



Revista de Estudios Sociales

ISSN: 0123-885X

res@uniandes.edu.co

Universidad de Los Andes

Colombia

Gómez, Viviola; Pérez, Luz Amparo; Feldman, Lya; Bajes, Nury; Vivas, Eleonora  
Riesgos de salud en mujeres con múltiples roles  
Revista de Estudios Sociales, núm. 6, mayo, 2000, p. 0  
Universidad de Los Andes  
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81500604>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## **Riesgos de salud en mujeres con múltiples roles'**

**Vivióla Gómez"**

**Luz Amparo Pérez, Lya Feldman, Nury Bajes y  
Eleonora Vivas\*"**

### **Resumen**

Esta investigación es parte de un proyecto internacional que incluye a otros países y se desarrolló con los objetivos de describir algunas condiciones sociodemográficas, de los roles y de la salud de un grupo de mujeres que desempeñan múltiples roles en la ciudad de Santafé de Bogotá y comparar estas condiciones en mujeres con diferentes ocupaciones; además se buscó analizar la relación entre indicadores de salud física y psicológica en este grupo de mujeres con ciertas variables sociodemográficas, las condiciones laborales, el número y la calidad de los roles desempeñados.

El estudio utilizó tanto metodología cuantitativa como cualitativa con trescientas cuarenta mujeres residentes y empleadas en Santafé de Bogotá D.C. por lo menos desde hace un año y distribuidas en cuatro tipos de ocupación: ejecutivas, enfermeras, secretarías y obreras.

Varios de los indicadores objetivos de salud física no parecen sugerir deficiencias en el grupo en general. Sin embargo, la presencia de síntomas asociados a la *menstruación y el porcentaje* de personas que reportan síntomas tales como dolores de cabeza, tensión muscular, angustia, o dificultades de concentración es relativamente alto. Esto contrasta con la percepción de salud que se describe en general como buena o muy buena.

Se destacó como resultado importante un alto nivel de autoestima del grupo. Ésta se relacionó 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 las mujeres perciben en cada uno de sus roles.

Los niveles de depresión y ansiedad detectados fueron moderados y se relacionaron significativamente entre sí, así como con el número de síntomas reportados.

Los datos en general *respaldan la conclusión* de que el fenómeno de los múltiples roles y su efecto

sobre la salud femenina no puede estudiarse analizando cada rol independientemente y 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 cada uno de los roles parece estar sometido a condiciones particulares que determinan el tipo de efectos que acarrea su desempeño.

### **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 miembros de la pareja trabajan ha representado la aparición de la necesidad de mecanismos y procesos de ajuste en las relaciones entre hombres y mujeres y en el funcionamiento de la familia. El proceso ha tenido un particular impacto sobre la vida de la mujer en la medida en la que ésta se enfrenta a la llamada 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 cuarenta 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.

Frente a la situación de cambio arriba descrita, en muchos profesionales de la salud y de áreas afines, y en las mismas mujeres, ña 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

- Investigación realizada gracias al apoyo financiero de Secretaría Distrital de Salud de la ciudad de Santafé de Bogotá, Colombia. Este estudio se inscribe en un proyecto macro denominado "Health Risk in Women with Multiple Roles: Cross Cultural Comparissons", en el que participan además de Colombia, Venezuela, Inglaterra, Holanda y Suecia.
- Directora de esta investigación, profesora asociada del Departamento de Psicología de la Universidad de los Andes, email: [vgomez@uniandes.edu.co](mailto:vgomez@uniandes.edu.co)
- La primera es psicóloga, profesora de cátedra de la Universidad de los Andes. Las tres últimas son profesoras de la Universidad Simón Bolívar en Caracas, Venezuela.

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<sup>1</sup>. 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<sup>2</sup>. 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<sup>3</sup>, 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<sup>4</sup>. 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 ésta 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 socio-históricos y culturales<sup>5</sup>.

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<sup>1</sup> 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 subsanar parcialmente esta deficiencia, se realizó un estudio cuyos intereses centrales fueron describir algunas condiciones sociodemográficas de los roles y de la salud de un grupo de mujeres que desempeñan múltiples roles en la ciudad de Santafé de Bogotá y comparar estas condiciones entre mujeres con diferentes ocupaciones. Para realizar esta comparación se escogieron operarias, secretarias, enfermeras y ejecutivas. Se considera que estas ocupaciones difieren, con mucha probabilidad, en condiciones laborales cuyo efecto sobre la salud se ha descrito como relevante.

