

Efectos de los Roles Múltiples en el Bienestar Psicológico en Enfermeras Chilenas

Effects of Multiple Roles in Psychological Well-Being of Chilean Nurses

Cecilia Avendaño
Pontificia Universidad Católica de Chile

José Antonio Román
Universidad Alberto Hurtado

El objetivo principal del estudio fue evaluar el efecto del empleo sobre el bienestar psicológico de un grupo ocupacional constituido mayoritariamente por mujeres, desde la perspectiva del modelo de expansión de papeles y, específicamente, por efecto de la combinación de papeles tradicionales y empleo. Se diseñó un estudio de recolección de datos transversal de acuerdo con la metodología correlacional, en una muestra de 300 enfermeras del sector público de salud chileno. El bienestar psicológico fue evaluado con el Cuestionario General de Salud de Goldberg (1972), y las demás variables con un cuestionario diseñado ad hoc. Los resultados indican que la variable laboral turnos rotatorios se relaciona directamente con bienestar psicológico. También se observó que dos grupos de edad (31-40 y 41-50 años) presentan diferencias en su bienestar psicológico. Un análisis multivariante realizado sugiere que para el grupo de mujeres con pareja estable conviviente los turnos rotatorios explican el 43% de la varianza en el puntaje total del Cuestionario General de Salud. Los hallazgos se discuten y se presenta un análisis de las limitaciones de este estudio y sus implicancias para futuras investigaciones.

The main purpose of the study was to assess the effects of employment on the psychological well-being of an occupational group comprised mostly by women, from the perspective of role expansion model and, specifically, as a consequence of the combination of traditional roles and employment. A cross-sectional data collection design was used, according to correlational methods, in a sample of 300 nurses working in the Chilean public health system. Psychological well-being was assessed with Goldberg's (1972) Questionnaire of General Health, and the other variables were measured with a questionnaire designed by the researchers. Results indicate that the variable rotating shifts was directly related to psychological well-being. It was also observed that two age groups (31-40 and 41-50) differed in their psychological well-being. A multivariate analysis suggests that for the group of women living with a stable couple, rotating shifts explain 43% of the total score variance in the Questionnaire of General Health. The findings are discussed and an analysis of the study's limitations and its implications for future research is also included.

Antecedentes

La cantidad de mujeres que trabajan fuera del hogar en Chile ha aumentado notable y sostenidamente en las cuatro últimas décadas (Valdés & Gomáriz, 1993). Este proceso se ha desarrollado entre grandes

contradicciones. Entre otras, la ampliación de los roles sociales de las mujeres no ha modificado en forma sustantiva las exigencias derivadas de sus roles tradicionales de madre, esposa y dueña de casa y, en consecuencia, las representaciones sociales acerca de ser mujer en el nivel social más amplio y en el ámbito más estrecho de las relaciones familiares y de pareja no han cambiado en el país (Sharim & Silva, 1998).

La presencia de este fenómeno no ha significado un crecimiento de esta área de estudios y, en particular, en relación con los efectos del empleo sobre el bienestar y salud mental de las mujeres se ha realizado muy poca investigación en el país.

En este artículo se presentan resultados de un estudio formulado con el propósito de contribuir al campo de conocimientos de la salud laboral de las mujeres chilenas, madres, esposas y trabajadoras

Cecilia Avendaño, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile. José Antonio Román, Escuela de Psicología, Universidad Alberto Hurtado.

Los datos fueron recogidos en el marco del Proyecto Fondecyt 1940752, y el análisis que se presenta forma parte de la tesis doctoral del primer autor.

La correspondencia relativa a este artículo deberá ser dirigida a Cecilia Avendaño, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Av. Vicuña Mackenna 4860, Santiago, Chile. Fono: 6865980. Fax: 6864844. E-mail: cavendan@puc.cl

remuneradas, con un enfoque de *Papeles Múltiples*. Más específicamente, se intentó establecer las relaciones existentes entre diversas variables sociodemográficas y laborales que expresan esos roles múltiples (edad, años de ejercicio profesional, lugar de trabajo, participación en sistemas de turnos rotatorios, estatus de pareja, estatus maternal y edad de los hijos, cabeza de hogar) y el bienestar psicológico de las mujeres.

Las siguientes hipótesis guiaron el estudio:

1. El bienestar psicológico de las enfermeras estará en relación con su estatus marital, con su estatus maternal, con tener hijos de 12 y menos años y con sus responsabilidades económicas en el grupo familiar.
2. La edad y los años totales de ejercicio profesional no tendrán un efecto especial sobre el bienestar psicológico de las enfermeras.
3. El bienestar psicológico de las enfermeras estará en relación con su participación en turnos rotatorios.
4. Entre las enfermeras de hospitales y de atención primaria existirán diferencias importantes en bienestar psicológico.

Marco Conceptual y Evidencia Empírica

El Enfoque de Roles Múltiples

En las perspectivas psicológica y sociológica del estudio de la relación trabajo y salud en mujeres ha predominado el *Enfoque de Roles Múltiples* (Pugliesi, 1992). Desde este enfoque se ha intentado explicar el impacto de la ampliación de los roles tradicionalmente desempeñados por las mujeres en la sociedad, fenómeno producido en las últimas décadas por diversos factores de orden social, económico y cultural. Esto es, el creciente número de mujeres que asumen el papel de trabajadora remunerada, además de los roles de madre, esposa y ama de casa.

