivas y las secretarias perciben que sus trabajos requieren más destrezas y que a la vez estimulan otras destrezas en ellas.

Finalmente, el *control laboral* también difiere significativamente entre el grupo de las ejecutivas y los demás grupos (p=.0000).

En resumen, los grupos de las operarias y de las secretarias se caracterizan por percibir baja demanda laboral, apoyo moderado, poca exigencia y estímulo a sus destrezas y poco control laboral. Las ejecutivas y las enfermeras perciben mucha demanda, apoyo moderado y exigencia y estímulo de las destrezas. Sin embargo, el grupo de las ejecutivas, a diferencia de las enfermeras

percibe más posibilidades de control de sus condiciones de trabajo.

Relaciones entre trabajo, familia y vida personal (spillover): al comparar los grupos en los factores gratificaciones *vs.* interferencias, que toman en cuenta todos los ítems de la escala, se encontró que estos no difieren en ninguno de los dos aspectos.

Se compararon los grupos no ya utilizando los factores gratificación o interferencias sino los ítems que conforman cada una de las escalas. Estos análisis indicaron que las enfermeras perciben que su trabajo les ha permitido hacer nuevas amistades y las han ayudado a ser mejores madres; estas diferencias resultan ser significativas ($p<.05$) al compararlas con las ejecutivas. Se encontró, por otro lado, que las ejecutivas y las enfermeras, más que las secretarias y las operarias, consideran que su trabajo interfiere con su tiempo libre ($p<.05$).

Variables dependientes (percepción de salud, hospitalizaciones, número de días que estuvo enferma, enfermedades diagnosticadas, reporte de síntomas, colesterol total, HDL, LDL, índice LDL/HDL, triglicéridos, tensión sistólica y diastólica):

La *percepción de salud* de las operarias es más negativa que la que tienen las ejecutivas de la suya ($p=.0042$).

El número de días que estuvieron enfermas en los últimos seis meses difiere significativamente ($p=.004$), ya que son más numerosas las secretarias y las enfermeras que reportan haberse enfermado. El de las operarias fue el grupo que presentó enfermedades de más corta duración (aprox. 8 días); entre los otros grupos no hubo diferencia en este aspecto (aprox. 16 días).

La concentración de *colesterol* en la sangre es significativamente ($p=.0397$) diferente entre los grupos. La concentración de este lípido es mayor en las operarias ($M=192$, $SD=36$) le siguen las enfermeras ($M=184$, $SD=47$), las ejecutivas ($M= 176$, $SD=51$) y las secretarias ($M=174$, $SD=43$).

La concentración de LDL en la sangre es diferente entre los grupos ($p=.0205$). Se observó una mayor concentración en las operarias ($M=134$, $SD=34$), seguidas de las enfermeras ($M=117$, $SD=55$), las secretarias ($M= 115$, $SD=42$) y las ejecutivas ($M=114$, $SD= 57$).

El *índice* entre LDL y HDL también es significativamente diferente ($p<.0428$) y se observa nuevamente que este es mayor en las operarias ($M=3.9$, $SD=1.2$) seguidas por las enfermeras ($M=3.5$, $SD=1.8$), las ejecutivas ($M=3.3$, $SD=1.7$) y las secretarias ($M=3.3$, $SD=1.3$).

En general se puede observar que los grupos de mayor concentración de lípidos y con un índice de mayor riesgo son las operarias y las enfermeras.

Salud emocional (autoestima, ansiedad estado, depresión y percepción de la calidad de vida actual): en ninguna de estas variables se encontró diferencia significativa entre los grupos ocupacionales.

Variables moderadoras. Al comparar los grupos ocupacionales en las variables moderadoras se encontró lo siguiente: algunas formas de afrontamiento diferencian entre los grupos: las ejecutivas, comparadas con las operarias utilizan más formas activas de afrontamiento, mientras que estas últimas utilizan más frecuentemente formas de afrontamiento dirigidas a calmar sus emociones ($p<.01$). Las enfermeras tienen comportamientos de afrontamiento más similares a los de las ejecutivas y las secretarias a los de las operarias, pero las diferencias con respecto a los demás grupos no resultaron ser significativas.

El uso del humor como forma de aliviar las preocupaciones es una estrategia que utilizan con mayor frecuencia las operarias y en esto difieren significativamente ($p=.013$) de las ejecutivas.

B. Variables en las que difieren los grupos que desempeñan distintas clases de roles

Estos grupos estuvieron conformados por las mujeres que desempeñaban los roles laboral, de pareja y maternal ($N=219$), laboral y de pareja ($N=19$) y laboral y maternal $N=102$). Como se observa, la distribución de las participantes en estos grupos fue desigual. Sin embargo, fue po-

sible realizar las comparaciones entre los grupos en las distintas variables. Estos análisis arrojaron como resultado que estos grupos difieren significativamente en:

1. La concentración de HDL en la sangre. Las mujeres que además de trabajar tienen únicamente el rol de pareja presentan la concentración más alta (p=.012) de este lípido (M=37.6, SD= 7.2). Le siguen las mujeres sin pareja pero que son madres (M=36.2, SD= 4.6) y finalmente, la concentración más baja de HDL (M=34.5, SD=5.3) se presenta en las mujeres que desempeñan los tres roles (laboral, de pareja y de madre).

2. Las mujeres que se desempeñan en los tres roles reportan que su trabajo le reporta más gratificaciones en los demás aspectos de su vida que los otros dos grupos (p=.003).

C. Resumen de los resultados comparativos

1. Los grupos ocupacionales difieren en el nivel educativo, el número de hijos, la edad en que recibieron el primer hijo y la edad de ese primer hijo. Las ejecutivas tienen el nivel educativo más alto, tienen en promedio menos hijos y estos son más jóvenes que los de las demás mujeres porque los tuvieron más tardíamente en su vida.

2. Respecto a la situación económica familiar se puede afirmar que las ejecutivas están más satisfechas con ella y que son las enfermeras las que más ahorran.

3. Entre las operarias es más frecuente encontrar mujeres que se desempeñen laboralmente y que tienen adicionalmente el rol maternal pero muy poco común encontrar mujeres con los roles laboral y de pareja únicamente (1.3%). Entre las ejecutivas, el patrón es diferente ya que entre ellas es más frecuente encontrar mujeres que tienen pareja pero no hijos (11.1% de las ejecutivas) y la combinación de roles laboral y maternal se encuentra menos. Finalmente, la combinación de desempeñarse en los tres roles estudiados: laboral, de pareja y maternal, se presenta de manera similar en los cuatro grupos ocupacionales, siendo un poco más frecuente entre las enfermeras y menos frecuente entre las operarias. Sin embargo, entre los cuatro grupos ocupacionales, el patrón más frecuente sigue siendo este.

En la calidad de los roles, difieren las ejecutivas y las enfermeras en que éstas perciben más aspectos positivos en su rol laboral que las secretarias y las operarias.

4. Sobre la salud y los hábitos relacionados con ella se puede resumir que las enfermeras son las que más enfermedades profesionales han presentado; las ejecutivas son las que han tenido más abortos provocados; las operarias y las enfermeras son las que más cólicos presentan; las ejecutivas y las operarias son las que más acuden a controles preventivos; entre las operarias hay más mujeres que fuman que entre los demás grupos; y las enfermeras presentan menos problemas de sueño.

5. Respecto al trabajo se puede afirmar que el de las enfermeras y las ejecutivas son los grupos que más han cambiado de institución laboral en los últimos diez años; las enfermeras tienen horarios de trabajo diferentes los demás grupos: son más cortos o más largos; las ejecutivas y las secretarias son las que más usan el automóvil como medio de transporte.

6. Las condiciones ambientales del trabajo son más difíciles para las operarias y las enfermeras: el ruido y el calor molesta más a las enfermeras y a las operarias; el frío y tener que levantar cargas pesadas se presentan con mayor frecuencia en las condiciones de trabajo de las operarias; y el hacinamiento y el que las consecuencias negativas de un error sean más graves caracteriza más a las enfermeras. Sumar para cada persona el número de condiciones ambientales negativas y comparar luego los totales por grupos ocupacionales confirma que son las operarias y las enfermeras las mujeres que más padecen bajo este tipo de condiciones, a pesar de que los valores obtenidos indican que este no es un problema grave, no para la mayor parte de las personas de estos grupos, por lo menos.

7. Si se hace una comparación entre cada uno de los factores que constituyen el ambiente laboral (apoyo, demanda, control y destrezas), se puede afirmar que todos los grupos se caracterizan por percibir apoyo moderado en sus trabajos; las operarias son las que perciben menos demandas y las enfermeras las que más; las ejecutivas reportan tener más control de sus condiciones de trabajo; y las secretarias y las ejecutivas reportan, más que los otros grupos, que sus trabajos les exigen y les estimulan destrezas. Comparando los grupos ocupacionales se encontró que las operarias y las secretarias se caracterizan por percibir baja demanda laboral, apoyo moderado, poca exigencia y estímulo a sus destrezas y poco control laboral. Las ejecutivas y las enfermeras perciben mucha demanda, apoyo moderado y exigencia y estímulo de las destrezas. Sin embargo, el grupo de las ejecutivas, a diferencia de las enfermeras, percibe más posibilidades de control de sus condiciones de trabajo.

8. Las enfermeras reportan que sus trabajos les permiten ser mejores madres y hacer nuevas amistades. Las ejecutivas afirman que sus trabajos interfieren con su tiempo libre.

9. El grupo que tiene la peor percepción de su salud es el de las operarias y el que tiene la mejor percepción es el de las ejecutivas.

10. Las secretarias y las enfermeras son las que más se enfermaron durante los últimos seis meses y las que tuvieron tiempos de enfermedad más cortos fueron las operarias.

11. Los niveles de colesterol, HDL y el índice LDL/HDL son más altos en las operarias y en las enfermeras.

12. Las operarias utilizan, más que los otros grupos, formas de afrontamiento dirigidas a calmar sus emociones; las ejecutivas por el contrario prefieren formas activas de enfrentar sus dificultades. Una estrategia que ha demostrado ser muy útil para calmar las emociones es el uso del humor y en concordancia con el resultado anterior, son las operarias quienes más tienden a utilizarlo.

13. Los grupos ocupacionales y los grupos con distinto número y tipo de rol no difieren en ninguna de las otras variables moderadoras medidas en esta investigación.

14. Los grupos de mujeres con diferente cantidad y tipo de roles difieren en dos variables: el nivel de HDL, que es más alto en las mujeres que se desempeñan en dos roles solamente: laboral y de pareja o laboral y maternal.

15. Las gratificaciones que el trabajo proporciona a otras áreas de la vida de las mujeres son mayores en el grupo que se desempeña en los tres roles estudiados aquí: laboral, de pareja y maternal.

Relaciones entre variables

Tal como se explicó en la sección dedicada al método seguido en esta investigación, las relaciones entre los distintos tipos de variables medidos se exploraron utilizando dos técnicas estadísticas: las correlaciones y las regresiones.

A. Correlaciones

Se calcularon correlaciones entre las principales variables y las variables dependientes de interés para evaluar si existen relaciones entre ellas y de qué tipo. Inicialmente se reportarán las correlaciones entre las variables sociodemográficas y la salud, luego se hará lo correspondiente a las correlaciones entre el ambiente laboral y la salud y finalmente se describirán las correlaciones entre la calidad de los roles y la salud.

Variables sociodemográficas y salud. Las variables sociodemográficas que se correlacionaron con todas las variables de salud fueron: edad, roles desempeñados, número de hijos, nivel educativo y número de hijos en edad escolar. De los coeficientes de correlación significativos que se obtuvieron pueden derivarse las siguientes afirmaciones: los indicadores cardiovasculares muestran, con excepción del nivel de HDL, una correlación positiva con la edad, es decir que las mujeres de mayor edad presentan mayor concentración de lípidos en la sangre, una tensión arterial (tanto sistólica como diastólica) más alta y un índice LDL/HDL también más alto.

El número de enfermedades diagnosticadas también incrementa en la medida en que aumenta la edad de las mujeres estudiadas.

La correlación entre los roles desempeñados con el HDL es positiva y con la calidad de vida presente es negativa. Recuérdese que el valor asignado a desempeñar los roles laboral, de pareja y maternal fue de 3; a los roles de laboral y de pareja, el 2; y a los roles laboral y maternal, el 3. Por lo tanto la correlación positiva entre los roles desempeñados y el HDL significa que el HDL es mayor en las mujeres que desempeñan solo dos roles, dato que confirma lo que se reportó antes al describir las diferencias entre los grupos con distinto número de roles.

La correlación negativa entre los roles desempeñados y la calidad de vida percibida indica que las mujeres con menos roles tienen una mejor percepción de la calidad de sus vidas.

El número de hijos correlaciona positivamente con la percepción de salud, con la percepción de síntomas, con el número de enfermedades. Es decir que entre mayor es el número de hijos de las participantes, peor percepción tienen de su salud, más síntomas reportan y más número de enfermedades le han sido diagnosticadas.

El mayor número de hijos también correlaciona positivamente con la presión arterial, indicándonos esto que ésta es más alta a mayor número de hijos tenga la participante.

Finalmente, el número de hijos se correlaciona positivamente con la autoestima y esto señala que a mayor número de hijos mayor es la autoestima de las participantes.

El nivel educativo se correlaciona negativamente con la percepción de salud (menor valor en esta escala indica una mejor percepción de salud), con el nivel de concentración de colesterol y de HDL en la sangre y con el estado de ansiedad. La correlación con la calidad de vida fue positiva. Esto quiere decir que los niveles de colesterol y de HDL en la sangre son menores entre mayor nivel educativo tengan las mujeres; la ansiedad también es mayor cuando se tiene mayor nivel educativo; finalmente, la percepción de salud y de la calidad de vida percibidas se incrementan con el nivel educativo.