La investigación que se reportará aquí también tuvo el objetivo de analizar la relación entre indicadores de salud física<sup>6</sup> y psicológica<sup>7</sup> en un grupo de mujeres que desempeñan múltiples roles y:

1. algunas variables sociodemográficas (edad, número de roles desempeñados, nivel educativo, número de hijos en total y número de hijos en edad escolar)
2. las condiciones laborales tanto físicas (ruido, calor, frío, luz inadecuada, levantar cargas pesadas, hacinamiento), como psicosociales (demandas laborales, control de las condiciones laborales, apoyo social en el trabajo y destrezas exigidas y estimuladas por el trabajo)
3. el tipo de roles (laboral, de pareja y maternal; laboral; de pareja; laboral y maternal)
4. la calidad percibida de los roles<sup>8</sup>.

El estudio se desarrolló utilizando dos estrategias metodológicas diferentes pero complementarias. En la primera parte se trabajó fundamentalmente utilizando metodología cuantitativa y en la segunda, metodología cualitativa.

---

<sup>1</sup> L. Feldman, "Factores psicosociales asociados a la salud de la mujer con roles múltiples", Trabajo de ascenso, Universidad Simón Bolívar, 1995.

<sup>2</sup> R.C. Barnett y G.K. Baruch, "Women's involvement in multiple roles and psychological distress", en *Journal of personality and social psychology*, No. 49, 1985, págs. 135-145; Barnett y Marshall, "The relation ship between women's work and family roles and their subjective well-being and psychological distress", en M. Frankenhaeuser, U. Lundberg y M. Chesney (eds), *Women, Work and Health. Stress and Oportunities*, New York, Plenum Press, 1991.

<sup>3</sup> Scarr, Phillips y Mc Cartney, "Working Mothers and their Families", en *American Psychologist*, No. 44(11), 1989, págs. 1402-1409; Gutek, Searle y Klepa, "Rational vs. Gender role explanations for work/family conflict", en *Journal of Applied Psychology*, No. 76(4), 1991, págs. 560-568.

<sup>4</sup> Barnett, Marshall y Singer, "Job experience over the time, múltiple roles and women's mental health: A longitudinal study", en *Journal of Personality and Social Psychology*, No. 62(4), 1992, págs. 634-644.

<sup>5</sup> Barnett y Baruch, "Women's involvement..."; Barnett, Marshall y Singer, "Job experience...".

---

<sup>6</sup> Número de días enferma en los últimos seis meses, número de enfermedad) percepción de salud, síntomas psicosomáticos, colesterol total, colesterolHDL, LDL, la relación entre estos dos últimos (LDL/HDL) y la tensión arterial.

<sup>7</sup> Autoestima, ansiedad, depresión y percepción de la calidad de vida.

<sup>8</sup> 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 superan a las preocupaciones del mismo, la calidad de ese rol se considera positiva.

Se encuestaron trescientas cuarenta mujeres (N= 340) entre los 30 y los 55 años (X=38 años, SD 6.5), residentes y empleadas en la ciudad de Santafé de Bogotá D.C. por lo menos un año antes de iniciar el estudio y distribuidas en cuatro tipos de ocupación: ejecutivas (n=81), enfermeras (n=91), secretarias (n=88) y obreras (n=80).

Se utilizó un cuestionario, desarrollado específicamente para este proyecto, que evalúa todas las variables pertinentes para la investigación. El cuestionario se conformó con escalas de autorreporte, ampliamente validadas y conocidas, y de ítems específicos, diseñados especialmente, que miden algunos aspectos de interés para los investigadores involucrados en el estudio.

Concretamente, el cuestionario recabó información sobre datos personales; condiciones de vivienda; situación económica; estado y hábitos de salud; condiciones generales, ambientales y psicosociales de trabajo; cantidad y calidad subjetiva de los roles desempeñados; transferencias positivas y negativas del trabajo a otras áreas de la vida; indicadores de salud psicológica tales como ansiedad, depresión, autoestima y bienestar percibido; y algunas variables moderadoras como distribución de responsabilidades en el hogar, apoyo social, hostilidad medida como rasgo, tipo de afrontamiento<sup>9</sup> y actividades recreativas.

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 personas que participaron en estas entrevistas o grupos focales se contactaron en las reuniones informativas de las que se habló en la primera parte y tuvieron las mismas características de las participantes de la primera parte.

Los resultados de esta segunda parte se utilizaron fundamentalmente para ampliar la comprensión e interpretación de los resultados de la primera parte. De hecho varios de los comentarios que se expresaron en las conclusiones están basados en la información proporcionada por estos resultados.