Bajo este enfoque se han originado dos hipótesis que han orientado la mayoría de las investigaciones: la hipótesis de la escasez y la hipótesis del mejoramiento (Carrier & Roskies, 1992). La primera parte del supuesto que cada persona cuenta con un monto limitado de energía, y que cada papel desempeñado consume parte de ésta. Así, las mujeres tendrían serias limitaciones en su capacidad para responder a las demandas de papeles diferentes, ya sea por sobrecarga o conflicto. Por lo tanto, mientras más roles ocupa una mujer, mayor es el

riesgo para su salud. En cambio, la hipótesis del mejoramiento enfatiza los beneficios del desempeño de roles múltiples y parte del supuesto que cada uno ofrece gratificaciones, recompensas y recursos diferentes. En consecuencia, ocupar roles múltiples amplía las oportunidades de realización y desarrollo personal. En este contexto el empleo jugaría un papel especialmente significativo por el gran valor social que se le otorga, en comparación con los roles tradicionales de las mujeres.

Según Sorensen y Verbrugge (1987), en torno a la investigación de los efectos del trabajo remunerado sobre la salud de las mujeres se han configurado también diferentes modelos basados en el *Enfoque de Roles Múltiples*, en los cuales se observa la influencia de las hipótesis anteriormente mencionadas. Uno de estos es el *Modelo de Expansión de Roles*, cuyo supuesto principal es que los roles múltiples proveen mayores oportunidades de autoestima, recursos y satisfacciones que pueden mejorar la salud de las mujeres o, al menos, no la deterioran. Este modelo se centra en el estudio del empleo en conjunción con otros roles, en otras palabras, en el efecto sobre la salud de la combinación o configuración de los roles múltiples. Los beneficios de cada papel se pueden sumar o actuar sinérgicamente. El modelo no niega los problemas, pero asume que los beneficios de los roles múltiples superan los costos y que su efecto neto sobre la salud es positivo.

Evidencia Acerca de Efectos de los Roles Múltiples en Mujeres

La evidencia disponible acerca de los roles múltiples proviene principalmente de estudios transversales. Los papeles sociales, laborales y familiares, más estudiados han sido el de empleada, el de madre y el de pareja.

Efectos del empleo. La evidencia muestra menor apoyo empírico para la idea de los efectos negativos del empleo sobre la salud de las mujeres que para los efectos benéficos (Repetti, Matthews & Waldron, 1989). Se ha observado que las mujeres que realizan trabajo remunerado tienen mayores posibilidades de integración social y más relaciones sociales porque el empleo permite adquirir redes sociales más amplias. También hay evidencias de su contribución positiva a la formación de la identidad personal y social, favoreciendo en particular la autoestima y el sentimiento de autoeficacia. El empleo, además, estructura el

tiempo y entrega aprendizajes de conocimientos y destrezas característicos de distintas ocupaciones. Por último, se ha visto que los ingresos obtenidos por medio del empleo otorgan mayor autonomía a la mujer y contribuyen a la calidad de vida de su familia. Obtener un ingreso también mejora la autoestima y el sentido de maestría en la vida, lo cual influye positivamente en el bienestar (Breilh, 1991; López & Rico, 1992; Menaghan & Parcel, 1990; Repetti et al., 1989).

El impacto negativo del trabajo en las mujeres no se explicaría por el empleo en sí. Los costos del trabajo remunerado podrían superar los beneficios bajo condiciones laborales negativas o combinadas con situaciones familiares difíciles, por ejemplo, en presencia de un gran número de hijos, o en el caso de madres solas o de mujeres que tienen la principal responsabilidad del trabajo familiar (Baruch, Biener & Barnett, 1987). Las condiciones de trabajo especificarían también el impacto de los papeles familiares en las mujeres, por ejemplo, el trabajo de tiempo completo afecta negativamente el bienestar de las mujeres con hijos (Pugliesi, 1995), y las mujeres empleadas con hijos pequeños presentarían más problemas asociados con malestar psicológico que las mujeres empleadas sin hijos (Pugliesi, 1992).

Naturaleza y organización del trabajo. En las últimas décadas se ha realizado una cantidad relevante de estudios que aplican el modelo de tensión laboral de Karasek a mujeres (Hall, 1990). En este modelo se abordan conjuntamente dos dimensiones relacionadas con tareas y presiones, control en el trabajo y demanda laboral, incluyendo algunos aspectos limitados de las relaciones interpersonales como son el apoyo del supervisor y de los compañeros de trabajo (Barnett & Marshall, 1991). En un amplio estudio de carácter nacional realizado en Suecia por el Health Risks Study Group to the Swedish Commission on Working Conditions, los resultados muestran que las condiciones de trabajo con más alto riesgo para la salud de las mujeres se caracterizaban por altas demandas en combinación con un bajo nivel de control sobre el propio trabajo (Vågerö, 1992).