El tener un mayor número de hijos y más edad parecieran relacionarse desfavorablemente con la presión arterial, según los resultados que se han reportado hasta ahora. El tener hijos en edad escolar pareciera tener un efecto favorable. Esta correlación negativa entre la presión arterial y el número de hijos escolares puede explicarse por la edad de las mujeres: es decir, las mujeres que todavía tienen hijos en edad escolar son las más jóvenes de este grupo. Eso explica la aparente contradicción de estos resultados.

Ambiente laboral y salud. Las demandas, el apoyo, las destrezas y el control laboral se correlacionaron también con las variables dependientes de este estudio. Concretamente, las demandas laborales se correlacionaron positivamente con la percepción de síntomas y la depresión, es decir, que las mujeres que perciben más demandas en su ambiente laboral, también reportan más síntomas y depresión.

El apoyo laboral por otro lado se correlacionó negativamente con la percepción de salud, de síntomas y la ansiedad. Esto quiere decir, que a más apoyo en el contexto laboral, mejor percepción de la propia salud se tiene y se reportan menos síntomas y menos ansiedad. Una correlación adicional es positiva con la autoestima lo que significa que esta es mayor cuando se percibe más apoyo.

Las destrezas laborales exigidas y estimuladas por el trabajo muestran las mismas relaciones que el apoyo, con excepción de aquella positiva con la autoestima.

Finalmente, el control de las condiciones de trabajo se asocia con mejor percepción de salud, menos percepción de síntomas, menos ansiedad y mejor calidad de vida. Adicionalmente, se observó una relación con un menor nivel del lípido protector HDL.

Es interesante que los tres aspectos que se consideran favorables de las condiciones laborales coinciden en su asociación con una mejor percepción de la salud y de la calidad de

vida además de una menor incidencia de síntomas y de ansiedad. Por otro lado, la depresión es mayor y los síntomas son más frecuentes cuando las mujeres perciben más demandas de su medio laboral.

Sobre las relaciones con la salud de las gratificaciones y las interferencias que el trabajo tiene sobre otras áreas vitales de las mujeres (*spillover*) se confirman varias de las asociaciones descritas arriba entre los aspectos positivos y negativos del ambiente laboral. Las gratificaciones se relacionan con mejor autoestima y menor ansiedad. Por otro lado las interferencias se relacionan con más reporte de síntomas, con peor percepción de la calidad de vida, con más ansiedad y sobretodo, con mayor depresión.

Calidad de los roles y salud. Los puntajes obtenidos en las escalas que midieron los aspectos agradables o positivos y los aspectos desagradables o negativos de los tres roles estudiados se correlacionaron también con los indicadores de salud. Se observa que nuevamente son las variables percepción de salud, percepción de síntomas, autoestima, ansiedad y depresión las que muestran asociaciones consistentes con las variables en estudio.

Se aprecia que los aspectos positivos de los tres roles se asocian con una menor percepción de síntomas, mejor autoestima, menos ansiedad y depresión. Los aspectos positivos de los roles laboral y de pareja muestran adicionalmente una relación positiva con la percepción de salud.

Los aspectos negativos del rol laboral sólo muestran una relación positiva con la depresión, es decir que entre más aspectos negativos aprecian las mujeres en el rol laboral, hay mayor reporte de depresión. Por otro lado los aspectos negativos de los roles de pareja y maternal, es decir, de los roles familiares muestran una asociación fuerte y muy significativa con mayor ansiedad y depresión.

Con el fin de explorar algunas posibles explicaciones a las relaciones arriba reportadas y de evaluar el posible efecto moderador de algunas variables se calcularon varias correlaciones que se interpretan en la discusión. Concretamente, se correlacionaron los aspectos positivos y negativos de los roles entre sí, los factores del ambiente laboral y los aspectos positivos y negativos del rol laboral, la distribución de responsabilidades en el hogar y los aspectos positivos y negativos del rol de pareja, las variables sociodemográficas y los aspectos positivos y negativos de los tres roles, los indicadores de salud entre sí y las variables sociodemográficas entre sí, los indicadores de salud con diversas dimensiones del apoyo social, los indicadores de salud y diversas tendencias de afrontamiento, los indicadores de salud y el uso del humor para manejar situaciones difíciles; bailar; la ansiedad como rasgo; número de horas dedicadas a actividad física; y número de condiciones ambientales negativas en el medio laboral, entre los indicadores de salud y la expresión, represión y control de la rabia.

B. Regresiones

Como ya se explicó, para cada indicador de salud que demostró ser sensible a las variables predictoras estudiadas, se calculó una regresión jerárquica, en las que se ingresaron las variables por paquetes: el primer paquete fue el de las variables demográficas, el segundo el de las variables del ambiente laboral y el tercero el de las variables relacionadas con la calidad de los roles. En cada paquete se incluyeron cada vez sólo aquellas variables que correlacionaron significativamente con el indicador de salud respectivo.

1. Percepción de salud: las variables que mostraron correlacionar significativamente con la percepción de salud fueron el número de hijos, el nivel educativo, los factores del ambiente laboral y los aspectos negativos y positivos del rol laboral y de la relación de pareja. Los datos muestran cómo el número de hijos explica casi el 5% de la varianza, los factores laborales incrementan ese porcentaje a 8.3% y los aspectos negativos de la relación de pareja explican un 2% adicional para un total explicado de 10% del total de la

varianza. Las demás variables fueron excluidas del modelo ya que no explicaban ningún porcentaje significativo de la varianza. Pareciera que puestos en la balanza los aspectos que más pesaran con relación a la percepción de salud fueran los factores laborales, especialmente el apoyo, las destrezas y el control que, como se describió en la sección anterior, correlacionan positivamente con este indicador. Sin embargo es importante resaltar que, aunque en menor medida, el número de hijos y los aspectos negativos de la relación de pareja pesan positiva y negativamente respectivamente en la percepción que de su salud hagan las mujeres estudiadas.

2. Reporte de síntomas: este indicador de morbilidad muestra que de todas las variables que correlacionan significativamente con él, los factores del ambiente laboral explican casi el 6% de la varianza y los aspectos negativos de la relación de pareja un poco más del 2% para un total explicado por estas variables de 8%. A manera de resumen puede decirse que mayor apoyo, control y destrezas laborales se asocian con menos percepción de síntomas y que más demandas laborales y más aspectos negativos en la relación de pareja, por el contrario, se asocian con mayor percepción de síntomas.

3. Triglicéridos: esta variable sólo se correlacionó positivamente con la edad. La regresión calculada nos indica que el porcentaje de la varianza explicada por esta variable es casi del 2%, el cual es relativamente bajo. Entre más edad tienen las mujeres el nivel de triglicéridos parece aumentar, según nuestros datos.

4. Colesterol total: las variables que se utilizaron para calcular ésta regresión sobre el colesterol total fueron la edad, el nivel educativo y el número de hijos en edad escolar. La edad y el nivel educativo explicaron el 6.6% de la varianza, mientras que el número de hijos en edad escolar fue excluido del modelo. De las dos variables sociodemográficas, la que más pesa es la edad que explica un 5.4% de la varianza mientras que el nivel educativo explica un 1.2% adicional. Los datos indican que entre mayor es la edad mayor es la concentración de colesterol en la sangre y que entre mayor nivel educativo este nivel es menor.

5. HDL: el 3.5% de la varianza del HDL es explicado en conjunto por los roles desempeñados y por el control laboral. Los datos acerca de los roles, que explican el 2.3% de la varianza, indican que desempeñarse en dos roles está asociado con una mayor concentración de este lípido protector, mientras que tener mayor control de las condiciones laborales parecería asociarse con una menor concentración. El control explica sólo el 1,2% de la varianza del HDL.

6. Autoestima: mientras que para las variables hasta ahora descritas el porcentaje de varianza explicado es relativamente bajo, para la autoestima este porcentaje sube al 13.6%. El número de hijos es la variable que menos pesa, mientras que el apoyo laboral explica el 2.6% de la varianza y los aspectos positivos de los tres roles explican el 9.2% de la misma. Estos resultados indican que, de los aspectos estudiados con relación a la autoestima, son los aspectos positivos de los roles que se desempeñan los que parecen jugar el papel más importante. Es interesante anotar que todas las relaciones respecto a ésta variable fueron positivas, es decir que pareciera que en este tipo de personas, esta es una condición más susceptible de ser fortalecida por los aspectos positivos de la vida que de ser disminuida por los negativos.

7. Ansiedad: si el porcentaje de varianza explicada en el caso de la autoestima se incrementó con respecto a las anteriores variables descritas, en el caso de la ansiedad ese porcentaje se incrementa un poco más porque alcanza casi el 18%. A pesar de que el nivel educativo mostró una correlación significativa con la ansiedad, cuando se pesa con relación a las condiciones del ambiente laboral y a la calidad de los roles es excluida del modelo por no explicar una porción significativa de la varianza. Las destrezas, el apoyo y el control laborales explican casi el 5% de la varianza indicando que entre más se

perciben estos aspectos en el contexto del trabajo, menos ansiedad se presenta en estas mujeres. Por otro lado, los aspectos positivos y negativos de los tres roles logran explicar el 13.2% de la varianza, mostrando un peso importante en la predicción de esta condición en las mujeres trabajadoras.

8. Depresión: el nivel de correlación alcanzado entre la depresión y los aspectos positivos y negativos de los roles desempeñados por estas mujeres se refleja en el porcentaje de la varianza de la depresión que logran explicar estas variables en conjunto, el 30% de la varianza, el cual es un porcentaje bastante alto. Las mayores demandas laborales también explican una mayor depresión, pero su peso relativo es del 1,6% solamente.

9. Calidad de vida: la varianza de este indicador de salud psicológica es explicada en un 1.6% por el nivel educativo y los roles desempeñados, siendo la relación del nivel educativo positiva, más nivel educativo se asocia con mejor percepción de la calidad de vida, y la de los roles negativa: menos roles desempeñados se asocian con peor percepción de la misma. Por otro lado, las condiciones del ambiente laboral explican el 0.4% de la varianza: más control, más apoyo y más destrezas exigidas y apoyadas por las condiciones laborales se asocian a una menor depresión. Finalmente, los aspectos positivos del rol laboral explican otro 2% para un gran total de 4% explicado por las variables escogidas.

En resumen, las variables de salud más sensibles a las condiciones de vida y trabajo evaluadas en este estudio son la percepción de la salud, el reporte de síntomas, la autoestima, la ansiedad y la depresión, en cuyos casos las variables escogidas explicaron entre 8 y 31,3% de su varianza; lo cual señala que estos indicadores pueden predecirse con algún nivel de confianza a partir de las variables detectadas. Dado que de los tres indicadores de salud psicológica (autoestima, ansiedad y depresión) parecen ser entre todos los más sensibles se evaluó para ellos el posible efecto moderador de algunas variables.

Posible efecto moderador de algunas variables

A. La autoestima, como se recuerda, no mostró relaciones significativas con alguna variable "negativa" es decir, los aspectos que correlacionaron con ella fueron siempre positivos y lo que indicaron las correlaciones fue que mayor valor en esos aspectos positivos se relacionaban con mayor autoestima. Unas de esas variables fueron los aspectos positivos de todos los roles. Se evaluó si el tener más o menos aspectos negativos en cada rol podría eventualmente contrarrestar la relación positiva con los aspectos negativos y se encontró que no, que la relación positiva se mantenía independientemente del número de aspectos negativos reportados.

B. Se estudió si el efecto de los aspectos negativos del rol materno sobre la depresión era moderado por algunas variables[19]. Dado que la variable que más peso tuvo en la depresión fue el número de aspectos negativos asociados a la calidad del rol materno, se calcularon variables

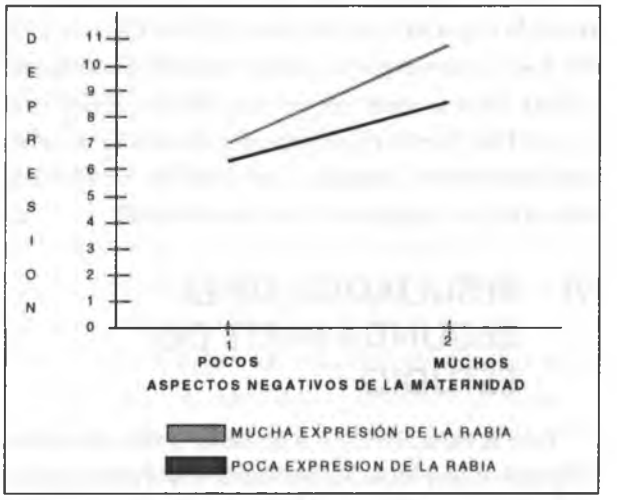

Figura 1. Depresión asociada a los aspectos negativos de la maternidad dependiendo del nivel de expresión de la rabia.

19 Estilo de afrontamiento, diferentes formas de apoyo social, demandas, apoyo, control y destrezas laborales, gratificaciones o interferencias laborales en otros aspectos de la vida, roles desempeñados, tipo de participante, autoestima, control y expresión, control y represión de la rabia.

de interacción entre esta variable y todas las posibles variables moderadoras. Posteriormente se calcularon regresiones múltiples jerárquicas en las que se introdujo primero la variable aspectos negativos del rol materno y luego cada variable que reflejaba la interacción. El objetivo fue examinar cuál de las interacciones contribuía a explicar una proporción adicional de la varianza de la depresión, que no fuera explicada por los aspectos negativos del rol. Los análisis indican que sólo la expresión de la rabia modera el efecto de los aspectos negativos relacionados con el rol materno en la depresión de las mujeres trabajadoras. En la Figura 1 puede apreciarse que expresar abiertamente la rabia es un rasgo que acentúa la depresión pero sólo cuando hay mayor presencia de aspectos negativos asociados al rol maternal. Cuando las mujeres tienen pocas quejas sobre su rol materno, la depresión es menor, independientemente de que la mujer tienda a expresar poco o mucho su rabia.