### Descripción de algunas características del grupo general y comparación entre los grupos ocupacionales

#### Condiciones sociodemográficas

Como se mencionó anteriormente, la muestra estuvo constituida por un total de 340 mujeres con edad promedio

de 38 años, que tenían algún tipo de contrato laboral en la ciudad de Santafé de Bogotá. A pesar de trabajar en Bogotá durante al menos dos años, casi el 67% de estas personas eran 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.

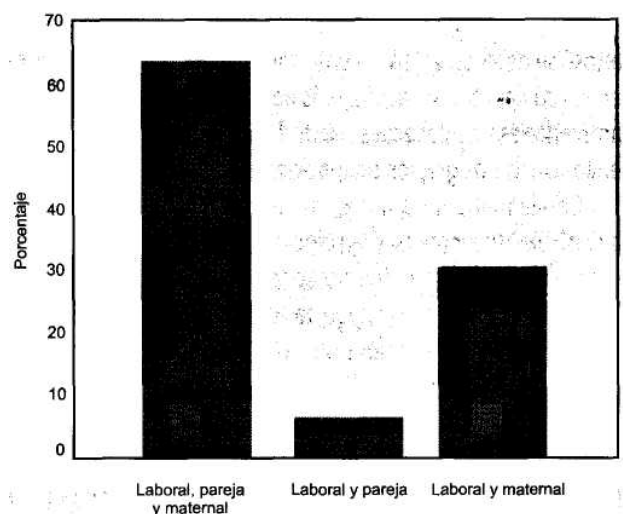
Este grupo estuvo constituido en su gran mayoría por familias nucleares de dos hijos en promedio.

El porcentaje de casadas era de 52,1 %. El 17,9% convivían con una pareja, el 16% estaba separada o divorciada, el 1,2 eran viudas y el 12,9% eran solteras, cabeza de familia.

Es de resaltar el alto porcentaje de mujeres (39,1%) que reportó ser ellas mismas el principal sustento del hogar, a pesar de que el número de mujeres que no convivían con una pareja representaba una proporción inferior a la arriba mencionada (30%).

El mayor porcentaje de la muestra (64,4%) desempeñaba, además del rol laboral, los roles de pareja y el maternal. El 30% tenía adicionalmente el rol laboral y el rol maternal pero no el de pareja y el 5,6% el rol de pareja pero no el maternal. 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, pero fue imposible encontrar más personas con esta condición (véase figura 1).

**Figura 1**  
Distribución de roles en la muestra



#### Condiciones de Salud

En general puede afirmarse que el grupo estudiado posee un nivel de salud física aceptable, teniendo en cuenta que el

<sup>9</sup>Atontamiento es un concepto que se refiere a la forma como un organismo se comporta ante las situaciones que representan una demanda a sus capacidades de adaptación o a las reacciones que dicha situación le genera.

16,5% de las mujeres reportó sólo 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, cólicos, ardor o indigestión, tensión muscular, olvidos, dificultades de concentración, pérdida de interés o placer sexual, debilidad, escalofríos o calores repentinos y angustia (véase cuadro 1). Algunos de estos síntomas se presentan en más del 69% de las mujeres. El promedio de síntomas por personas fue de 6,8.

Los indicadores de salud cardiovascular (que se pueden observar en la tabla 2), con excepción de los niveles de Hdl (el lípido protector), no señalaron riesgos mayores en el grupo total. A pesar de los bajos niveles de Hdl, la relación entre el Ldl (el lípido más dañino para las arterias) y el Hdl se presentó en niveles que están dentro de lo deseable. Los mayores riesgos cardiovasculares sin que éstos sean excesivamente altos se detectaron en las enfermeras y las operarias, grupos en los cuales, como se verá más adelante, hay condiciones ambientales y psicosociales de trabajo menos favorables que en los otros dos grupos ocupacionales.

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 (ver figura 2). Por otra parte, las que sí van a controles preventivos afirman que asisten precisamente para prevenir problemas, porque tuvieron o tienen alguna enfermedad que requiere de seguimiento, para sentirse tranquilas o porque están embarazadas.

El 80,6% de la muestra utiliza algún método no natural de anticoncepción, siendo el DIU el principal, seguido de la combinación de pildora y DIU o de la pildora sola.