En otros estudios se ha observado que las mujeres con trabajos de alta tensión (trabajos con alta demanda y bajo control) tienen tres veces más riesgo de ECV (enfermedad cardiovascular) que las mujeres en trabajos de baja tensión (LaCroix, 1984). También se ha observado en mujeres concentradas en trabajos de alta tensión un aumento en la incidencia de hospitalizaciones por infarto al miocardio, asociación

con autorreportes de salud y días de hospitalización, y que la interacción entre tener hijos y no estar casado/a y reportar bajo control en el trabajo tiene efectos adicionales negativos sobre el estado de salud de mujeres y hombres aumentando el riesgo de enfermedades coronarias (Haynes, 1991). Sin embargo, el riesgo de enfermedad coronaria de las mujeres no aumenta con el empleo en sí (Sorensen, Pirie, Folsom, Russell, Jacobs & Guillum, 1985). Existirían otras variables más explicativas, tales como la orientación individual hacia la competitividad y experiencias laborales específicas (por ejemplo, las horas de trabajo o la movilidad ocupacional) que tendrían mayores consecuencias.

Más recientemente, a partir de una revisión realizada sobre las investigaciones que estudian la relación enfermedad coronaria y empleo en mujeres, Brezinka y Kittel (1995) han concluido que el trabajo juega un papel protector del riesgo de incidencia de ECV para las mujeres de todos los niveles socio-ocupacionales, aunque todavía existen pocos datos y a pesar que se han generalizado los resultados de hombres a mujeres en forma poco apropiada. Asimismo, concluyen que existiría un efecto interactivo trabajo/familia, en que ciertas condiciones de combinación de empleo con familia parecen aumentar esta incidencia, por ejemplo, doble carga, sobretiempo regular, postergación de la carrera profesional por la familia, y realización de trabajo administrativo.

En cuanto a la comparación de jornadas laborales, algunos estudios señalan que el tiempo parcial ha resultado en menos estrés para las madres trabajadoras que el trabajo de tiempo completo o no salir a trabajar (Zedeck & Mosier, 1990). Sin embargo, otros señalan que no hay apoyo para el tiempo parcial (Herold & Waldron, 1985; Waldron & Jacobs, 1989) y que este tipo de jornada no tiene efectos más benéficos que la jornada completa, posiblemente porque las mujeres con este tipo de relación contractual reciben menos beneficios que aquellas con tiempos completos.

Sobre el efecto de los esquemas de trabajo con sistemas de turnos en el bienestar de las mujeres trabajadoras es poco lo que se conoce, puesto que la mayor cantidad de investigación sobre trabajo con turnos ha sido desarrollada con muestras masculinas del sector industrial (Barton & Folkard, 1991). Las personas que trabajan en sistemas de turnos encaran problemas multifacéticos y complejos y probablemente mucho estrés laboral, y el impacto sobre su salud y seguridad podría ser directo o podría tener efectos

indirectos, afectando por esta vía la totalidad de sus vidas (Folkard, 1993). Entre las áreas problemáticas producidas por los sistemas de turnos más mencionadas están las alteraciones de los ritmos biológicos, las alteraciones del sueño y las alteraciones de la vida social y familiar. Uno de los principales problemas que declaran los trabajadores en sistemas de turnos es el empobrecimiento de sus vidas familiares y sociales, resultantes de la asincronía entre los períodos laborales y no laborales del individuo con aquellos del medioambiente social general (Smith & Folkard, 1993).

En uno de los pocos estudios realizados en mujeres sobre efectos de los turnos, Barton y Folkard (1991) encontraron que los niveles de estrés entre las enfermeras en turnos de día eran significativamente menores que entre las enfermeras con turnos nocturnos permanentes. Además, sus resultados muestran que aquellas asignadas aleatoriamente a turnos rotatorios de día y noche presentaban menor bienestar que las asignadas sólo a trabajo de día. Respecto del tiempo de recuperación psicológica después de realizar un turno, es decir, el período de tiempo requerido para retornar a los niveles de funcionamiento normal posterior al turno, se ha visto que los costos son más evidentes el día siguiente, llevando a concluir que los costos combinados de la fatiga y el ajuste son considerablemente altos para ellas (Toterdell, Spelten, Smith, Barton & Folkard, 1995). En particular, cuando se ha trabajado en turnos nocturnos existe un costo adicional para recuperarse que ocupa varios días después de ejecutado el turno (Toterdell et al., 1995).

Efectos del trabajo doméstico en las mujeres. Ya sea que las mujeres estén o no empleadas, en la mayoría de los hogares el trabajo doméstico continúa siendo realizado por las mujeres (Sharim & Silva, 1998; Shelton & John, 1996). Diversos estudios muestran que el tiempo ocupado en el trabajo doméstico y su división desigual están positivamente asociados con depresión en las mujeres, aunque se ha argumentado que el efecto es indirecto y a través del impacto del trabajo doméstico en las tensiones familiares (Shelton & John, 1996).