C. Con la ansiedad se siguió el mismo procedimiento de análisis y las variables que mostraron tener un efecto moderador fueron el afrontamiento activo, la búsqueda de apoyo emocional, el control y la expresión de la rabia. En las Figuras 2, 3, 4 y 5 se observa que el utilizar más afrontamiento activo, buscar más apoyo emocional, tener más control de la rabia y expresarla menos se asocian con una menor ansiedad, en caso de experimentar aspectos negativos en la maternidad.

VI. RESULTADOS DE LA SEGUNDA PARTE DEL ESTUDIO

Los resultados de los análisis arriba descritos se pueden leer en la Megamatriz-nivel caso (anexo 5 de Gómez y Pérez, 1998) y en la Descripción cualitativa por grupos ocupacionales (anexo 6 de Gómez y Pérez, 1998). Estos anexos son muy extensos y por tal razón no se incluyen aquí. Para su consulta es posible dirigirse a la investigadora principal o la Secretaría Distrital de Salud. La discusión de estos resultados se incluyó en la discusión general del estudio.

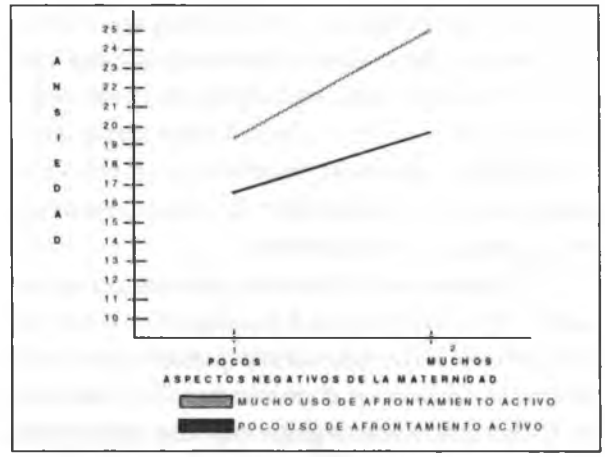

Figura 2. Ansiedad asociada a los aspectos negativos de la maternidad dependiendo del uso del afrontamiento activo.

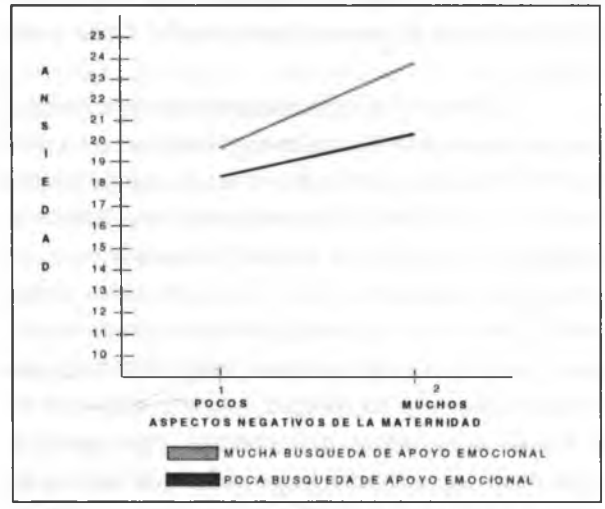

Figura 3. Ansiedad asociada a los aspectos negativos de la maternidad dependiendo de la búsqueda de apoyo emocional.

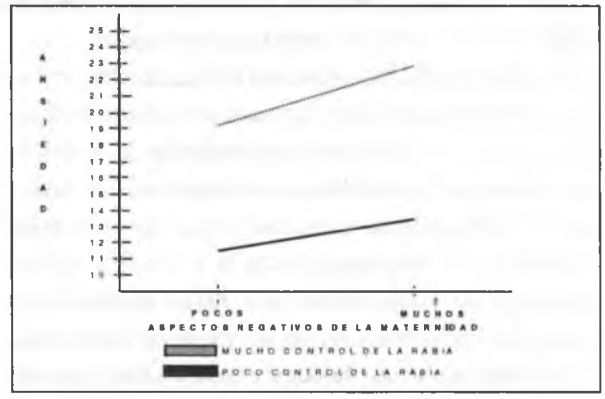

Figura 4. Ansiedad asociada a los aspectos negativos de la maternidad dependiendo del control de la rabia.

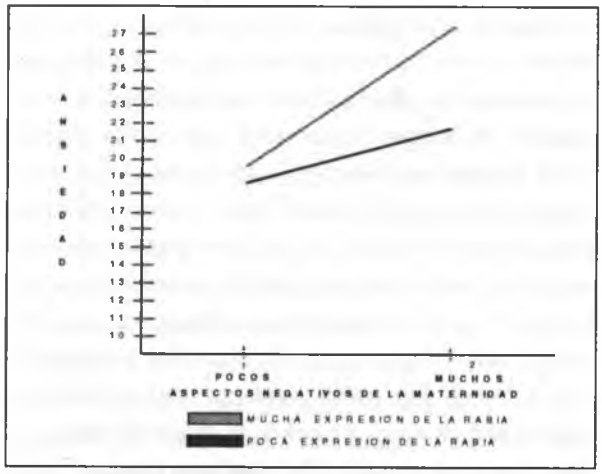

Figura 5. Ansiedad asociada a los aspectos negativos de la maternidad dependiendo de la expresión de la rabia.

VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La discusión de los resultados se dividirá de la siguiente manera: primero se analizan los resultados descriptivos y comparativos entre los grupos ocupacionales con el fin de responder al primer objetivo de esta investigación que fue describir socio-demográficamente las mujeres empleadas en Bogotá y que desempeñan diferentes ocupaciones. En segundo lugar, se analizan los resultados de las relaciones entre variables con el objetivo de describir las condiciones psicosociales y sociodemográficas que se relacionan con la salud de este grupo de mujeres.

A. Características de la población de mujeres trabajadoras en Bogotá.

1. La descrita en este estudio es una muestra que muy probablemente no refleja las condiciones de todas las mujeres en Bogotá, ni siquiera de aquellas que trabajan; sin embargo, el grupo sí refleja con mucha probabilidad las características generales de las mujeres adultas empleadas en empresas de los diferentes sectores económicos de esta ciudad. Otros grupos, como las desempleadas, las que trabajan en condiciones de empleo informal o las amas de casa que desempeñan algunas labores remuneradas probablemente tengan condiciones sociodemográficas y laborales diferentes a las que se describieron aquí. Consideramos que este grupo refleja probablemente condiciones de vida urbanas principalmente y de estratos entre 2 y 5.

2. Las mujeres estudiadas reflejan un cambio en la composición familiar, ya que provienen de familias relativamente grandes pero tienden a tener familias con uno o dos hijos en promedio. De hecho, los datos muestran que a mayor edad, mayor número de hijos. Pero, además de la edad hay otra variable que influye en el hecho de tener más o menos hijos y de tenerlos más tarde en la vida y esa es el tipo de ocupación o, dicho de otra manera, el nivel educativo. Estas tendencias probablemente están evidenciando que las mujeres jóvenes y con mayor educación tienen familias menos numerosas. Es probable que la disminución de la tasa de natalidad puedan explicarse como una consecuencia de las campañas estatales de control natal. Adicionalmente, el hecho de que las mujeres con mayor educación tengan menos hijos y más pequeños está reflejando probablemente una mentalidad que viene observándose en otras latitudes desde hace varios años, en la que las mujeres posponen la maternidad o la evitan con el fin de dedicar más tiempo, energías y dinero a su propia educación, trabajo, recreación o a otros aspectos. Por ejemplo, al referirse a la situación en Alemania, Schmid escribe que "los entendidos postulan que tener niños es ahora más que nunca una motivación psíquica-emocional, a diferencia de generaciones pasadas, que veían en los descendientes un medio probado de previsión social. Además, la extremadamente baja mortandad infantil en Alemania permite satisfacer el deseo de ser padres con un solo hijo. Al considerar la posibilidad de un segundo hijo muchos sopesan los esfuerzos que conlleva con los bienes materiales que ofrece la sociedad moderna, más allá del ámbito familiar. Asimismo, los padres tienen que velar todavía más por su vida laboral y por su propio lugar en el marco de los sistemas de previsión social. Todas estas razones en su conjunto conducen a que la familia con dos niños ya no sea la norma. Las opciones

que ofrece una sociedad altamente tecnologizada, que se dirigen sobre todo al individuo, le han dado una impronta individualista a nuestros tiempos, la que no se detiene ante la puerta del hogar familiar (...) Entretanto, la vida en la gran ciudad –o según su estilo– deja sentir su influencia en la vida familiar y matrimonial: a menudo las parejas posponen sus bodas, y una tercera parte de los matrimonios termina ante el juez de los divorcios. Las relaciones de pareja similares al matrimonio, la gente que vive sola y las madres o padres solteros son fenómenos que se encuentran ahora en todas las capas sociales, sin distinción. La considerable inestabilidad de las relaciones emocionales apaga el deseo de ser padres, ya que la paternidad exige precisamente una situación estable y duradera. Estos diagnósticos suministran el material argumentativo a aquellos que postulan que la baja y deficitaria tasa de natalidad –presente desde hace un cuarto de siglo– es una consecuencia lógica e irrevocable de la civilización contemporánea" (Schmid, 1998, págs. 16-17). Los resultados también indican la instauración de una tipología familiar compuesta por dos padres trabajadores, no necesariamente profesionales.

3. Otra muestra de que el grupo es representativo del cambio en las tendencias tradicionales de la familia es la proporción de casadas que lo constituyen. Casi el 50% de la muestra está conformada por mujeres en unión libre, separadas o divorciadas, o solteras que son cabezas de familia.

4. Las mujeres que compusieron la muestra de estudio son un reflejo del cambio en la familia tradicional y en el desempeño tradicional de los roles de género en las que el hombre era el principal sustento del hogar y lo que la mujer ganara era, en el mejor de los casos, un complemento. En el 42% de los casos, el sustento del hogar es aportado de manera equitativa tanto por el hombre como la mujer.

5. El hecho de que el 39% de la muestra reporta que ellas mismas son el principal sustento del hogar, a pesar de que la proporción de mujeres que no tiene pareja en este estudio es del 30% indica que en aproximadamente un 9% del grupo, la mujer ha reemplazado al hombre en la función de principal proveedor que tanto tiempo tuvo. Esta situación parece ser homogénea entre los grupos ocupacionales. Las razones para esto podrían encontrarse en algunos testimonios recogidos. Varias de las mujeres describen que sus esposos o los de amigas que ellas conocen han dejado de trabajar a raíz de que ellas lo empezaron a hacer. En otras palabras, varias tienen la impresión de que el hecho de que ellas trabajen hace que sus maridos "se vuelvan frescos" y de alguna manera sientan que ellos ya no deben cumplir con la obligación de ayudar o sostener económicamente a su familia. Nos es imposible afirmar si el hecho de que los esposos de estas mujeres no trabajen se deba a las razones que ellas argumentan o si, por el contrario, se deba a que ellos tengan más dificultades para conseguir empleos estables y deban subsistir con empleos de menor duración intercalados con intervalos de desempleo. Se dice también, que en ciertos sectores, la mujer está desplazando a los hombres en muchas labores y que esto puede generar un mayor desempleo masculino. Es interesante, de todas maneras, que varias de estas mujeres están percibiendo que su compromiso laboral lastima a sus esposos en su definición de hombres y machos y que esto se refleja en su compromiso con el sustento del hogar. Entre las ejecutivas se escuchó con frecuencia afirmar que ellas ganan tanto o más que sus esposos y que "lo que más me molesta es que uno, al asumir más cosas, hace que ellos se relajen. Los ingresos de mi marido no nos darían para vivir pero él no se está rasgando la camisa porque sea mejor". En algunos casos, pareciera como si el hecho de que al constituirse en pareja algunas mujeres ya tenían un cierto nivel económico y de autosuficiencia que proporcionó una base material a la unión, se convierte en una regla implícita en la relación, que consiste en que es ella la que

sigue respondiendo primariamente por los compromisos económicos.

6. Como se describió en la sección de resultados, dentro de este grupo de mujeres no existen personas sin ningún nivel educativo. También se reportó que el de las operarias es el grupo con el menor nivel educativo y el de las ejecutivas el de mayor educación, la cual incluye la realización de estudios de máster u otro tipo de postgrados. Un punto que es importante de tener en cuenta es que para participar en el estudio se requería contestar a un cuestionario y esto probablemente pudo disminuir la participación de personas que no tuvieran algún nivel de preparación académica, sobretodo entre el grupo de las operarias. Por último, parece que estas personas no están actualmente en proceso de continuar sus estudios, puesto que el número de horas que reportan dedicar a estudiar o tomar algún curso es muy escaso. Esto último puede deberse a falta de tiempo o de dinero para destinarlo a este rubro.

7. Sobre las condiciones de vivienda y la situación económica. Los indicadores socioeconómicos de este estudio señalan que las condiciones de vida de las familias a las que pertenecen este tipo de mujeres, aunque diferentes, no reflejan las diferencias marcadas entre estratos que existen en la población colombiana. Las mujeres empleadas y sus familias viven todas en casas alquiladas o propias. Ninguna reportó vivir en inquilinato o en cuartos arrendados ni carecer de los servicios básicos dentro de su vivienda. El tamaño promedio de las viviendas indica que el grupo estudiado vive en unas condiciones relativamente confortables.

Otro indicador socioeconómico, la percepción de la suficiencia de los ingresos, nos muestra que los grupos no son muy distantes en este aspecto. Los grupos de operarias, secretarias y enfermeras son más parecidas en qué tanto perciben que sus ingresos son suficientes. Las ejecutivas, que con toda seguridad son quienes mejores ingresos perciben, están más satisfechas pero eso no se refleja en el nivel de ahorro. Recuérdese que son las enfermeras las que mayor nivel de ahorro presentan en un grupo donde se reporta que lo más frecuente es no ahorrar.