**Cuadro 1**  
Porcentaje de síntomas reportados

		<b>Frec.</b>	<b>Porcent.</b>
Dolor de cabeza	si	231	69.0
	no	104	31.0
Cólicos, ardor o indigestión	si	183	54.6
	no	152	45.4
Pies y manos frías	si	129	38.5
	no	206	61.5
Boca seca	si	77	23.1
	no	256	76.9
Respiración entrecortada	si	70	21.0
	no	264	79.0
Tensión muscular	si	233	69.6
	no	101	30.1
Excesiva sudoración	si	76	22.7
	no	259	77.3
Olvidos	si	176	52.5'
	no	159	47.5
Taquicardia	si	91	27.2
	no	243	72.8
Dificultades de concentración	si	144	43.0
	no	191	57.0
Desmayos o desvanecimientos	si	69	20.7
	no	264	79.3
Pérdida interés o placer sexual	si	136	40.7
	no	198	59.3
Dolor pecho o corazón	si	72	21.6
	no	262	78.4
Poco apetito	si	59	17.7
	no	275	82.3
Nudo en la garganta	si	69	20.7
	no	265	79.3
Debilidad	si	110	32.8
	no	225	67.2
Escalofríos y calores repentinos	si	111	32.6
	no	229	67.4
Perder hilo de ideas	si	94	28.1
	no	241	71.9
Angustia	si	207	61.8
	no	128	38.2
Otros síntomas	si	45	16.4
	no	229	83.6
Promedio de síntomas por persona:		6.8; SD: 4.5	

Sobre la salud y los hábitos relacionados con ella se puede afirmar 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 menstruales presentan; las ejecutivas y las operarias son las que más acuden a controles preventivos; entre las operarias hay más mujeres que fuman; y las enfermeras presentan menos problemas de sueño.

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

Los de las secretarías y las enfermeras fueron los grupos que más se enfermaron durante los últimos seis meses y las que tuvieron tiempos de enfermedad más cortos fueron las operarias.

### Condiciones laborales

Las condiciones ambientales del trabajo son más difíciles para las operarias y las enfermeras: el ruido y el calor molestan más a estos dos grupos; el frío y el levantamiento de cargas pesadas son más frecuentes en las condiciones de trabajo de las operarias; las enfermeras presentan más quejas que los otros grupos sobre el hacinamiento y sobre la mayor gravedad de las consecuencias derivadas de un error. El número total de condiciones ambientales negativas confirma que son las operarias y las enfermeras las mujeres que más padecen bajo este tipo de condiciones.

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<sup>10</sup> ha sido uno de los más importantes y de los más influyentes. 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 psicometales (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

**Cuadro 2**  
Indicadores de salud cardiovascular

	Media /Nivel de riesgo	SD
Triglicéridos	120.5/170	58.1
Colesterol total	181.3/220	45.2
Hdl	35.2/>45	5.3
Ldl	119.5/190	48.7
índice ldl/hdl	3.5/4 ó más	1.5
presión sistólica	109.7/120	13.1
presión diastólica	71/80	10.1

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 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 estimuladas. Recientemente, otros autores han ampliado el concepto de ambiente laboral en una dimensión: el apoyo social en el contexto de trabajo<sup>11</sup>. 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.

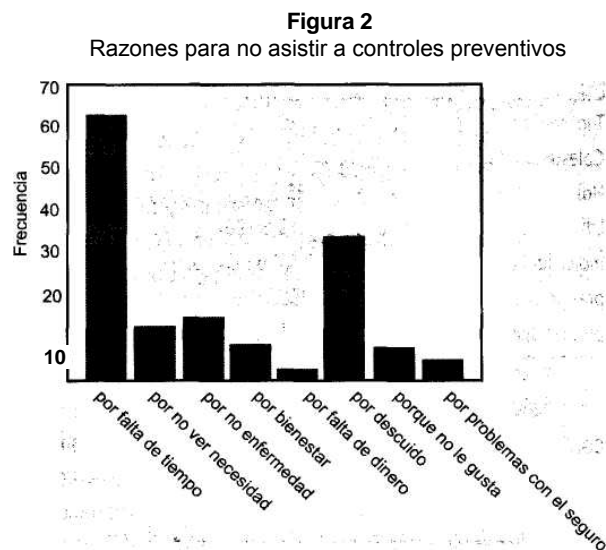
Si se compara el ambiente laboral (apoyo, demanda, control y destrezas exigidas o estimuladas) de los diferentes grupos ocupacionales, se puede afirmar que: a. todos los grupos se caracterizan por percibir apoyo social moderado en sus trabajos

b. las operarias son las que perciben menos demandas y las enfermeras las que más

c. las ejecutivas reportan tener más control de sus condiciones de trabajo

<sup>10</sup> R.A. Karasek, "Job demands, Job decision latitude, and mental strain: implications for Job redesign", en *Administration Science Quarterly*, No. 24, 1979, págs. 285-307.