En el caso de las mujeres empleadas, la doble jornada de trabajo resultante se constituye en una fuente de estrés, no sólo por el tiempo invertido sino porque implica "...dos modos diferentes de funcionamiento psíquico que obliga a un esfuerzo de disociación permanente..." (Castro, 1985, p. 22). La jornada doméstica normal para la mujer que además

trabaja en el ámbito extra-doméstico se intensifica (CEDAL, 1989; Durán 1986; Sivadon & Fernández-Zoila, 1982). Cuando las condiciones de trabajo son destructivas, los efectos en la salud de la doble jornada son notorios, encontrándose una mayor tendencia a enfermar en función del incremento de intensidad de la jornada doméstica. En particular, en el ámbito de la salud mental las enfermedades relacionadas con el estrés son las más frecuentes (Garduño & Rodríguez, 1990). También se ha señalado la creciente presencia de enfermedades psicosomáticas en las mujeres trabajadoras asociadas con la doble jornada (Harari, 1990).

Efectos de los papeles familiares en mujeres. En los estudios transversales acerca de los efectos de los papeles familiares en mujeres empleadas, las diferencias encontradas son sutiles y no siempre fáciles de interpretar. Se encuentra evidencia que muestra que las mujeres trabajadoras casadas presentan tasas menores de malestar psicológico que las casadas no empleadas (Baruch et al., 1987). Kandel, Davies y Raveis (1985), por ejemplo, encontraron que en mujeres casadas madres el estrés marital está menos correlacionado con depresión entre las empleadas que entre las no empleadas. Además, aunque algunos estudios muestran que las madres empleadas presentan mayor estrés que las empleadas no madres (Barnett, Marshall & Singer, 1992), en otros no se observa ese efecto negativo del empleo. Otros estudios presentan hallazgos mixtos sobre el papel parental o resultados en que las madres no difieren de las no madres (Barnett et al., 1992).

Las pocas investigaciones longitudinales en mujeres que desempeñan roles familiares presentan resultados contradictorios. En relación con el matrimonio, algunos concluyen que las mujeres solas tienen ventajas, mientras en otros se observa que las ventajas están a favor de las mujeres casadas y, por último, otros muestran que hay pocos efectos del matrimonio. Sin embargo, pareciera que las mujeres con papeles familiares involucradas en el trabajo son más inmunes a los efectos de los cambios en la calidad de los papeles laborales, mientras que las mujeres sin papeles familiares o bien encuentran recompensas potenciales en el trabajo o sufren las consecuencias de su ausencia (Barnett et al., 1992). Además, al parecer el desempeño de papeles múltiples puede ampliar las fuentes de tensión o exacerbar tensiones existentes antes de incorporarse a la fuerza de trabajo. Tal situación se agrava cuando las mujeres son cabeza

de familia y ven exacerbadas las tensiones provenientes de los papeles que ocupan, siendo presumible que el desgaste prematuro, por fatiga y estrés acumulado, aumente en forma considerable (Moser, 1989).

Método

Para lograr el objetivo exploratorio enunciado, se realizó un estudio de recolección de datos transversal de acuerdo con la metodología correlacional.

Los instrumentos utilizados se entregaron a las participantes en un sobre sellado que incluía una carta dirigida en la cual se garantizaba confidencialidad en el uso de la información, y un segundo sobre en que debían devolver los instrumentos respondidos.

Datos Generales de las Participantes

La muestra fue extraída aleatoriamente de la población de enfermeras del sector público de salud de la Región Metropolitana de Chile, estratificada según zonas territoriales y tipos de establecimiento. Participaron 300 mujeres, lo cual corresponde al 23% del total de enfermeras de la Región Metropolitana (MINSAL, 1995). Todas aceptaron voluntariamente participar en este estudio. Del total de participantes, 221 (74%) trabajaban en hospitales y 79 (26%) en centros de salud de la atención primaria. Sus edades fluctuaban entre los 23 y los 64 años de edad. Por décadas, se distribuían de modo semejante en los tres primeros grupos, mientras que el cuarto grupo representó un porcentaje inferior a los anteriores.

En relación con los años de ejercicio profesional en enfermería, el 78% de las mujeres de la muestra se concentró entre uno y veinte años de ejercicio, mientras que sólo un número muy pequeño de mujeres ejercía por más de 39 años.

El cruce entre edad y años de ejercicio profesional señala, como es obvio, que había más mujeres de menor edad que tenían menos años de servicio y más mujeres de mayor edad con más años de ejercicio profesional ($\chi^2 = 247.92$, $gl = 9$, $p < .000$).

En hospitales trabajaban más enfermeras jóvenes –entre 21 y 30 años de edad– que en atención primaria, pero también más enfermeras mayores –de 51 y más años ($\chi^2 = 12.14$, $gl = 3$, $p < .007$).

Más de un tercio de las enfermeras (94 participantes), realizaba turnos rotatorios. Las mujeres más jóvenes realizaban más turnos rotatorios que el resto, y el porcentaje iba disminuyendo gradualmente con la edad. Asimismo, a medida que aumentaban los años de ejercicio profesional los turnos disminuían.