Aunque el 81% de las mujeres reporta que la situación del país ha afectado negativamente su ingreso familiar, solo aproximadamente el 48% afirma estar algo o muy insatisfecha con su situación. Pensamos que tal vez este contraste refleje un proceso de adaptación individual a un proceso general de pauperización en el país.

8. Cantidad y calidad de los roles desempeñados. Recordemos que se encontró que en general el grupo reporta más aspectos positivos relacionados con cada uno de sus roles; por otro lado, las ejecutivas y las enfermeras son los grupos que encuentran más aspectos positivos en sus roles laborales.

Podría decirse que, mirado cada rol de manera individual, las mujeres derivan principalmente gratificaciones de cada uno de ellos; sin embargo, las valoraciones que de tener múltiples roles hicieron las mujeres indican que esta situación les significa tantos aspectos positivos como negativos. Las mujeres resaltan como aspecto positivo que desempeñarse en tantos roles se constituye en una fuente de crecimiento y desarrollo personal. También refuerza su percepción de capacidad, autoeficacia y autovalía. Pero por otro lado, también es cierto que les acarrea un esfuerzo personal y físico bastante alto, acompañado principalmente de estados de agotamiento. A manera de ejemplo, citamos las palabras de una ejecutiva que afirma "pienso que es una situación en primer lugar satisfactoria, en el sentido de que uno tiene un desarrollo intelectual. Uno es capaz de desarrollarse, de tener satisfacciones... Por otros momentos me siento agobiada".

El hecho de que las ejecutivas y las enfermeras valoren más positivamente su rol laboral está muy seguramente relacionado con el apoyo que reciben, las destrezas que su labor estimula y también exige y el control que ellas pueden ejercer sobre la forma de desarrollar su trabajo. Recor-

demos que los aspectos positivos del rol laboral correlacionan positiva y significativamente con estos aspectos del ambiente laboral. También los testimonios de varias de las entrevistadas corroboran lo anterior (ver Megamatriz). Por ejemplo, una de las ejecutivas afirma que "la satisfacción que percibo es en el ser una persona capaz de desarrollar mi trabajo, de hacerlo bien, de tener buenos resultados en las reuniones... esa es una sensación importante(...)".

La combinación de roles desempeñados más frecuentemente encontrada en la muestra estudiada fue la de ser empleadas, pareja y madre. Si contrastamos el porcentaje de mujeres con esta configuración (64.4%) con el de las personas casadas (52.1%) podríamos afirmar que estamos ante un grupo generacional de transición, que sigue valorando el hecho de ser madres y tener una pareja aunque el vínculo se constituya de formas alternativas a las convencionales. Una de estas rupturas de convenciones se observó más frecuentemente entre las ejecutivas, quienes son las que proporcionalmente más establecen relaciones de pareja en las que no existen hijos.

9. Un comentario que nos parece pertinente sobre la salud del grupo es que el porcentaje de personas que reportan síntomas es alto y sin embargo, más del 70% de las mujeres califica su estado de salud como bueno o muy bueno. Esto nos está señalando que probablemente las participantes no consideran malestares como dolores de cabeza o tensión muscular como problemas de salud, que de alguna manera aprenden a vivir con ellos y a considerarlos como su estado habitual o normal.

Sobre las operarias y su percepción de salud llama la atención el hecho de que es uno de los grupos que menos enfermedades presentan y que reporta tiempos de enfermedad más cortos; sin embargo, son las que más negativamente aprecian su estado de salud. Pensamos que esto puede indicar que estas personas "no se pueden dar el lujo" de enfermarse, que probablemente continúan desempeñando todas sus labores aun cuando se sientan mal y que tal vez sólo estados de mucha gravedad son lo que las motivan a suspender sus labores.

Finalmente, otro de los datos que merecen un comentario adicional es que algunas mujeres parecen estar confundiendo lo que se entiende por prevención. Recordemos que una de las razones que varias mujeres, al explicar las razones por las cuales asisten a controles preventivos, daban como justificación el que van para seguimiento de una enfermedad previa. Es decir, el porcentaje de mujeres, que realmente están realizándose controles preventivos es menor del reportado. Adicionalmente, recordemos que muchas de las mujeres dejan de asistir a controles preventivos por razones como falta de tiempo, descuido o no considerarlo relevante.

10. Dijimos en la presentación de los resultados, que las condiciones ambientales en que trabajan las mujeres evaluadas son en general buenas, y que son las operarias y las enfermeras quienes están expuestas a una mayor cantidad de condiciones ambientales negativas. Un mayor número de condiciones ambientales aversivas está correlacionado con una peor percepción de salud y una mayor depresión. Congruente con este resultado, se encontró que las enfermeras reportaron el mayor número de enfermedades profesionales.

B. Salud de las mujeres empleadas en Bogotá

1. Los datos de este estudio confirman que la salud de las mujeres trabajadoras que desempeñan roles familiares se asocia con variables que provienen del medio laboral y de su medio familiar. Además, y contrario a lo que suponen muchos en nuestras sociedades patriarcales, las experiencias laborales no tienen porque traer consigo sólo consecuencias negativas para la mujer y su familia. Barnett (1992: pág. 1) afirma que uno de los supuestos sociales en nuestras culturas patriarcales consiste en creer que "las experiencias laborales regulan principalmente el estado psicológico de los hombres mientras que las experiencias

familiares regulan fundamentalmente el de las mujeres". Además, es muy común creer que a las mujeres, lo laboral sólo les puede traer conflicto y efectos negativos para su salud.

Nuestra impresión es que la discusión sobre los efectos de los múltiples roles suele polarizarse entre dos extremos: o los efectos son positivos o son negativos. No pareciera dejarse espacio para efectos combinados, tanto positivos como negativos, o como para que los efectos puedan ser diferenciales en diferentes niveles de funcionamiento de las mujeres. Los resultados de este estudio muestran que esta puede ser una perspectiva más apropiada para comprender un fenómeno tan complejo, con tantas dimensiones posibles de análisis.

Los resultados de este estudio, que confirman los resultados de algunos estudios previos (Baruch & Barnett, 1986; Hibbard & Pope, 1991; Pietromonaco *et al.*, 1986), demuestran que el hecho de trabajar fuera de la casa no necesariamente representa sólo conflictos para la mujer y que sus efectos son positivos y negativos[20], dependiendo de otros aspectos implicados. Recuérdese que uno de los resultados que se destacó aquí fue el alto nivel de autoestima del grupo y que este se relacionó particularmente con las gratificaciones que el trabajo transfería a otras áreas de la vida, con el apoyo social que se recibe en el contexto laboral y con todos los aspectos positivos que ellas perciben en cada uno de sus roles. De acuerdo con lo expresado por varias mujeres en las entrevistas y los grupos focales, desempeñarse en los múltiples roles las hace sentir bien, capaces, autoeficaces, les produce mucha satisfacción aportar a sus familias y especialmente, a sus hijos. Antes que señalar que el trabajo produce problemas de salud, lo que indican los resultados es que el trabajo produce gratificaciones y que estas se asocian positivamente con la autoestima; además, varias mujeres expresan que ver que sus familias están bien o incluso mejor que si ellas no trabajaran les confirma que trabajar no es un error, sino algo que *deben y quieren* hacer[21].

2. Los indicadores de salud cardiovascular, en general, no señalaron riesgos mayores en el grupo estudiado con excepción de los niveles de HDL, el lípido protector. Sin embargo, la relación entre el LDL y el HDL se presentó en niveles que están dentro de lo deseable. Es posible que estos niveles adecuados en los indicadores cardiovasculares sean el resultado de que la muestra seleccionada tiene un rango de edad relativamente bajo y un nivel educativo relativamente bueno. Los análisis realizados señalaron la edad y el nivel educativo como las principales variables asociadas a la concentración de colesterol y de triglicéridos. La relación del nivel educativo con estos indicadores con mucha probabilidad está mediada por una tercera variable, lamentablemente no incluida en este estudio: los hábitos alimenticios. Podría interpretarse que las mujeres con menor educación poseen menores conocimientos acerca de formas adecuadas de alimentación o incluso, que la menor preparación académica va ligada a unos ingresos menores que no le permiten tener la dieta adecuada, a pesar de que eventualmente se sepa en qué consiste una correcta alimentación. De todas maneras, estas variables sociodemográficas, aunque juegan un papel, explican muy poca de la varianza de los indicadores estudiados. Por lo tanto, aunque la edad y el nivel educativo jueguen un papel aquí, no parecen ser suficientes elementos explicativos.

Los buenos hábitos de salud del grupo, relacionados con el cigarrillo y el consumo de alcohol y, los pocos antecedentes familiares de infarto y anginas de pecho pueden también ser razones que expliquen por qué nuestra muestra no presenta riesgos cardiovasculares en general.

20 La operaria 1 lo expresa en los siguientes términos "¿El rol que demanda más tiempo? el trabajo, entro a las 6 a.m. hasta las 2 p.m. Al salir a trabajar ya no me siento tan sola, tan encerrada. Ahora me siento bien, me siento una persona importante para mí".

21 "Tener múltiples roles es como igual, por necesidad y por gusto" afirma la secretaria 1.

En la empresa Alpina, de la cual participó un grupo grande de mujeres, resaltó el hecho de que era política de salud ocupacional de la empresa realizar periódicamente análisis de sangre para, entre otros, evaluar los niveles de lípidos. De esta manera, a las personas a las que se les detectan niveles elevados se les hacen recomendaciones y seguimiento con el fin de reducir estos indicadores a niveles aceptables. No sabemos si, además de Alpina, otras empresas tengan ésta o prácticas similares que expliquen que los niveles de colesterol, triglicéridos, HDL y presión arterial se mantengan por debajo de niveles que representen riesgo cardiovascular.

Recordemos que los grupos que presentaron mayores niveles de concentración de colesterol y LDL y un mayor índice entre LDL y HDL fueron los de las enfermeras y las operarias. Estos grupos, como se recordará, también fueron los que presentaron mayores condiciones ambientales negativas aunque estas fueron relativamente bajas. Sin embargo, no conocemos menciones previas en la literatura acerca de que la salud cardiovascular pudiera afectarse por variables como el calor o el frío, el hacinamiento, el ruido, el tener que levantar cargas pesadas o inhalar gases peligrosos. Hay otros aspectos de la salud que, de acuerdo con las evidencias, sufren a consecuencia de estos factores: la salud respiratoria, la salud de la piel, la columna vertebral y hasta los niveles de atención y aprendizaje.

Las enfermeras y las operarias se caracterizaron por ser los grupos que, comparativamente, tuvieron los promedios más altos de concentración de colesterol total, LDL, y mayores índices LDL/HDL. Recordemos aquí el modelo de Karasek acerca de la relación entre cierta combinación de las condiciones del ambiente laboral y la salud en general, pero especialmente la cardiovascular. El modelo corregido predice que en condiciones laborales que impliquen muchas demandas, pocas posibilidades de control y poco apoyo social, se presentarán mayores riesgos para la salud de aquellos que desempeñen esas labores. De acuerdo con este modelo, se explicaría el que las enfermeras presenten indicadores de riesgo cardiovascular más altos que otros grupos. Se reportó antes cómo las enfermeras perciben un alto nivel de exigencia y posibilidades de control y apoyo social moderados. Sin embargo, no se entendería por qué las operarias, que reportan bajo control, pero apoyo moderado y poca demanda presentan también más riesgo que los otros grupos.

La respuesta podría estar en los planteamientos de Siegrist (1996) quien como crítica al modelo de Karasek ha expresado que éste no explica por qué el riesgo cardiovascular no se distribuye normalmente entre la población, sino que se asocia negativamente con el nivel, socioeconómico: entre menor este nivel, con mayor intensidad se presenta el riesgo cardiovascular. Siegrist ha propuesto el concepto "control del estatus laboral" para tratar de explicar esta distribución desigual del riesgo.

En esencia, Siegrist describe cómo los principales procesos de regulación emocional en la edad adulta son mediados por el salario y la ocupación de posiciones sociales o estatus. De significación especial es el estatus laboral porque permite disponer de posibilidades de satisfacer las necesidades socioemocionales centrales, que para él son la necesidad de autoeficacia, de autovaloración y de pertenencia[22]. En la medida en que estas necesidades sean satisfechas, primarán las emociones positivas. Por el contrario, si estas necesidades no se satisfacen o se ve amenazada su satisfacción, se presentarán recurrentemente emociones negativas poniendo, a través

22 Según Siegrist (1996), el disponer de un trabajo proporciona la posibilidad de poder rendir en algo, de hacer algo (satisfacción de la necesidad de autoeficacia), permite obtener un salario más o menos ajustado al rendimiento o a la producción obtenida (satisfacción de la necesidad de autovaloración) y facilita que la persona se integre con personas similares, se reúna, se asocie en agremiaciones (satisfacción de la necesidad de pertenencia). Otra forma de expresar esta idea es que el estatus laboral, a través del dinero, del reconocimiento laboral y de las posibilidades de ascenso en la carrera permite satisfacer las necesidades emocionales primarias en la edad adulta.

de los procesos psicofisiológicos que activan, la salud cardiovascular en riesgo, especialmente si estas emociones se cronifican y las personas deben mantenerse en una lucha permanente con el fin de evitar perder el estatus laboral que posee. Las posibilidades de control del estatus laboral no se distribuyen, según Siegrist, uniformemente en la población. En los niveles socioeconómicos más bajos, pero no únicamente allí, es más difícil conseguir empleo y también más difícil conservarlo, los salarios muchas veces no corresponden al nivel de trabajo que las personas sienten que han hecho y en particular las mujeres suelen ver que a igual trabajo no corresponde igual salario (en comparación con los hombres).