<sup>11</sup> J.V. Johnson, y E.M. Hall, "Job strain, work place social support, and cardiovascular disease", en *American Journal of Public Health*, No. 78, 1988, págs. 1336-1342; "The interconnectedness of class, work, and health" en S. Levine, D. Chapman-Walsh & B. Amick (Eds.), *Society and health*, New York, Oxford University Press, 1995



d. las secretarias y las ejecutivas reportan, más que los otros grupos, que sus trabajos les exigen y les estimulan el desarrollo de sus destrezas.

Las enfermeras reportan que sus trabajos tienen una transferencia positiva en otras áreas de sus vidas ya que les permiten ser mejores madres y hacer nuevas amistades. Las ejecutivas, por el contrario, afirman que sus trabajos interfieren con su tiempo libre.

Las operarias utilizan en su trabajo, más que los otros grupos, formas de atontamiento dirigidas a calmar sus emociones; las ejecutivas por el contrario prefieren formas activas de enfrentar sus dificultades.

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

### Condiciones generales de los roles

Los aspectos positivos asociados con todos los roles fueron más altos en promedio que los aspectos negativos. Es decir, que la calidad percibida de cada rol es más positiva que negativa. Adicionalmente, las participantes que reportaron mayor número de aspectos positivos relacionados con su rol laboral fueron las ejecutivas y las enfermeras.

La percepción de un rol laboral con muchos aspectos positivos se relaciona significativamente con percibir apoyo social en el trabajo, con sentir estimuladas y exigidas las destrezas personales y con poder tener algún control sobre las condiciones laborales.

La percepción de la calidad del rol de pareja es más negativa, entre más asuntos familiares administra la mujer.

Es interesante anotar que hay una alta correlación significativa entre los aspectos positivos de todos los roles e igualmente entre los negativos. Es decir, cuando se perciben dificultades en un rol lo propio ocurre en los otros y cuando se perciben aspectos agradables en uno, se reporta algo similar en los otros roles.

### Relaciones entre la salud y las condiciones sociodemográficas, laborales y de los roles

La edad de las mujeres fue la variable sociodemográfica que mostró una relación positiva con todos los indicadores de salud cardiovascular y con el número de enfermedades de la: que se padece. La única excepción fue el Hdl o colesterol sano.

La percepción de calidad de vida es más alta en el grupo que desempeña tres roles pero el nivel de Hdl, el "colesterol bueno", es mayor cuando se tienen sólo dos roles.

El nivel educativo correlaciona negativamente con el nivel de colesterol total y el Ldl, y con la intensidad de la ansiedad estado. La correlación del nivel educativo con la percepción de la calidad de vida es positiva; en otras palabras, el mayor nivel educativo se relaciona con una menor concentración de colesterol total y Ldl, menor ansiedad y mejor percepción de la calidad de vida.

Se destacó como resultado importante un alto nivel del autoestima del grupo. Éste a su vez se relacionó con las gratificaciones que el trabajo permite transferir a otras áreas de la vida ( $r=.22$ ,  $p<.01$ ), con el apoyo social que se recibe en el contexto laboral ( $r=.18$ ,  $p<.001$ ) y con todos los aspectos positivos que las mujeres perciben en cada uno de sus roles ( $r$  entre .18 y .27,  $p<.01$  y .001) (véase cuadro 3).

**Cuadro 3**  
Correlaciones entre autoestima y algunos aspectos de los roles de las mujeres

Autoestima	Apoyo Lab.	Gratific. Lab
P<.01	18	22
Aspectos posit. Lab.	Aspectos posit. Par.	Aspectos posit. Mat.
.27	.18	24



Los niveles de depresión y ansiedad detectados fueron moderados y se relacionaron significativamente entre sí ( $r=.403$ ,  $p<.0001$ ), así como positivamente con el número de síntomas reportados ( $r=.373$  y  $.385$ ,  $p<.0001$ ). En otras palabras, la depresión, la ansiedad y los síntomas de malestar aumentan o disminuyen conjuntamente.

La depresión presentó una correlación positiva relativamente alta especialmente con las siguientes variables:

- los aspectos negativos percibidos en el rol de pareja ( $r=.52$ ,  $p<.0001$ )
- los aspectos negativos percibidos en el rol materno ( $r=.42$ ,  $p<.0001$ )
- las interferencias del trabajo en otras áreas de la vida ( $r=.455$ ,  $p<.01$ )

En contraste con el resultado anterior, se apreció que percibir más aspectos positivos en cada uno de los tres roles se asocia no sólo con una menor depresión, menor ansiedad y con una menor percepción de síntomas sino con una mejor autoestima. Los aspectos positivos de los roles laboral y de pareja muestran adicionalmente una relación positiva con la percepción de salud.