La gran mayoría de las que realizaban turnos rotatorios trabajaban en hospitales, sin embargo, un pequeño porcentaje de enfermeras de atención primaria (2.5%) también los realizaban. Las mujeres con convivencia estable realizaban menos turnos rotatorios que las mujeres solas, y las madres menos que aquellas mujeres sin hijos. Entre las mujeres cabeza de familia un 45% hacía turnos rotatorios, en comparación con el 25% de mujeres que no eran cabeza de familia (Fisher's test $p < .005$).

En relación con su estatus maternal, las mujeres madres constituían casi tres cuartos del total (72.5%), con una moda de dos y un promedio de 1.4 hijos. Más de la mitad (52.8%) tenía 1 o 2 hijos, fluctuando entre 1 hijo (27.5%) y un máximo de 5 hijos (3.9%). Entre las madres con hijos dependientes (164 mujeres con hijos menores de 18 años), la mayoría tenía hijos de

12 y menos años (53.7%), un 20.7% tenía hijos entre 13 y 18 años, y un 25.6% tenía hijos en ambos grupos de edad. El porcentaje de mujeres que no tenían hijos fue mayor en las que trabajaban en hospitales que en atención primaria (68.9% y 31.1% respectivamente). Además, las mujeres que trabajaban en hospitales tenían un menor número de hijos que las de atención primaria ($\chi^2 = 11.46$, $gl = 5$, $p < .043$).

Poco más de la mitad de las mujeres (50.2%) estaba unida en forma estable y con convivencia, mientras que el resto estaba sola o no tenía convivencia estable. Un 53% de las mujeres estaban casadas, 33% solteras, 1.7% viudas y 12.2% separadas de hecho o anuladas. Un mayor porcentaje de mujeres que trabajaban en hospitales (61.7%) no tenían pareja estable conviviente, respecto de aquellas que trabajaban en atención primaria (24.1%) ($\chi^2 = 31.07$, $gl = 1$, $p < .000$).

Entre las participantes más de la mitad era cabeza de familia (159 mujeres). Ellas se encontraban en todos los grupos de edad pero concentradas en el grupo mayores de 31 años (62.3%). A su vez, las mujeres que no eran cabeza de familia también se encontraron en todos los grupos de edad pero concentradas entre los 21 y 40 años (58.5%). Esas diferencias observadas son significativas ($\chi^2 = 19.47$, $gl = 3$, $p < .000$). Además, había más mujeres cabeza de familia que trabajaban en hospitales que en atención primaria (57.1 y 40.3% respectivamente) ($\chi^2 = 6.40$, $gl = 1$, $p < .011$).

Variables e Instrumentos

Definición operacional de las variables. Las variables sociodemográficas y laborales fueron definidas en los siguientes términos:

- Estatus maternal: condición de madre o no madre.
- Hijos preescolares y en edad escolar: hijos de 12 y menos años.
- Estatus de pareja: con pareja estable versus sin pareja. Se considera que la mujer tiene pareja estable cuando mantiene una relación de convivencia, independientemente del estado civil.
- Cabeza de hogar: ejercicio de jefatura económica del grupo familiar versus sin ejercicio de jefatura económica del grupo familiar. Se considera que la mujer es cabeza de hogar cuando sus ingresos constituyen más del 50% del presupuesto familiar.
- Edad: categorizada en rangos (entre 21-30 años; entre 31-40 años; entre 41 y 50 años; 51 y más años)
- Años de ejercicio profesional: categorizada en rangos (entre 1 y 10 años, entre 11 y 20, entre 21 y 30, 31 y más años de ejercicio profesional).
- Lugar de trabajo: categorizada como desempeño laboral en un establecimiento hospitalario o en un centro de salud de atención primaria.
- Turnos: con o sin sistema de turnos rotatorios. Se considera turno rotatorio el desempeño laboral con un esquema temporal de trabajo no fijo. En el caso particular de este estudio se asume la clasificación de los establecimientos de salud chilenos, que reconocen como turnos rotatorios los siguientes esquemas temporales de trabajo: tercer turno, cuarto turno, quinto turno y sexto turno, según número de días u horas de desempeño en cada uno.
- En términos operacionales se definió Bienestar Psicológico a partir del puntaje total obtenido en el Cuestionario General de Salud General (CGS) de D.P. Goldberg (1972). Así, a mayor puntaje menor bienestar psicológico.

Instrumentos

Cuestionario socio-demográfico y laboral. Las participantes completaron un cuestionario que incluía preguntas sobre fecha de nacimiento, años de ejercicio profesional, lugar de trabajo (hospital o centro de salud de atención primaria), esquema de trabajo (turnos y tipo de turnos), estatus de pareja, estatus maternal, número y edad de los hijos, y participación económica en los ingresos del grupo familiar.

Cuestionario General de Salud de Goldberg. La variable bienestar psicológico se evaluó mediante el Cuestionario General de Salud (CGS) de D. P. Goldberg (1972), un instrumento de tamizaje autoadministrado diseñado para detectar trastornos psiquiátricos diagnosticables. Puede ser utilizado en encuesta o en situaciones clínicas para identificar casos potenciales, pero no intenta detectar trastornos de personalidad graves cuando estos están asociados con malestar (McDowell & Newell, 1987). Consiste en una lista de frases que se refieren a síntomas y signos psicofisiológicos asociados con trastornos de salud mental y enfermedades psicosomáticas. Las respuestas se recogen en una escala tipo Likert de cuatro niveles de gravedad que comparan el estado presente con la situación habitual de la persona, en rangos que van desde "menos que lo usual" hasta "mucho más que lo usual".