Volviendo a las operarias, el planteamiento de Siegrist (1996) nos conduciría entonces a la hipótesis de que el mayor riesgo cardiovascular observado en ellas estaría ligado a condiciones de trabajo con baja demanda, poco control y apoyo moderado, pero en las que el control del estatus laboral está probablemente más amenazado que en los demás grupos ocupacionales[23]. Para desempeñarse en el tipo de labores que estas mujeres realizan no se necesita una preparación especial y por lo tanto, en caso de dificultades, es más fácil prescindir de una persona en particular. Sin embargo, no creemos que éste sea el caso de la mayor parte de este grupo. Recuérdese que en promedio las operarias han trabajado en sólo dos empresas en los últimos diez años, de manera que parece que este grupo goza de estabilidad laboral.

Sin embargo, en las entrevistas y grupos focales las mujeres operarias mencionaron varios puntos que pueden aclarar cómo es que ellas experimentan en su ambiente laboral condiciones que amenazan la adecuada satisfacción de sus necesidades emocionales:

- sentirse despreciadas por los jefes,
- sentir que hacen las labores "bajas" de la empresa,
- sentir que su salario es muy bajo para todas sus necesidades y para el tipo de trabajo que ellas hacen,
- sentir que la vida les quitó la oportunidad de estudiar para poder hacer cosas mejores para las cuales ellas se sienten capaces,
- ocultar que tienen hijos o inhibirse de pedir permisos para cuidar a sus hijos en momentos difíciles por el temor de que esto pudiera motivar a los jefes a despedirlas,
- sentir que el salario que reciben no les permite progresar en otras áreas de la vida y ver esto como una condición que difícilmente cambiará.

Así como la propuesta de Siegrist nos permite proponer una explicación al mayor índice de riesgo cardiovascular en las operarias también, combinada con el modelo de Karasek, nos permite lanzar una hipótesis acerca de por qué en esta muestra, como grupo, no se encontró mayor riesgo cardiovascular. Se ha descrito que estas mujeres perciben todas niveles moderados de apoyo social en sus trabajos, y el apoyo social ha demostrado ser protector aún en condiciones de mucha demanda y poco control. Por otro lado, se describió cómo este grupo reportó apreciar más aspectos positivos que negativos en todos sus roles, es decir, tener buenas calidades de los tres roles que desempeñan. Y los tres roles, según nos lo confirmaron los datos cualitativos, son fuente de satisfacción de necesidades emocionales. Las mujeres se sienten autoeficaces porque trabajan y pueden darle a sus familias mejores niveles de vida; lograr organizar la vida y salir adelante con los múltiples roles las hace sentirse orgullosas y capaces; sienten que son organizadas; perciben que los esfuerzos que realizan por sus familias en general se ven recompensados con progresos en sus hijos o en la calidad de sus vidas: tienen los ascensos que en otros ámbitos no siempre pueden tener; algunas mujeres sienten que la valoración monetaria que

23 Léase como ejemplo esta declaración de la operaria 2: "E: ¿tú dirías que el trabajo exige más responsabilidad? O: Si, más responsabilidad. E: O sea, ¿tu sientes que es más difícil no cumplirle al trabajo que no cumplirle a la familia? O: si claro, es más difícil... pues me echan, y ahí poquito o mucho pero los ingresos importan".

sus trabajos dejan de proporcionarles la compensan con el afecto que reciben de sus hijos y de la percepción de que sus familias valoran lo que hacen por ellos.

En resumen, se propone aquí que el mayor riesgo cardiovascular de las enfermeras probablemente esté ligado a las condiciones de su ambiente de trabajo en el que hay mucha demanda y control y apoyo social moderado. En el caso de las operarias, además de que poseen labores sobre las cuales no tienen ninguna amplitud de decisión, están sometidas a condiciones de trabajo en las que el control del estatus laboral es más bajo o está más amenazado. Finalmente, para explicar el buen nivel general de salud cardiovascular detectado, se propuso que, además de que los trabajos de este grupo de mujeres no poseen las combinaciones de factores que han demostrado incrementar los riesgos, el tener fuentes de satisfacción de sus necesidades emocionales en sus roles familiares y el hecho mismo de desempeñar múltiples roles, se convierten en factores protectores de la salud.

Este resumen podría dar la impresión prematura de que el trabajo extradoméstico y desempeñar múltiples roles tiene primordialmente consecuencias positivas en la salud de la mujer. Esto, como se verá, es sólo una dimensión de la problemática. Más adelante se apreciará cómo, otras dimensiones del trabajo, o sus relaciones con otras áreas de la vida de la mujer, son percibidos por ellas de una forma no tan optimista y que esto trae consigo algunas consecuencias nocivas para su salud.

3. Al observar cuidadosamente los resultados llamó la atención el hecho de que las correlaciones significativas entre las variables psicosociales y las dependientes se concentraran recurrentemente en algunos de los indicadores escogidos. Las variables que parecen ser más sensibles en este cuadro de la salud de las mujeres son la percepción de salud, el reporte de síntomas, la autoestima, la ansiedad, la depresión y el bienestar percibido. Queremos resaltar la ansiedad y la depresión, puesto que los niveles de asociación de las variables predictoras con estos dos indicadores fueron especialmente altos y significativos. Adicionalmente, el porcentaje de la varianza que estas variables logran explicar es de más de un 31%, en el caso de la depresión. Lo anterior quiere decir que el nivel de depresión en la muestra es moderado y vale la pena enfatizar que los síntomas de depresión se relacionan de manera muy intensa con algunas variables, especialmente con los aspectos negativos de los roles familiares. Las correlaciones en estos casos alcanzan el valor de .52 y .44 (p=.0000). También las interferencias del trabajo en otras áreas de la vida alcanzaron un nivel de asociación similar.

Queremos, a propósito de este resultado transcribir algunas de las ideas de Mabel Burín (en Burín *et al.*, 1991), quien hace un análisis de la depresión femenina que nos parece muy pertinente con relación a los datos que aquí se han presentado.

Burín afirma que "los estudios epidemiológicos indican, mediante una documentación muy amplia y coincidente, la predominancia femenina en los estados depresivos. En líneas generales, el síndrome depresivo se caracteriza por un cambio afectivo anormal y persistente, en el que predominan sentimientos de inutilidad, culpabilidad, impotencia, desesperanza, ansiedad, tendencia al llanto, pérdida de interés y una cierta incapacidad para cumplir con las actividades cotidianas. Se acompaña de ciertos rasgos psicosomáticos como inapetencia o exceso de apetito, variaciones de peso, disminución del deseo sexual, sueño perturbado (...). Datos recientes presentados por la OMS sostienen que el riesgo de depresión para las mujeres es dos a tres veces más alto que para los hombres (pág. 95)".

Un modo muy habitual de clasificar la depresión es dividirla entre depresión endógena y depresión reactiva. La depresión endógena estaría reservada a aquellas personas que sufren cambios bioquímicos en el cerebro, para lo cual existen diversos tratamientos farmacológicos. Esta clasificación indica que el resto de las depresiones son reactivas, y que se refieren a per-

sonas que simplemente se sienten infelices o perciben sensaciones de malestar. Las depresiones reactivas son cuatro veces más comunes que la depresión endógena, y suelen estar acompañadas de estados de ansiedad. La observación reiterada de que este tipo de depresiones afecta más a las mujeres que a los hombres ha merecido la atención de numerosos investigadores/as. Se han ofrecido variadas hipótesis para la comprensión de este fenómeno, entre las que se cuentan hipótesis hormonales, psicológicas y sociales" (pág. 104-105).

(...) "parecen enormes los límites de la aproximación psiquiátrica, sociológica, psicológica por separado, para comprender la complejidad de los estados depresivos de las mujeres. Parece contradictorio definir el malestar femenino en términos de patologías, e incluso de desviación de la norma social, cuando es en realidad la adhesión a la norma, en su cotidianidad, lo que genera tal malestar" (pág. 107).

Entre los factores depresógenos identificados por diversos estudios, y de los que Burín hace un extenso análisis están el rol de ama de casa y el matrimonio tradicional. "Respecto de los factores depresógenos, el rol de ama de casa es un factor depresógeno, especialmente para las mujeres de sectores económicos sociales medios, de ámbitos urbanos y suburbanos".

(...) "El rol de ama de casa no requiere una habilidad o entrenamiento especial, ya que, prácticamente todas las mujeres de nuestra cultura, con mayor o menor grado de educación, participan de una socialización temprana cercana a alguien –generalmente la madre– que ha podido transmitir tales conocimientos. Actualmente, se trata de un rol poco prestigioso que, al no producir bienes objetivos en nuestra cultura, no supone un trabajo remunerado. La gratuidad del trabajo doméstico de las mujeres contribuye a que sea considerado como de bajo status social. La pertenencia a un status social tan bajo a menudo entra en contradicción con el amplio sector de la población femenina que, al menos en nuestro país, ha desarrollado expectativas educativas y laborales más allá del trabajo doméstico".

"Otro elemento a considerar en el rol de ama de casa es que es relativamente invisible y poco estructurado, de modo que quien lo ejerce no tiene una referencia objetiva para medir si su trabajo está bien realizado" (pág. 113).

"Cuando las mujeres amas de casa tienen un trabajo extradoméstico, normalmente se encuentran en una posición menos satisfactoria que sus maridos, tanto respecto del estatus laboral, como de sus ingresos económicos y sus posibilidades de ascender en una escala de oportunidades, manteniéndose en condiciones de inferioridad. Por lo demás, se han realizado numerosos estudios que indican que, habitualmente, las mujeres con trabajo extradoméstico igualmente mantienen su ocupación como amas de casa o, en el caso de contar con ayuda doméstica, igualmente conservan la responsabilidad y decisión por lo que sucede en el ámbito doméstico. Esto genera situaciones de cansancio, que las mujeres expresan como sensaciones de tensión, de agotamiento, productoras de estrés" (pág. 113-114).

"(...) Frente a situaciones que podrían provocarle frustración, la respuesta esperable desde el punto de vista masculino sería la agresión. En cambio, las mujeres tienden a reprimir sus conductas agresivas, o más bien a volver la agresividad contra sí mismas, atribuyéndose ser ellas mismas la causa de la situación frustrante. Esta tendencia a la autoculpa por parte de las mujeres está profundamente arraigada en su aparato psíquico desde su temprana infancia, subrayada con insistencia por las formas de socialización tempranas en las niñas en cuanto a qué destino darle a su hostilidad (ser dóciles, pasivas, bondadosas, etc.). Muy particularmente, esto es así también debido a las condiciones que impone la cultura patriarcal a las mujeres para devenir sujetos: ser sujetos mujeres está identificado con ser madres. En las condiciones de la maternidad encontramos las condiciones de constitución de la subjetividad femenina: ser sensibles a las necesidades de los otros, cuidarlos (*caring*), suministrarles atención, cuidados, alimentación (*nurturing*), ofrecerles apoyo y sostén para su desarrollo (*holding*), etc.

Todas estas condiciones que, a su vez, entran en contradicción con la expresión de la hostilidad. Este modo de constitución de la subjetividad femenina en nuestra cultura, con su compromiso implícito, la inhibición de la hostilidad, constituye, a nuestro juicio, uno de los factores depresógenos fundamentales para las mujeres. El factor de inhibición de la hostilidad, juntamente con la centración en el de género maternal, imponen ideales para la constitución de las mujeres como sujetos, que a menudo parecen inalcanzables. Todos los esfuerzos destinados a satisfacerlos no parecen ser suficientes, y el fracaso es, con frecuencia, una condición resultante de tan elevadas metas propuestas (pág. 115).

"(...) para muchos estudiosos constituye un factor de riesgo: el matrimonio. Según las expectativas de roles de género tradicionales, el rol de esposa adquiere su eficacia en tanto pueda ser maternalizado, esto es, en tanto las mujeres lo desempeñen con características similares a las requeridas para el rol materno: contención emocional, disposición dócil y generosa, sostén afectivo, actitud comprensiva, postergación de las propias necesidades en el ámbito del vínculo matrimonial, funciones nutricias, de cuidados, limpieza y mantenimiento de la vestimenta, la alimentación, etc. (...) Un factor que actúa como protección para esta situación lo constituye el hecho de que las esposas tengan un mayor nivel de instrucción: el tener menor educación parece estar asociado con el mantenimiento de formas matrimoniales más tradicionales, en tanto una mayor educación actúa flexibilizando los roles de género masculino y femenino en la vida matrimonial. Según algunas investigaciones, se podría construir la hipótesis de que gracias a un buen nivel de instrucción, las mujeres pueden no sucumbir a ciertos efectos deprimentes del matrimonio. Los datos de tales investigaciones se contradicen con otro estudio que destaca que a mayor nivel educativo, mayor frustración para las mujeres-esposas, por no poder desplegar sus intereses intelectuales y ver frustrados sus proyectos en la vida matrimonial" (pág. 117-118).

"Si consideramos las relaciones de poder en la relación conyugal, encontraremos algunas características que se constituyen como agentes depresógenos para las mujeres. En tanto las condiciones materiales del trabajo de esposa comportan una situación en donde la mujer debe realizar una cantidad de esfuerzo físico para satisfacer adecuadamente el desempeño de su rol (cocinar, hacer compras, lavar, planchar, etc.), sustrae ese tiempo y ese esfuerzo de sí misma para dedicárselo a otros. También tendríamos que considerar las condiciones simbólicas del trabajo de esposa: este se realiza en forma invisible y consiste en la prestación de servicios afectivos, sexuales, morales y sociales, por el cual no hay reconocimiento alguno" (pág. 118).