Las variables que parecen ser más sensibles a las condiciones laborales y de los roles no son los indicadores objetivos de salud física como las medidas de salud cardiovascular sino aquéllos que evalúan condiciones subjetivas de salud tanto física como psicológica: la percepción de salud, el reporte de síntomas, la autoestima, la ansiedad, la depresión y el bienestar percibido. Sobresalen la ansiedad y la depresión porque los niveles de asociación entre las condiciones psicosociales de trabajo y la percepción de la calidad de los roles con estos dos indicadores fueron altos y muy significativos. Adicionalmente, el porcentaje de la varianza de la depresión y de la ansiedad que estas variables laborales y de calidad de roles lograron explicar fue alto, de más de 31%, en el caso de la depresión. Es decir, que las condiciones psicosociales de trabajo y la calidad percibida de los roles podrían considerarse buenos predictores de los niveles de ansiedad o depresión. Ahora bien, una explicación alternativa de estos resultados sería que las mujeres con mayores niveles de ansiedad y depresión perciben de manera más negativa tanto las condiciones psicosociales de sus trabajos como la calidad de todos sus roles. Sin embargo, otros hallazgos de esta investigación, sumados a otros de estudios previos, sugieren que la primera interpretación es más probable que la segunda.

Los datos de este estudio indican que las formas predominantes de afrontamiento difieren de acuerdo con el rol que se esté desempeñando. Como dato general es usual que se utilicen preferentemente formas activas de afrontamiento cuando las dificultades se relacionan con el rol laboral y formas pasivas o evasivas cuando se relacionan con el rol de pareja o el rol materno. Para clasificar la forma como se afrontan los conflictos entre múltiples roles se escogió la clasificación de Hall<sup>12</sup>, quien propone que se pueden hacer redefiniciones estructurales o personales de los roles o aumentar las conductas de cada rol, con el fin de cumplir con las demandas de todos ellos. Los datos de nuestras entrevistadas indican que la forma más frecuente es esta última, es decir, el aumento de las conductas de rol y las redefiniciones son muy poco frecuentes y dependientes del nivel educativo de las mujeres. Es más común entre las ejecutivas, quienes tienen más libertad de organizar sus tiempos laborales que otros grupos ocupacionales.

### Algunas de las principales conclusiones de este estudio

1. La descrita en este estudio es una muestra que muy probablemente no refleja las condiciones de *las mujeres* en Bogotá, ni siquiera de aquéllas 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 para este grupo. Consideramos que este grupo refleja probablemente condiciones de vida urbanas principalmente y de estratos entre 2 y 5.

2. Las mujeres de este grupo reflejan un cambio en la composición familiar, ya que provienen de familias relativamente grandes y 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

---

<sup>12</sup> Hall, "A model of coping with role conflict: the role behavior of college-educated women", en *Administrative Science Quarterly*, No. 17, 1972, págs. 471-486.

menos numerosas. Es probable que la disminución de la tasa de natalidad pueda 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.

3. El grupo es representativo del cambio en las tendencias tradicionales de la familia y una muestra de ello es la proporción de casadas que lo constituyen (52,1%). La combinación de roles desempeñados más frecuentemente encontrada en la muestra estudiada fue la de ser empleada, pareja y madre. Si contrastamos estos porcentajes podríamos afirmar que estamos ante un grupo generacional de transición, que sigue valorando el hecho de ser madre y tener una pareja, aunque el vínculo se constituya de formas alternativas a las convencionales. Una de estas rupturas de convenciones se observó de manera recurrente entre las ejecutivas, quienes proporcionalmente tienden a establecer con mayor frecuencia relaciones de pareja en las que no existen hijos.

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. Los indicadores socioeconómicos de este estudio indican que las condiciones de vida de las familias a las que pertenece este tipo de mujeres, aunque distintas, 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.

7. 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 parecidos 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. Las enfermeras son las que mayor nivel de ahorro presentan en un grupo donde se reporta que lo más frecuente es no ahorrar.

8. Aunque el 81% de las mujeres reporta que la situación del país ha afectado negativamente su ingreso familiar, sólo 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.

9. Sobre las operarias y su percepción de salud llama la atención el hecho de que es uno de los grupos que menos enfermedades presenta y que reporta tiempos de enfermedad más cortos; sin embargo, es el grupo que más negativamente aprecia 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.