El CGS tiene diversas versiones que varían en su número de ítems (12, 20, 28, 30, 60, 140). Se han realizado más de 50 estudios de validación a la fecha, siendo la versión de 30 ítems la más frecuentemente validada (Bowling, 1994). Se ha encontrado buena correlación con diagnósticos psiquiátricos de morbilidad y depresión. Con entrevistas psiquiátricas estandarizadas se ha establecido la validez de criterio en rangos de sensibilidad entre 0.55 y 0.92, y de especificidad entre 0.80 y 0.99, según la puntuación umbral elegida. En estudios comparativos con entrevistas clínicas estandarizadas las correlaciones fluctúan entre 0.45 y 0.83.

En relación con su fiabilidad, en diversos estudios se ha calculado la consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, encontrándose que oscila entre 0.77 y 0.93. Por otra parte, las correlaciones calculadas de dos mitades (0.95) y de test-retest (0.51 y 0.90) dan buenos resultados (Bowling, 1994).

En Chile se han utilizado la versión de 12 ítems y la de 30 ítems para evaluar grupos de trabajadores industriales (CGS-30), estudiantes (CGS-12) y población consultante en servicios de atención primaria (CGS-12) (Araya, Wynn & Lewis, 1992;

Trucco, Larraín & Campusano, 1979). En los dos primeros casos, el cuestionario fue aplicado a muestras no aleatorias, comparándose sus resultados con los juicios clínicos de psiquiatras durante entrevistas.

En el presente estudio se utilizó la versión de 30 ítems adaptada y validada por Trucco et al. (1979), elaborada a partir de la versión de 60 ítems del CGS. Su forma definitiva no coincide exactamente con las versiones de 30 ítems usadas en Inglaterra y Estados Unidos, pues durante el proceso de adaptación y validación se excluyeron aquellos ítems que no tenían buenas cualidades psicométricas. En particular, esta versión tiene la característica de haber excluido los ítems relativos a disfunción social, y da cuenta de cuatro factores: ansiedad, depresión, alteraciones del sueño y síntomas físicos.

Validación de Constructo y Fiabilidad del Cuestionario General de Salud de Goldberg

Con el fin de realizar la validación de constructo del Cuestionario General de Salud para este estudio, se ejecutó un Análisis Factorial de Componentes Principales, utilizando el método de extracción oblicua Oblimin con Normalización Kaiser.

Conforme a lo esperado, se estableció que la mejor solución factorial era con base en cuatro factores. Las comunalidades fluctuaron en un rango que va desde 0.19 a 0.71, concentrándose alrededor de los 0.50. El primer factor incluye todos aquellos ítems relacionados con síntomas de ansiedad (total 13 ítems); el segundo incluye los ítems que se refieren a depresión (total 7 ítems); el tercero, incluye los ítems relativos a alteraciones del sueño (total 5 ítems), y el cuarto factor se refiere a síntomas físicos (total 5 ítems). Los cuatro factores explican un 48% de la varianza total; el primero explica el 29%; el segundo el 9%; el tercero el 5%, y finalmente el cuarto factor explica el 5% de la varianza.

Luego, se aplicó el Coeficiente Alfa de Cronbach para analizar la consistencia interna del cuestionario y sus cuatro factores. El coeficiente alfa estandarizado para el puntaje total en el CGS es 0.9; para el primer factor es 0.87; para el segundo factor 0.83; para el tercer factor 0.73 y, por último, para el cuarto factor es 0.67.

La Tabla 1 presenta una descripción de los resultados totales y por factor obtenidos por las participantes en el Cuestionario General de Salud de Goldberg.

Tabla 1
Resumen análisis descriptivo del puntaje total y por factores en el CGS

CGS	Mínimo	Máximo	Media	Moda	Desviación estándar	Mediana
Puntaje total	.00	28.00	7.66	.00	6.48	7.00
Factor 1 (ansiedad)	.00	14.00	4.50	.00	3.92	4.00
Factor 2 (depresión)	.00	6.00	.66	.00	1.30	0.00
Factor 3 (alteraciones del sueño)	.00	4.00	.93	.00	1.25	0.00
Factor 4 (síntomas físicos)	.00	6.00	1.46	.00	1.50	1.00

Resultados

Interrelación entre Variables Socio-Demográficas y Laborales

Con el propósito de determinar si existen asociaciones significativas entre las variables socio-demográficas y laborales entre sí (edad, ejercicio profesional, hospital/atención primaria, estatus maternal, estatus de pareja y cabeza de familia, hijos de 12 y menos años y turnos rotatorios), se calcularon diversas interrelaciones.

Los resultados de este análisis muestran, como era esperable, que existe una relación positiva fuerte y estadísticamente significativa ($r = .890, p < .001$) entre edad y años de ejercicio profesional.