El análisis de los factores depresógenos, realizado por Burín, arroja luces sobre muchos de los datos reportados en esta investigación. Decíamos que las relaciones más destacadas de este estudio son las que se presentaron entre la ansiedad y la depresión con los aspectos negativos y positivos del rol de pareja y del maternal. Hemos dicho ya, que el nivel de depresión alcanzado por este grupo en promedio es moderado y que este se relaciona con las calidades de los tres roles, especialmente con los familiares. Mencionamos también el alto índice de síntomas que llamamos psicosomáticos como dolor de cabeza, tensión muscular, olvidos, dificultades de concentración, pérdida del interés sexual, debilidad, escalofríos o angustia. Se observó una alta correlación positiva entre el número de síntomas percibidos con la ansiedad y la depresión y una correlación negativa con el bienestar percibido. Los síntomas reportados, han sido asociados sistemáticamente en la literatura con depresión y con estrés. Nuestra hipótesis es que la muestra de mujeres evaluada en esta investigación presenta un nivel moderado de de-

presión y que éste se explica en una gran proporción por la insatisfacción de ser las únicas responsables del trabajo doméstico y por las interferencias que su trabajo pueda tener en sus roles familiares, especialmente, en su rol maternal, que las hace sentirse culpables de los problemas que puedan existir en su relación de madre o de esposa. Un aspecto relacionado con los dos anteriores se relaciona con una dimensión temporal, es decir, la vivencia de presión temporal permanente y por otra, percibir que el tiempo no alcanza para responder con las múltiples responsabilidades. Esto último lo valoran las mujeres como falta de control, como un sentido de impotencia.

Además de los datos ya mencionados anteriormente, otros datos que corroboran la hipótesis que hemos planteado son los siguientes: la depresión de este grupo no parece presentarse sola, sino que se acompaña de ansiedad y de sintomatología psicosomática.

Los dos factores relacionados con el trabajo que se relacionan con una mayor depresión son las mayores demandas laborales y las interferencias del trabajo en otras áreas de la vida. Algunos ejemplos de interferencias son llegar a la casa muy cansada y no tener energías para dedicarle a los hijos[24], que las horas de trabajo interfieran con el tiempo para los hijos, que las preocupaciones del trabajo interfieran en la relación de pareja o que el tiempo dedicado al trabajo interfiera con el tiempo libre.

Hay una muy alta y significativa correlación entre el número de tareas domésticas que ella asume y la mala calidad de la relación de pareja, es decir con el mayor número de aspectos negativos y el menor número de positivos que las mujeres perciben en su rol de pareja.

Hay varios indicadores de que las mujeres se dedican poco tiempo a sí mismas y que su prioridad es atender a su familia. Por ejemplo, recuérdese que un gran porcentaje de las mujeres participantes no acude a controles preventivos y que la principal razón que dan para ello es que no tienen tiempo. Otro aspecto sobre el manejo del tiempo que es muy relevante es una percepción frecuentemente relatada por las mujeres y que parece haber una disponibilidad diferencial del tiempo entre los géneros. Se afirma que "él hace con su tiempo lo que quiere, independiente de la vida familiar. En cambio yo debo organizar mi tiempo en función de todas las cosas que hay que hacer". "Me muero de ira porque es que yo tengo que coordinar, pedir permiso. El no. El no llega. El da por sentado que N.N. sale volada de la oficina para la casa a estarse con la niña. Le quedan a uno cosas que son de mujer (...). Muchas veces él llega temprano, pero lo que me molesta es que si él tiene que salir, ni siquiera pregunta".

Cuando se les preguntó a las mujeres qué consejo le darían ellas a una mujer para que pueda manejar sus múltiples roles con éxito, la mayor parte de las mujeres mencionó los siguientes puntos importantes:

– Casi sin excepción manifestaron que la participación de los esposos es fundamental, pero tan escasa y tan difícil de lograr, que las mujeres contestaron a esta pregunta más con consejos de cómo lograr eficientemente que los esposos se involucren en los asuntos domésticos: "dialogar", "con discreción invitarlos a colaborar más", "ir soltando cositas con sutileza", "enseñarlos desde que están recién casados".

– Relacionado con lo anterior, otro tipo de consejos frecuentemente mencionados fue el de la importancia de escoger bien la pareja adecuada y el de cuidar la relación de pareja. "(...) Hoy en día, escoger el que va a ser su esposo. (...) Yo creo que conocerse un poquito más con la otra persona".

– Otro de los consejos que frecuentemente se mencionaron es la necesidad de pensar en sí mismas. Fue muy frecuente escuchar que era importante mantenerse tranquilas y optimistas y que para lograr esto era necesario hacer también cosas por uno mismo y no sólo por los demás.

24 "Por ejemplo, mi chiquito convulsionó y ese día yo estaba fundida y yo lo sentí caliente pero me quedé dormida".

– Una recomendación muy frecuente se refería a la necesidad de organizar el tiempo y las tareas domésticas para poder alcanzar a hacer todo lo que necesitan hacer. Esta recomendación refleja que muchas mujeres que lo que hay que hacer es acomodarse a la situación, no cambiarla. "Yo le diría que tiene que hacerse a la idea de que hay que madrugar. Uno es como desorganizadito, que se organice!. Lo único es cumplir con lo que tiene que hacer". "(...) primero que todo organizar el tiempo, que es lo primordial y sin descuidar a los hijos y al esposo. Yo le daría el consejo, aunque yo no lo estoy haciendo con mi esposo, pero que si, que no lo descuidara porque la verdad que a mí los problemas que se me han presentado con mi esposo han sido por eso".

– Para muchas mujeres parece ser importante la actitud que se tenga frente a los múltiples roles. "(...) una actitud positiva hacia la vida y esa actitud positiva implica un desempeño responsable y oportuno de cada uno de los papeles. Además significaría no preocuparse sino ocuparse de las cosas en el momento oportuno". "(...) ser feliz. Aceptar las cosas, no con tanta resignación con la que yo lo hago, pero sí hay que hacerlas". "(...) pienso que disfrutar de lo sencillo, de lo simple, que hay muchas cosas sencillas de las cuales uno no disfruta que es el tiempo con su familia".

– Más que un consejo, un ideal expresado por casi la totalidad de las mujeres para poder combinar exitosamente los múltiples roles, fue el poder trabajar sólo medio tiempo y tener flexibilidad en el manejo de sus horarios laborales. Varias mujeres expresaron esto en términos de petición a las instancias con capacidad decisoria respecto del manejo de políticas laborales.

El tipo de consejos citados es una buena ilustración de la hipótesis que se ha propuesto y muchos de los testimonios de las mismas mujeres, muchas de las cuales nos expresaron su descontento con sus parejas y con las interferencias, en medio del llanto. Más ilustración al respecto se puede obtener de la megamatriz y de la descripción cualitativa por grupos ocupacionales, especialmente en los apartes que se refieren al rol doméstico y al rol de pareja.

Finalmente, y como un dato más para respaldar lo que se ha propuesto, recuérdese cómo se describió, al evaluar el posible papel moderador de algunas variables de la relación entre los aspectos negativos del rol materno y la depresión, que lo único que resultó significativo fue la expresión de la rabia o cólera. Es decir, la depresión reportada fue más intensa cuando, percibiendo muchos aspectos negativos en la relación materna, la mujer tiende más a expresar su rabia. El cuestionario sobre la expresión de la rabia no se refería solamente a la expresión de la rabia sobre un problema en particular, sino a la tendencia general a expresar ese sentimiento. Seguramente, aquellas personas que tienen más marcada esta tendencia, expresarán su rabia relacionada con todo lo que les moleste. Lo que se quiere resaltar es que, si la mujer percibe muchos aspectos negativos en su rol materno, el expresar su molestia pareciera agravar su depresión. Este resultado estaría de acuerdo con la idea de Burín acerca de que la expresión de la hostilidad o de la rabia no son aspectos que socialmente se consideren aceptables[25] y mucho menos cuando se trata de la maternidad. La maternidad sigue siendo, socialmente, la razón de ser de la mujer, la definición de lo femenino y el contexto social, que incluye a la misma mujer, rechaza este tipo de expresiones calificando a las personas que las tienen de malas madres o de malas mujeres. Por lo tanto, una mujer que experimenta problemas en su rol

25 Para ilustrar cómo la mujer expresa ese precepto social véase la operaria 1 quien expresa que cuando ha discutido o peleado con su hijo se siente afectada en el trabajo "si claro, porque yo me pongo después a pensar pero cómo le dije eso!". También los comentarios de las enfermeras 2 y 1 son significativos "(...) y de pronto la parte de expresar, de ser capaz de expresarle a la gente sentimiento, lo que le irrita, que a veces uno se llena de eso y deja que las cosas avancen hasta cuando ya no tienen solución, porque no se habla". "(...) no renegar, aceptar las cosas no con tanta resignación con la que lo hago yo, pero sí hay que hacerlo".

materno, lo cual ya de por sí la hace cuestionarse como madre y como mujer, que además observa en sí misma conductas que interpreta como contradictorias de su esencia, pareciera reaccionar aún más con depresión[26]. Expresar la rabia o controlarla menos también parecen incrementar la ansiedad asociada a las dificultades del rol materno. Recordemos las Figuras 4 y 5 donde se ilustra cómo interactúan estas variables.

Pero hay algo que queremos resaltar, porque nos parece aún más grave que lo anterior. Se refiere a que aparentemente hay pocas cosas que ayuden a la mujer a evitar la depresión que se asocia con sus malos roles familiares. Exceptuando como se mencionó antes la expresión de la rabia, que no mejora sino que agrava la situación, no hubo otras variables que mostraran su impacto moderador. Es decir, ninguna forma de apoyo social ni de afrontamiento, ninguna actividad recreativa parece ayudar a disminuir la depresión que se asocia con el percibir muchos aspectos negativos en la relación maternal. Esto probablemente se explique por el significado simbólico tan arraigado que la maternidad tiene para la mujer en nuestra cultura. Creemos que probablemente cualquier esfuerzo individual sea menos efectivo que una forma colectiva, socialmente validada y respaldada y apoyo social. Esto último podría lograr efectos importantes sobre este punto.

4. Adicionalmente a todo lo anterior, pensamos que el nivel de depresión y ansiedad observado se relaciona con los recursos de afrontamiento que utiliza este grupo de mujeres. Antes de elaborar más detalladamente esta hipótesis, vale la pena mirar cómo se relacionaron las diferentes clases de afrontamiento medidas con los indicadores de salud. Obsérvese que:

– Entre las participantes se tiende a utilizar formas de afrontamiento activas, dirigidas al problema o a sí mismas, son menores la tensión diastólica y la ansiedad y mejor la autoestima y la calificación de la calidad de vida o bienestar.
– La mayor utilización del afrontamiento pasivo se relaciona también con una mejor autoestima.
– Tender a buscar apoyo emocional se relaciona con un reporte de menor ansiedad en las participantes.
– El afrontamiento restringido, la tendencia a esperar el momento adecuado para actuar, se relaciona con una mayor depresión.
– Finalmente, la tendencia a utilizar formas disfuncionales de afrontamiento parecen relacionarse con el hecho de que las participantes perciban un nivel de ansiedad más intenso.

En resumen, el afrontamiento activo y la búsqueda de apoyo emocional (una de las formas de afrontamiento activo) se relacionan con mejores indicadores de salud tanto cardiovascular como psicológica. El afrontamiento restringido (que se refiere a la tendencia a esperar "el mejor momento" para actuar) y las formas no funcionales de reaccionar se relacionan con mayores niveles de depresión y ansiedad. Esto es lo que se puede afirmar cuando se analiza el afrontamiento como tendencia a reaccionar, como patrón general de conducta.

Sin embargo, en gran parte de la literatura sobre el estrés se insiste en que las formas de afrontamiento pueden diferir dependiendo del tipo de situaciones y de la valoración que se haga de ellas. Perrez y Reicherts (1992), concretamente expresan que la adaptación puede entenderse como "una secuencia de reacciones a una situación objetiva que posee aspectos psicológicamente relevantes, es decir, relevantes para definir el comportamiento necesario para afrontar la tarea específica" (pág. 30). En el caso que nos ocupa, la lectura cuidadosa del resumen descriptivo de los datos cualitativos nos señala que las formas predominantes de afrontamiento de este grupo de mujeres difieren cuando se trata de manejar situaciones relacionadas con los distintos roles. Los conflictos y situaciones difíciles relacionados con el rol laboral es más usual que las mujeres los afronten con estrategias activas, dirigidas a resolver el problema, a confrontar las personas involucradas, a buscar fuentes de apoyo material o emocional, a resolver las am-

26 Como dato curioso e importante, la expresión de la rabia se relaciona negativamente con el índice LDL/HDL. Es decir, expresar la rabia parece ser un comportamiento protector del riesgo cardiovascular, por lo menos en el tipo de mujeres estudiadas.

bigüedades percibidas. Cuando los problemas o conflictos se presentan en el rol de pareja, las estrategias de afrontamiento son usualmente pasivas o evasivas (restringidas o disfuncionales). Con relación al rol materno las mujeres suelen usar estrategias activas, pero nunca tanto como con relación al rol laboral. Las estrategias evasivas o dirigidas a calmar las emociones negativas que se generan son muy frecuentes cuando se encaran dificultades con los hijos o con la propia idea que se tiene de lo que tiene que ser el rol materno. Es muy usual que las mujeres en estos casos recurran a la culpa, a la supresión de información, a conductas y pensamientos paliativos para sentirse mejor. Todas estas últimas formas de afrontamiento se han relacionado en la literatura, y nuestros datos cualitativos lo confirman, con valoraciones de incontrolabilidad. Obsérvese en la descripción cualitativa por grupos ocupacionales que son usualmente las situaciones que se perciben como más incontrolables e invariables las que se asocian con formas de afrontamiento pasivas o no funcionales. Una observación importante es que la valoración de incontrolabilidad que hacen muchas mujeres no corresponde necesariamente a las características objetivas o intersubjetivas de la situación. De hecho, muchas de las situaciones son inherentemente controlables; sin embargo, muchas mujeres no lo perciben así, especialmente cuando se refiere a situaciones de conflicto con la pareja y algunas relacionadas con el rol maternal. Por otro lado, el que la opción de afrontamiento ante estas situaciones sea primordialmente pasiva y ante situaciones laborales más activa refleja lo que Perrez y Reicherts (1992) han descrito como la influencia del contexto sociocultural sobre las formas de afrontamiento. Sería coherente con el rol femenino, materno, el hecho de ser pasivas, dependientes. En el rol laboral, un rol tradicionalmente masculino, se estarían siguiendo formas de afrontamiento más coherentes con esa simbología masculina: acción, decisión, intervención.