10. En todas las mujeres la percepción positiva del rol laboral se relacionó positivamente con el apoyo social recibido del grupo de pares, con el control ejercido sobre las condiciones de trabajo y con las destrezas que sus labores exigen o estimulan. El hecho de que las ejecutivas y las enfermeras valoren más positivamente el rol laboral que otros grupos está seguramente relacionado con el hecho de que ellas perciben mayor control y estímulo de destrezas. Los testimonios de varias de las entrevistadas corroboran lo anterior.

11. Se propuso 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 poco control sobre las condiciones laborales pero un 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<sup>13</sup> es menor 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 (mucha demanda, poco control, bajo apoyo), 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.

12. Los datos confirman que la salud de las mujeres trabajadoras que desempeñan roles de esposa, madre y ama de casa se asocia con variables que provienen del medio laboral y de su medio familiar. Es decir, no puede afirmarse, como se ha hecho, que la salud de las mujeres depende de condiciones asociadas a su maternidad y la de los hombres de aquellas condiciones que caracterizan su entorno laboral. Además, y contrario a lo que suponen muchos en nuestras sociedades patriarcales, las experiencias laborales no tienen por qué traer consigo sólo consecuencias negativas para la mujer y su familia. Los resultados de este estudio, que confirman los resultados de algunos estudios previos, demuestran que el hecho de trabajar fuera de la casa no necesariamente representa únicamente conflictos para la mujer y que sus efectos son positivos o negativos, dependiendo de otros aspectos implicados.

13. Podría decirse que, mirado cada rol de manera individual, las mujeres derivan principalmente gratificaciones de cada uno de ellos; sin embargo, las valoraciones que hicieron de la situación global de desempeñar múltiples roles indican que esta situación les significa tanto aspectos positivos como negativos. La mayor parte de las participantes resalta como aspecto positivo el hecho de que desempeñarse en tantos roles se constituye en una fuente de crecimiento y desarrollo personal. De igual modo refuerza la 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. La alta frecuencia de síntomas reportados por las mujeres es indicadora del esfuerzo adaptativo de estas mujeres.

14. Lo anterior se refuerza, si recordamos 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 estiman que malestares como dolores de cabeza o tensión muscular no constituyen problemas de salud, que de alguna manera aprenden a vivir con ellos y a considerarlos como su estado habitual o normal.

15. La prevención primaria parece ser escasa entre este grupo de mujeres. Recordemos que muchas de las mujeres dejan de asistir a controles preventivos por razones como falta de tiempo, descuido o no considerarlo relevante.

---

<sup>13</sup> Control del estatus laboral es un concepto propuesto por el autor alemán Siegrist (*Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben*, Goettingen, Hogrefe Verlag, 1997), que se refiere a las posibilidades de una persona de acceder a fuentes de gratificación de sus necesidades afectivas a través de su trabajo. Por ejemplo, se satisfacen las necesidades de autoeficacia a través del desempeño de una labor y de sentirse capaz de realizar alguna tarea; las necesidades de valoración propia o del propio trabajo se obtienen a través de un trabajo adecuadamente remunerado o mediante los comentarios de otros sobre la calidad de la labor realizada; las necesidades de pertenencia a un grupo se satisfacen a través de la inserción en un grupo de intereses y ocupación semejantes.

Adicionalmente, una de las razones que varias mujeres dan como justificación para asistir a controles preventivos es que lo hacen por la necesidad de seguimiento de una enfermedad previa. Es decir, que la proporción de quienes realmente se hacen controles preventivos es bastante reducida. Este resultado, sumado a otros como el hecho de que el 100% de las mujeres se ubica a sí misma en último lugar cuando establece un orden entre sus prioridades de atención y en primer lugar sus hijos, nos está señalando que una de las esencias del rol femenino tradicional, como es el hecho de que ella está para servir primero a sus hijos y a su esposo, no ha cambiado sustancialmente. Pero ante la obligación de atender muchas más obligaciones que antes, el cuidado que la mujer debe darse a sí misma está quedando relegado con las obvias consecuencias negativas que esto puede traer para la salud física y psicológica.

16. A partir de lo expresado por muchas de las mujeres en las entrevistas y grupos focales, se propuso la hipótesis de que el nivel moderado de depresión y ansiedad<sup>14</sup> de la muestra de mujeres evaluada en esta investigación 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. Las incompatibilidades entre el trabajo y su vida familiar las lleva a sentirse culpables de los problemas que puedan existir en su relación de madre o de esposa. El tiempo es una variable vinculada con los dos aspectos arriba mencionados: se menciona reiteradamente la vivencia de 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. Esta hipótesis se apoyó con evidencia empírica aportada por este estudio<sup>15</sup>.