Para analizar las interrelaciones entre las demás variables se utilizó la prueba chi cuadrado. A través de su cálculo se observó que existe relación entre la gran mayoría de las variables, con excepción de las siguientes: edad-estatus de pareja ($\chi^2 = .004, gl = 1, p = .950$); edad-cabeza de familia ($\chi^2 = .779, gl = 1, p = .378$); y estatus de pareja-cabeza de familia ($\chi^2 = .004, gl = 1, p = .950$).

Efectos sobre la Salud General

Con vistas a establecer si el bienestar psicológico de las enfermeras estaba en relación con su estatus marital, con su estatus maternal, con tener hijos de 12 y menos años y con sus responsabilidades económicas en el grupo familiar, se procedió a realizar una prueba *t* para muestras independientes. El promedio más alto se observó en la variable hijos de 12 y menos años (promedio 1.52), mientras que el más bajo se observó en cabeza de familia (promedio 0.55), pero esas diferencias no fueron significativas.

Luego, para establecer si existía alguna diferencia significativa en la variable estatus maternal considerando las puntuaciones en el CGS, y dado que esa variable poseía una varianza homogénea, se procedió a realizar un análisis de varianza de una vía con los datos. El análisis reveló que no existían diferencias significativas ($F = 1.29, \text{sign. de } F = .042, p < .05$). Por lo tanto, la primera hipótesis no fue apoyada por los datos.

Para contrastar la segunda hipótesis se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson, observándose que no hay relación entre las variables edad y años de ejercicio profesional y el puntaje total en el CGS. No obstante ese resultado, los datos fueron sometidos a análisis de varianza de una vía para

establecer si existía alguna diferencia significativa en los rangos de edad y la variable ejercicio profesional considerando las puntuaciones en el CGS. Este análisis reveló que sí hay diferencias significativas por edad en los grupos de edad 31 a 40 años (promedio = 9.2) y 41 a 50 años (promedio = 6.4), que según el test de Bonferroni resultan significativas ($F = 3.03, \text{sign. de } F = .030, p < .05$). Por lo tanto, esta segunda hipótesis fue parcialmente apoyada por los datos.

La tercera hipótesis planteaba que el bienestar psicológico de las enfermeras estaría en relación con su participación en turnos rotatorios. Para establecer si existía alguna diferencia significativa en la variable turnos rotatorios considerando las puntuaciones en el CGS, se realizó un análisis de varianza de una vía observándose una diferencia significativa para turnos rotatorios ($F = 4.18, \text{sign. de } F = .042, p < .05$). Las mujeres que realizan turnos rotatorios obtuvieron un promedio de 8.7 puntos, mientras que aquellas que no los realizan obtuvieron un promedio de 7 puntos. Luego, para analizar si existía alguna relación entre turnos rotatorios y el puntaje total en el CGS se aplicó la prueba chi cuadrado, observándose que existe una asociación significativa entre ambas variables ($\chi^2 = 26.558, gl = 1, p < .000$). Por lo tanto, la hipótesis 3 fue apoyada por los datos obtenidos.

Por último, la cuarta hipótesis señalaba que entre las enfermeras de hospitales y de atención primaria existirían diferencias importantes en bienestar psicológico. Dado que esta variable posee una varianza homogénea, los datos se sometieron a análisis de varianza de una vía. Este análisis indica que no hay relación entre la variable hospital/atención primaria y el puntaje total obtenido en el CGS por las participantes en el estudio ($F = .10, \text{sign. de } F = .745, p > .05$). Por lo tanto, la cuarta hipótesis no fue apoyada por los datos.

Por último, para determinar cuál de las variables predice mejor el puntaje total en el CGS, se ejecutó un análisis de regresión múltiple, paso a paso. Las variables predictoras fueron edad, ejercicio profesional, hospital/atención primaria, estatus de pareja, hijos de 12 y menos años, turnos rotatorios, cabeza de familia. Los resultados señalan que la única variable que ingresa al análisis como predictora es turnos rotatorios, explicando el 8.7% de la varianza ($\beta = .311, t = 3.10, R = .321, R^2 = .097, F = 9.62, p < .003$).

Posteriormente, se realizaron análisis de regresión múltiple entre las variables sociodemográficas y

Tabla 2

Regresión múltiple con método paso a paso entre variables sociodemográficas-laborales y factores del CGS

	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²	<i>Rc</i> ²
Factor 1 ^a	8.843	.000	.089	.079
Factor 2 ^a	4.044	.002	.043	.032
Factor 3 ^b	5.847	.000	.061	.051
Factor 4 ^a	12.137	.000	.119	.109

Predictor^a: Turnos rotatorios

Predictor^b: Hijos de 12 y menos años

laborales, edad, ejercicio profesional, hospital/atención primaria, estatus de pareja, hijos de 12 y menos años, turnos rotatorios, cabeza de familia y los cuatro factores del CGS. Los resultados que se observan en la Tabla 2 indican que para los factores 1, 2 y 4 únicamente la variable turnos rotatorios ingresa como variable predictora. A su vez, para el factor 3 ingresa como variable predictora sólo la variable hijos de 12 y menos años.