Varios autores, cuyo énfasis común de trabajo han sido las relaciones entre estrés, afrontamiento y sus consecuencias para la salud (Fisher, 1986; Gómez, 1994; Rotenber, Sirota y Elizur 1996), han propuesto que diferentes formas de afrontamiento se relacionan con la activación de distintos sistemas orgánicos y, por lo tanto, la activación prolongada de uno u otro sistema llevará a consecuencias para la salud diferentes. Expresado en términos sencillos, lo que se propone es que formas activas de afrontamiento (*search behavior*[27] para Rotenber, Sirota y Elizur 1996), estarían más asociadas a la activación del sistema cardiovascular y gastrointestinal. Este tipo de afrontamiento se asocia con la activación del sistema simpatoadrenal. Un criterio importante que definiría si este tipo de afrontamiento se acompaña o no de problemas de salud es la percepción de incontrolabilidad o controlabilidad de la situación. En el primer caso, en los intentos por lograr el dominio de la situación (por alcanzar la percepción de control), la activación se prolongaría en el tiempo, incrementando el riesgo de problemas en los sistemas mencionados. Por otro lado, la renuncia a la búsqueda, los comportamientos pasivos, resignativos, si se prolongan en el tiempo, se asocian más a la activación del sistema hipotalamopituitario y a enfermedades derivadas del malfuncionamiento del sistema inmune: cáncer, artritis, asma, alergias, infecciones, lupus, SIDA, entre otros, han sido las consecuencias más frecuentemente asociadas a este patrón de funcionamiento.

La prolongación en el tiempo de cualquiera de los tipos de reacciones mencionadas, se ha relacionado siempre con percepciones persistentes de incontrolabilidad, que pueden ocurrir ya sea porque la situación en sí misma sea incontrolable o impredecible, porque la persona así la percibe o porque las estrategias utilizadas para manejar la situación han sido insuficientes o inefectivas. De cualquier manera, lo que parece ser definitivo para generar problemas de salud es *la percepción prolongada de incontrolabilidad.* Una de las reacciones más características y típicamente asociadas a la percepción prolongada de incontrolabilidad de situaciones relevantes son la depresión y la ansiedad[28].

27 Comportamientos de búsqueda.

28 Varios autores han propuesto que sólo se hable de estrés en estas condiciones. Es decir, que el estrés se asocie con la percepción prolongada de incontrolabilidad (Fisher, 1986; Ursin, 1982).

Arriba se sugirió que el nivel de depresión y ansiedad observado en este grupo se relaciona con sus formas de afrontamiento. Exactamente, lo que proponemos es que el tipo de mujeres que hemos estudiado tiene una percepción relativamente baja de controlabilidad de sus múltiples roles, especialmente porque estos implican tener la responsabilidad de muchas cosas y poco tiempo para lograrlo. Las mujeres parecen tener la impresión de que mucha de la recarga viene de tener que atender solas las tareas domésticas y también los hijos[29]. Cuando las parejas asumen parte de los oficios, las mujeres, y también los hombres, aún sienten que lo hacen como una forma de "colaboración" con ellas, no porque se consideren responsables de las tareas. Y cambiar esta forma de participación parece ser una de las preocupaciones centrales de las mujeres que desean o necesitan trabajar. Ninguna considera que la solución al problema sea dejar de trabajar. La solución, para la mayoría, es más tiempo y para eso es importante que los hombres se responsabilicen más, que lo asuman como propio y no como algo que pueden o no hacer puesto que no es su responsabilidad. Y cambiar esto parece ser algo que las mujeres perciben como fuera de su control, algo a lo cual la mayor parte de las mujeres se ha resignado y que afronta muy frecuentemente de manera pasiva o evasiva y que se acompaña de depresión, angustia y en muchos casos de rabia. En otras palabras, dadas las ideas culturales asociadas a lo que es femenino, la dificultad para cambiar la situación y a que los intentos hechos no han sido tan efectivos como se esperaba, se está renunciando a la búsqueda y se está llegando a formas de afrontamiento y estados emocionales que son indicadoras de percepción de incontrolabilidad. Pero más grave aún, ante la dificultad para cambiar la situación, las mujeres se sienten culpables de todas las dificultades que lo anterior trae consigo, en particular porque uno de los roles que más sufre en estas condiciones es el materno. En otras palabras, las mujeres empleadas de la ciudad de Bogotá si están experimentando una situación de estrés, que aunque no es en todos los casos muy extrema, sí podría generar problemas de salud más graves de los que ya puede estar generando.

Dijimos antes que este tipo de percepciones y formas de afrontamiento se han asociado muy frecuentemente a problemas de salud relacionados con el mal funcionamiento del sistema inmune. Este estudio se centró en evaluar riesgos cardiovasculares y salud psicológica. Hay algunos indicios, pero con los datos que se obtuvieron en este estudio es muy difícil decir si el sistema inmune puede estar sufriendo las consecuencias de esta situación. Un agravante es que muchos de los problemas de salud relacionados con el sistema inmune solo se pueden observar a largo plazo: son enfermedades de un lento desarrollo, que requieren de un sistema afectado por largo tiempo. Las alergias, las infecciones frecuentes, los problemas dermatológicos son algunos de las enfermedades que podrían observarse a más corto plazo, pero sobre ese tipo de problemática no se hizo evaluación en este estudio y por lo tanto se plantea como un interrogante, qué tanto efectivamente pudiera estar afectado el sistema inmune del grupo estudiado.

5. Una observación que merece una atención especial fue el hecho de que las mujeres en general, cuando las invitamos a participar en este estudio, expresaron un interés muy grande y sobretodo una necesidad intensa de compartir con otras mujeres sus experiencias sobre el tema. Nos sorprendió que, a pesar de ser un asunto cotidiano, relevante, una gran parte de las participantes no había compartido sus inquietudes, emociones y experiencias previamente. Da la impresión de que tematizar el asunto estuviera asociado a algún freno, que algo inhibiera a las mujeres a hablar más frecuentemente de un asunto que parece estarlas afectando. Pudiéramos afirmar, según Burín *et al.* (1991), que dado el significado social que los roles familiares tienen, en particu-

29 Para ilustrar esta idea, se cita una de nuestras entrevistadas: "Me cambió la vida porque empecé a sentirme con un afán permanente... Ese afán es como de tantas cosas que hay que hacer y que no hay tiempo (...) Hay que trabajar, hay que llevar al pediatra a la niña, hay que comprarle el remedio, hay que comprarle el regalo para la fiesta. ese afán ha cambiado un poco porque no tengo una bebé, sin embargo, sigo teniendo afán".

lar el materno, expresar inquietudes, pensamientos y emociones negativas con respecto a cómo combinar exitosamente los múltiples roles pudiera generar malestar en las mujeres ya que podría parecer que están cuestionando su feminidad, su maternidad, su naturaleza, y finalmente también la conveniencia de trabajar o no. También pensamos que es muy probable que muchas mujeres consideren que este es un asunto familiar, íntimo, de su familia, su problema personal en últimas. Adicionalmente, es usual que la vida cotidiana que llevan muchas mujeres sea considerada por ellas mismas como "natural", lo normal, y esta concepción de sus vidas cotidianas tiene la consecuencia de que el malestar y sus razones no se explicitan, no se reconocen y probablemente sólo se expresan a través de síntomas. Síntomas que son a la vez reflejo del esfuerzo de adaptación, de sobreadaptación según afirma Moncarz (Burin *et al.*, 1991). Mecanismos de sobreadaptación denomina esta autora "a todos aquellos que conllevan una adaptación rígida a las condiciones de vida, al medio y a los factores estresantes presentes en ellos, que conducen a disociar, desmentir o negar todas aquellas evidencias que, desde el interior del cuerpo, desde la emocionalidad, podrían poner al descubierto la existencia de algún grado de malestar, producto de dicha realidad. Y agrega "¿no resultará difícil no sobreadaptarse a lo que se considera, según ciertos ordenamientos sociales, lo esperable y "natural"? ¿Cómo no realizar cualquier esfuerzo para acallar el malestar ocasionado por el desempeño de roles y funciones considerados habitualmente "específicamente femeninos?"

La forma como las mujeres acogieron nuestra invitación, los comentarios al final de muchos de los cuestionarios, la forma entusiasta y emotiva como, sin excepción, participaron en las entrevistas y grupos focales y sus expresiones de agradecimiento al final de cada sesión[30] nos indican que las mujeres tienen una necesidad urgente de hablar sobre el tema de sus múltiples roles, de compartir con otras mujeres y de escuchar la experiencia de otras personas.

6. La idea tradicional de mujer ha ido cambiando entre las mujeres que trabajan por opción o por necesidad. Este cambio se refleja claramente en la asimilación del rol laboral y un sentido de independencia, especialmente material. Sin embargo, para las mujeres, lo más importante sigue siendo la maternidad, así muchas veces la eviten o la pospongan. La maternidad continúa siendo lo esencial para la definición y subjetividad femenina. Esto se refleja en varios hechos:

– A pesar de todo, las mujeres tienen hijos. En nuestro medio sigue siendo una rareza la mujer con compañero que no tiene hijos o las parejas que optan concientemente por una vida de pareja solamente.

– Los hijos se convierten en una de las fuentes importantes de motivación para luchar y para trabajar, de recompensas y satisfacciones, de autoestima; pero la maternidad también es una de las principales fuentes de sufrimiento para este grupo de mujeres.

– Todas las mujeres que, en este estudio, hicieron un ordenamiento jerárquico de sus roles, colocaron el rol materno en primer lugar, seguido del laboral, del de pareja y del doméstico. Todas coincidieron en colocarse a sí mismas en el último lugar de prioridades.

– Al salir a trabajar las mujeres empiezan a sentir la necesidad de que los hombres se comprometan más con las responsabilidades domésticas. Sin embargo, ese sentimiento no es igualmente fuerte con respecto al cuidado de los hijos. Las mujeres siguen sintiendo que esa es una responsabilidad esencialmente femenina. Muchas sienten culpa por los problemas que puedan presentar sus hijos y alguna incluso expresó que las mujeres somos responsables de los problemas morales del país, por el hecho de desatender a

30 Muchas mujeres nos expresaron al final de las sesiones, o en encuentros posteriores, lo terapéutico que había sido para ellas el participar en el grupo o el hablar con nosotras durante la entrevista. Expresaron haberse desahogado, haber visto más clara su situación, haber hablado por primera vez en su vida de muchas cosas que les inquietaban y les molestaban, cosas que "no se podían haber hablado con amigos o con nadie de la familia". Incluso algunas mujeres comentaron que, a raíz de las entrevistas habían resuelto tomar algunas decisiones que venían posponiendo.

nuestros hijos[31]. Y este desatender es en comparación a lo que hacen las mujeres tradicionales que pasan mucho más tiempo con sus hijos.

De acuerdo con lo dicho arriba, pareciera que la transición del rol femenino se está dando más en la acción que en el significado. El cambio de vida de la mujer se reconoce en la mayor cantidad de funciones que simultáneamente está asumiendo. Pero la definición de su subjetividad sigue estando estrechamente ligada al rol materno. Tanto es así, que nos atrevemos a afirmar que incluso el rol laboral se está maternizando, en la medida en que muchas mujeres expresan que trabajan para proporcionarle a sus hijos mejores condiciones materiales de vida.

En este sentido podría afirmarse que la definición del rol femenino está sufriendo una transformación que se caracteriza fundamentalmente en que el campo de acción de las mujeres se ha ampliado para incluir el rol laboral, el cual empieza a aceptarse como algo que las mujeres también pueden, quieren y deben desempeñar. Sin embargo, los roles femeninos tradicionales siguen teniendo aún un peso importante en la determinación de la subjetividad y los comportamientos femeninos y masculinos, especialmente en la vida privada.

Por otro lado, el cambio en el rol femenino no desencadena, necesariamente, un cambio en el rol masculino aunque muchas mujeres lo consideran además de necesario y deseable, justo. Es decir, falta un cambio en el sistema familiar acorde con los cambios que ha tenido el rol femenino: el cambio en las exigencias de un género "debería" acompañarse de cambios complementarios en el otro, eso es por lo menos lo que la mayor parte de las mujeres esperan. La falta de este acoplamiento en los cambios de los géneros genera desigualdades y conflictos y estos se reflejan claramente en un traslapamiento entre el rol de pareja y el rol doméstico. En el encuentro de estos roles, es donde más se materializan las condiciones de desigualdad en las relaciones entre hombres y mujeres. Este conflicto es mayor para la mujer y representa para ella algo difícil o imposible de resolver individualmente, posiblemente porque está en condiciones de desventaja y se siente enfrentada a una dificultad que socialmente se sigue considerando privado.

Los datos en general respaldan la idea de que el fenómeno de los múltiples roles y su efecto sobre la salud femenina, no pueden estudiarse analizando cada rol independientemente, sin considerar diferentes dimensiones de funcionamiento y adaptación de la mujer. Es necesario introducir en este tipo de estudios una perspectiva de género, ya que la definición de los roles es interdependiente y los cambios en un género repercuten necesariamente en el otro.

VIII. RECOMENDACIONES

A. La primera y más obvia recomendación que surge de este estudio es la de que hay que tematizar el asunto de los múltiples roles y cómo esto nos está afectando a todos, no sólo a las mujeres. Con esto nos referimos a que es importante crear espacios abiertos de discusión y de reflexión personales y sociales sobre el tema. Es importante que las mujeres sientan que se puede y se debe hablar sobre el asunto.