17. Aparentemente hay pocas cosas que ayuden a la mujer a evitar la depresión que se asocia con la percepción de aspectos negativos en los roles familiares. Exceptuando la expresión de la rabia, que no mejora sino que agrava la depresión, no hubo otras variables que mostraran un impacto moderador en esta relación. 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 procesos de apoyo social colectivos, socialmente validados y respaldados.

18. Adicionalmente a todo lo anterior, se propuso que el nivel de depresión y ansiedad observado se relaciona con los recursos de afrontamiento que utiliza este grupo de mujeres. Las formas predominantes de afrontamiento reportadas por estas personas difieren cuando se trata de manejar las dificultades relacionadas con los distintos roles. Es más usual que las mujeres afronten los conflictos y situaciones difíciles relacionados con el rol laboral con estrategias activas, dirigidas a resolver el problema, a confrontar las personas involucradas, a buscar fuentes de apoyo material o emocional, a resolver las ambigüedades percibidas. Cuando los problemas o conflictos se presentan en el rol de pareja, la estrategias de afrontamiento son usualmente pasivas o evasivas (restringidas o disfuncionales). Con relación al rol materno las mujeres utilizan algunas veces 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. Una observación importante es que la valoración de incontrolabilidad que hacen muchas mujeres no correspondi necesariamente a las características objetivas o intersubjetiva 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 han descrito como la influencia del contexto sociocultural sobre las formas de afrontamiento. Sería coherente con el rol femenino, materno, el hecho de sí pasivas, dependientes. En el rol laboral, un rol

<sup>14</sup> Recuérdese que tanto la depresión como la ansiedad de este grupo estuvieron muy relacionados con el porcentaje de síntomas que aquejan a una mujer.

<sup>15</sup> Por ejemplo, recuérdese que la ansiedad pero especialmente la depresión correlacionan con los aspectos negativos que se perciben en el rol de pareja y en el rol de madre. Además, recuérdese que la calidad del rol de pareja es más negativa entre más asuntos de la familia deba administrar la mujer.

tradicionalmente masculino, se estarían siguiendo formas de afrontamiento más coherentes con esa simbología masculina: acción, decisión, intervención.

19. Hemos sugerido 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 éstos implican tener la responsabilidad de muchas cosas y poco tiempo para lograrlo. En varios casos, una buena percepción de control sobre todos los roles, implica un alto costo personal que se refleja en el orgullo de lograrlo todo pero también en malestares que se expresan tanto en la salud física como psicológica. 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. 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 igualmente 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 indicadores 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 sí están experimentando una situación de estrés como consecuencia de tener que atender múltiples roles que sí podría generar problemas de salud más graves de los que ya puede estar provocando. Qué tan graves sean estos problemas probablemente dependerá

de la calidad de los roles que cada mujer esté experimentando.

20. Las percepciones recurrentes o prolongadas de incontrolabilidad y las formas de afrontamiento pasivas y evasivas 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. 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 sólo 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 algunas 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.

21. 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 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. En otras palabras, es una necesidad de hacer público lo privado.

22. La idea tradicional de mujer ha ido cambiando entre las mujeres que trabajan. Este cambio se refleja en el sentido de independencia, especialmente material, que tienen; sin embargo, para las mujeres la maternidad sigue siendo lo más importante, así muchas veces la eviten o la pospongan. La maternidad continúa siendo esencial para la definición y subjetividad femeninas. 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.

23. 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, las ideas acerca del rol femenino tradicional siguen teniendo aún un peso importante en la determinación de la subjetividad y de los comportamientos femeninos y masculinos, especialmente en la vida privada.

24. 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.

25. Los datos en general respaldan la idea de que el fenómeno de los múltiples roles y su efecto sobre la salud femenina no puede 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.

Algunas recomendaciones derivadas de este estudio son: Es importante crear espacios abiertos de discusión y de reflexión personales y sociales sobre el tema de los múltiples roles y cómo nos afecta a todos, hombres y mujeres.

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 y de esa manera lograr también una modificación de las relaciones entre hombres y mujeres. Las mujeres solas no podrán cambiar una intimidad problemática que obviamente no es un asunto individual o de cada familia: se requiere del apoyo institucional.

Las condiciones de trabajo de las operarias y las enfermeras deben ser atendidas por aquellos a quienes corresponda. Aquí hay aspectos de carácter físico y psicosocial que se están descuidando y que generan riesgos de salud, independientemente de si las personas desempeña uno o muchos roles. Estos asuntos deben ser tenidos en cuenta por los empleadores, por las ARS y las EPS.