B. Implementar estrategias institucionales, no sólo para mejorar las condiciones de vida y de desventaja de la mujer (que es lo que usualmente se plantea en las políticas de salud para la mujer), sino para cambiar la mentalidad marcadamente patriarcal de nuestra sociedad. Las mujeres solas no podrán cambiar su intimidad. No es un problema individual de cada mujer o de cada familia. Para cambiar las relaciones entre hombres y mujeres, para cambiar la mentalidad patriarcal[32] de todos, se requiere del apoyo institucional.

31 Ver transcripción del grupo focal de Seguros Colmena.

32 Machista, según las mujeres estudiadas.

C. Plantear estudios que permitan poner a prueba la hipótesis de que las mujeres pueden estar incubando problemas relacionados con el sistema inmune, dependientes de sus formas cotidianas de vida.

D. Es importante que se replanteen muchas de las acciones preventivas dirigidas a las mujeres que están en etapas del ciclo vital correspondientes a las que cursan las mujeres de esta investigación, que fundamentalmente se centran en la salud física. En otros países se han implementado con éxito grupos de apoyo, grupos terapéuticos e incluso terapias individuales con perspectiva de género (Burín *et al.*, 1991).

E. El hecho de que la transición en los roles de género esté afectando la salud de las mujeres hace pensar en la probabilidad de que también en los hombres se estén dando efectos desconocidos. La transición de los roles no ha implicado sólo una redefinición del rol femenino tradicional. Este cambio va de la mano con una redefinición del rol masculino también. Por lo tanto, sugerimos realizar una evaluación similar a la que se hizo en este estudio, pero en los hombres.

Otro estudio complementario que sugieren los resultados de este trabajo, es realizar investigaciones comparativas con otro tipo de mujeres trabajadoras, sin contrato laboral: las amas de casa que trabajan y las trabajadoras del sector informal.

IX. REFERENCIAS

Barnett, R.C. (1992). *Gender, multiple roles and Psychological Distress.* Conferencia presentada en el Second Annual Midwest Conference on Health Psychology, Indiana State University, Terre Haute, Indiana, Octubre 9, 1992. Wellesley: Center for Research on Women, Wellesley College.

Barnett, R.C. & Baruch, G.K. (1985). Women´s involvement in Multiple Roles and Psychological Distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(1), 135-145.

Barnett, R. C. & Marshall, N. L. (1989). *Preliminary Manual for the Role-Quality Scales.* Center of Research on Women. Wellesley College.

Barnett, R.C. & Marshall, N.L. (1991). The Relationship between Women's Work and Family Roles and Their Subjective Well-Being and Psychological Distress. In M. Frankenhaeuser, U. Lundberg & M. Chesney (Eds.), *Women, Work and Health. Stress and Opportunities.* New York: Plenum Press.

Barnett, R.C., Marshall, N.L. & Singer, J.D. (1992). Job experience over the time, multiple roles and women´s mental health: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(4), 634-644.

Barling, J. (1990). *Employment, Stress and Family Functioning.* New York: Jhon Wiley & Sons.

Baruch, G.K. & Barnett, R. (1986). Role quality, multiple role involvement, and psychological well-being in midlife women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 578-585

Biernat, M. & Wortman, C.B. (1991) Sharing of home responsabilities between employed women and their husband. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(6), 844-860.

Burín, M., Moncarz, E. & Velázquez, S. (1991). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada.* Buenos Aires: Paidós.

Canino, E., Groeger, C. & Robles, J. (1994). Adaptación del Cuestionario de Excitabilidad Individual. Confiabilidad, análisis de ítems y estructura factorial. *Argos*, 19, 43-66.

Carver, Ch., Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). Assesing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.

Cattel, R. & Guliford, J. (1958-1961). *Medición de la Ansiedad.* Barcelona: Fontanella.

Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Covi, L. & Rickles, K. (1971). Neurotic Symptom dimensions. *Archives of General Psychiatric*, 24, 454-464.

Encuesta nacional de hogares. (1993). Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

Feldman de Naim, S. (1991). *Estrés y Gerencia: Un estudio Exploratorio del Caso Venezolano.* (Stress and Management: An Exploratory Study of Venezuelan Case). Psychiatric Especialization Thesis. Caracas: Universidad Central de Venezuela.

Feldman, L. (1995). *Factores psicosociales asociados a las salud de la mujer con roles múltiples.* Trabajo de Ascenso. Universidad Simón Bolívar.

Feldman, L., Chacón, G., Payne, S., Blanco, G., Carrasquel, & García, L. (1995). *Proyecto Mujer-Trabajo y Salud.* En curso. Financiado por el Decanato de Investigaciones. Universidad Simón Bolívar.

Fisher, S. (1986). *Stress and Strategy.* Londres: Lawrence Erlbaum Associates.

Gómez, V. (1994). *Akute Hormon,- und Immunreaktionen unter Stress. Experimentelle Untersuchung ueber die Moderatorrolle von Kontrollerfahrungen.* Tesis de Doctorado, Universidad Johannes Gutenberg- Mainz.

Gómez, V. & Pérez L.A. (1998). *Riesgos de salud en mujeres con múltiples roles.* Informe final de investigación entregado a la Secretaría Distrital de Salud.

González, M.F. (1998). *Mujer ejecutiva, estrés y múltiples roles: estudio descriptivo de valoraciones, afrontamientos y efectos sobre la salud.* Tesis de grado, Departamento de Psicología, Universidad de los Andes. Bogotá: inédita.

Granell, E & Feldman, L (1981). Un inventario de temores para estudiantes universitarios. *Psicología*, Vol. VIII, N° 2 y 3.

Gunther, K.M. (1980). *Stress y conflictos: métodos de superación.* Madrid: Paraninfo.

Guteck, B., Searle, S. & Klepa, L. (1991) Rational vs. Gender Role Explanations for Work/ Family Conflict. *Journal of Applied Psychology*, 76(4), 560-568.

Hall, D.T. (1972). A Model of Coping with role Conflict: The role Behavior of College-Educated Women. *Administrative Science Quarterly*, 17, 471-486.

Henderson, S., Duncan-Jones, P. & Byrne, D.G. (1980). Measuring Social Relationships: The Interview Schedule for Social Interaction. *Psychosomatic Medicine*, 10, 723-734.

Hibbard, J.H. & Pope, C.R. (1991). Effect of Domestic and Occupational Roles on Morbidity and Mortality. *Society of Science and Medicine*, 32, 805-811.

Igualdad, desarrollo y paz para todas las mujeres del mundo. Síntesis de la Plataforma de Acción y de Compromisos Internacionales. Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer. Beijing, China, Septiembre de 1995.

Informe Nacional de Colombia. Preparado para la IV Conferencia Mundial Sobre la Mujer, Beijing, China, Septiembre de 1995. Consejería Presidencial para la Política Social-PNR.

Johnson, J.V. & Hall, E.M. (1988). Job Strain, Work Place Social Support, and Cardiovascular Disease. *American Journal of Public Health*, 78, 1336-1342.

Johnson, J.V. & Hall, E.M. (1995). The Interconectedness of Class, Work, and Health. En: S. Levine, D. Chapman-Walsh & B. Amick (Eds.), *Society and Health.* New York: Oxford University Press.

Karasek, R.A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administration Science Quarterly*, 24, 285-307.

Karasek, R.A. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Productivity and The Reconstruction of Working Life.* New York: Basic Books.

Lazarus, R. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process.* New York: McGraw Hill.

Libro Blanco de la Mujer. (1994) Mimeo.

Lipman, R.S., Rickles, K., Covi, L., Derogatis, L. & Uhlenhuth, E.H. (1969). Factors of Symptom Distress. *Archives of General Psychiatry*, 21, 328-338.

Lynch, M., Rodríguez, P. & Ayala-Oramas, G. (1995). *Informe final de la Consultoría especializada en análisis de temas de género "Apoyo institucional a la implementación de la política de equidad y participación de la mujer* (EPAM)".

Mederer, H. (1993). Division of Labor in Two-Earner Homes: Task Accomplishment Versus Household Management as Critical Variables in Perceptions About Family Work. *Journal of the Marriage and the Family*, 55, 133-145.

Moscoso, M.S. (1998). *Cross Cultural Assessment of the Experience, Expression and Control of Anger.* Paper presented at the 24th International Congress of Psychology. San Francisco, USA.

Moscoso, M.S. & Reheiser, E.C. (1996). *The Multicultural Spanish Inventory of Experience of Anger: State ond Trait Anger.* Paper presented in the 13th Congress of the International

Association for cross-cultural Psychology, Montreal.

Moscoso, M.S. & Spielberger, Ch. (1997). *Measuring the Experience, Expression and Control of Anger in Latin America.* Paper presented at the regional congress of Psychology for professionals in the Americas, Interfacing the Science and Practice of Psychology, Mexico, DF.

Orth-Gomer, K., Rosengreen, A. & Wilhelmsen, L. (1993). Lack of Social Support and Incidence of Coronary Heart Disease in Middle-Aged Swedish Men. *Psychosomatic Medicine*, 55, 37-43.

Orth-Gomer, K. & Wamala, S. (1994). Diseño de la primera versión del instrumento Proyecto Internacional "Factores de riesgo y salud en mujeres trabajadoras: un estudio transcultural".

Orth-Gomer, K. & Wamala, S. (1995). Diseño de la segunda versión del instrumento Proyecto Internacional "Factores de riesgo y salud en mujeres trabajadoras: un estudio transcultural".

Pearlin, L.I., Lieberman, M.A., Menaghan, E.G. & Mullan, J.T. (1981). The Stress Process. *Journal of Health and Social behavior*, 22, 337-356.

Perrez, M. & Reicherts, M. (1992). *Stress, Coping and Health. A Situation-Behavior Approach. Theory, Methods, Applications.* Seattle: Hogrefe & Huber.

Pietromonaco, P.R., Manis, J. & Frohardt-Lane, K. (1986). Psychological consequences of multiple social roles. *Psychological Women Quarterly*, 10, 373-382.

Rotenber, V., Sirota, P. y Elizur, A. (1996). Psychoneuroinmunology: Searching for the main Deteriorating Psychobehavioral Factor. *Genetic, Social and General Psychology Monographs,* 122 (3), 329-346.

Scarr, S., Phillips, D. & McCartney, K. (1989) Working Mothers and their Families. *American Psychologist*, 44(11), 1402-1409.

Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsfoerderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben.* Goettingen: Hogrefe Verlag.

Small, S. & Riley, D. (1990). Toward a Multidimensional Measure of Work Spillover Into Family Life. *Journal of the Marriage and the Family*, 52, 51-61.

Schmid, J. (1998). ¿Mejor sin niños? Aumenta el promedio de edad en Alemania, y desciende la tasa de natalidad. *Deutschland. Revista de política, economía y ciencias,* No. 2.

Spielberger, Ch. (1972). *Anxiety: Current Trends in Theory and Research.* New York: Academic Press.

Spielberger, Ch., Johnson, E.H., Russell, S.F., Crane, R.J., Jacobs, G.A. & Worden, T.J. (1985). The Experience and Expression of Anger: Construction and Validation of an Anger Expression Scale. In Chesney & Rosenman (eds.), *Anger and Hostility in Cardiovascular and Behavioral Disorders.* pp. 5-30, New York: Hemisphere.

Unden, A-L. & Orth-Gomer, K. (1989). Development of a Social Support Instrument for use in Population Surveys. *Social Science and Medicine*, 12, 1387-1392.

Ursin, H. (1982). The Search for Stress Markers. *Skandinavian Journal of Psychology*, Suppl. 1, 165-169.

NORMAS DE PRESENTACIÓN DE TEXTOS PARA LA SERIE DOCUMENTOS CESO

Los textos deben ser presentados a la dirección del Centro de Estudios Socioculturales e Internacionales (CESO) para su consideración en el Comité Editorial.

- Deben presentarse dos copias en papel y una copia en diskette en Word para Windows o Word para Macintosh.
- La extensión del texto no debe ser superior a 70 páginas (incluyendo gráficos, fotografías y/o tablas) en letra *Times* tamaño 12. El interlineado debe ser: 1.5 líneas. Las márgenes superior, inferior, izquierda y derecha deben tener un mínimo de 3 centímetros.
- En la bibliografía deben aparecer únicamente las referencias citadas en el texto. Ésta debe ser presentada de la siguiente forma:

En el caso de libro
GUTIÉRREZ de Pineda, Virginia y PINEDA Giraldo, Roberto (1999).*Miscegenación y cultura en Colombia. 1750-1810.* Bogotá, Colciencias-Universidad de los Andes.

En el caso de artículo de revista
MELO, Jorge Orlando (1999). "Medio siglo de historia colombiana: notas para un relato inicial". *Revista de Estudios Sociales*4: 9-22. Bogotá, Universidad de los Andes.

En el caso de artículo en libro
VIVIESCAS, Fernando (2000). "El urbanismo y las ciencias sociales: la ciudad en busca de un pensamiento". En: LEAL, F. y REY, G. (eds.). *Discurso y razón. Una historia de las ciencias sociales en Colombia.*Bogotá, Universidad de los Andes-Tercer Mundo. pp. 315-325.

- Cuando el texto incluya fotografías, éstas deben ser adjuntadas en su formato original (foto en papel o diapositiva).

El Comité Editorial presentará el trabajo a pares académicos, con quienes se evaluará y se tomará la decisión de publicarlo o en su caso hacer correcciones. El autor recibirá respuesta acerca de la decisión del Comité en un tiempo máximo de treinta días.

Este libro se terminó de imprimir y
encuadernar en el mes de junio de 2001
en Bogotá, D.C., Colombia

Se compuso en caracteres
Garamond de 12/14 puntos