Para profundizar el análisis se procedió a ejecutar una regresión múltiple seleccionando estatus de pareja y usando como variables predictoras edad, ejercicio profesional, hospital/atención primaria, hijos de 12 y menos años, turnos rotatorios, cabeza de familia. Los resultados muestran que cuando se selecciona los casos de mujeres con pareja estable conviviente, la única variable que ingresa al análisis es turnos rotatorios explicando el 43% de la varianza ($\beta = .679$, $t = 4.03$, $R = .679$, $R^2 = .461$, $F = 16.27$, $p < .001$). A su vez, el análisis de regresión múltiple considerando las mismas variables anteriores y los cuatro factores del CGS da cuenta que sólo para el factor 1 se produce una predicción, esto es, ingresa al análisis turnos rotatorios explicando el 42% de la varianza.

Discusión y Conclusiones

El presente estudio se centró en un grupo ocupacional femenino que tiene algún valor heurístico para comprender mejor el mundo de la mujer trabajadora en Chile: las enfermeras. La enfermería reúne la doble condición de concentrar un gran número de profesionales chilenas, a la vez que es considerada una profesión feminizada desde el punto de vista de las actividades que en ella se desempeñan (Aguirre, 1990; Espinosa, 1991; Fonseca & Mara, 1996; Marques, 1996).

Entre las características de las participantes, hay algunas que ameritan ser destacadas. Primero, un número importante de ellas realizaba turnos rotatorios (27.5%), y aunque la mayoría se desempeñaba en hospitales, existe un pequeño porcentaje en atención primaria que también tenía este esquema de trabajo (2.5%). En el caso de las primeras, su trabajo supone la realización de turnos rotatorios para la mayoría, en cambio, para las enfermeras de atención primaria la realización de turnos rotatorios no constituye una condición obligatoria ni necesaria y, por tanto, es altamente probable que los realicen dentro del sistema hospitalario como una forma de complementar sus remuneraciones (Avendaño & Leiva, 1998).

Segundo, en hospitales se concentra la mayoría de las mujeres solas o sin pareja estable (61.7%), y también un número muy considerable de mujeres cabeza de familia (57.1%). Esas cifras en torno a la condición de pareja y cabeza de familia de las mujeres que se desempeñan en hospitales son muy superiores respecto de las cifras nacionales (INE, 1995; Oxman, 1999), y pareciera ser una característica de este subgrupo ocupacional. Frente a ello cabe preguntarse cuánto de su situación de pareja se explicaría por sus condiciones específicas de trabajo en hospitales del sector público de salud chileno.

Bienestar Psicológico Evaluado a través del Cuestionario General de Salud

Una cantidad muy importante de mujeres (48%) quedó por sobre la mediana en el puntaje total del CGS, lo cual indica un grupo ocupacional con bajo bienestar psicológico. Este resultado viene a confirmar que estamos frente a un grupo ocupacional con alto riesgo como han señalado estudios anteriores, y también organismos internacionales (Álvarez, 1990;

Barton & Simon, 1991; Carrasco & Melia, 1991; Corral & Castillo, 1991; Chavkin, 1984; Espejo de Viñas, 1991; Espinosa, 1991; Freire, Masapuncho, Polit & Sánchez, 1991; Lange, Chompré & De Monterrosa, 1991; International Council of Nurses, 1987, 1992; Kohen, Gómez, Lizamo, Segovia & Espinoza, 1988; Vågerö, 1990; Vågerö, 1992).

Ese alto porcentaje es superior al encontrado previamente en el estudio con trabajadores de Trucco et al. (1979); sin embargo, ellos utilizaron una muestra intencionada mayoritariamente masculina. Aunque este resultado podría atribuirse al efecto observado en mujeres de reportar más síntomas de salud que los hombres, la posición de las mujeres en el trabajo y en la familia es desventajosa comparada con la de los hombres porque sus demandas y limitaciones son mayores, carga que crea frustración y malestar, y que se manifiesta en altos niveles de estrés (Mirowski & Ross, 1995). El mayor estrés experimentado por las mujeres en comparación con los hombres sería genuino y, por tanto, en este estudio no estaríamos frente a un problema de sesgo de repuesta (que las mujeres expresan todas las emociones más libremente que los hombres) o de respuesta de género (que las mujeres responden al estrés de la vida con emociones diferentes a las de los hombres).

Efectos sobre el Bienestar Psicológico

Los resultados del análisis de la primera hipótesis que señalaba una relación entre estatus marital, estatus maternal, hijos de 12 y menos años y cabeza de familia con el puntaje total en el CGS no fue significativa. Asimismo, en estas variables no se encontraron diferencias significativas intragrupos para el puntaje total del CGS. Sin embargo, dado que se consideró la ocupación de los papeles en su relación con el bienestar psicológico, surge la interrogante de si el sólo hecho de ocupar un determinado papel familiar es suficiente para dar cuenta del bienestar psicológico. Un estudio realizado por Barnett y Baruch (1987) sugiere que la calidad percibida podría tener mayor importancia que los aspectos objetivos de cada papel en la determinación de los resultados de salud y bienestar de las mujeres. Además, es posible que si se incluyera la calidad del papel, es decir, la experiencia específica de las mujeres en un papel determinado, fuera posible distinguirlos y evaluar los efectos de cada uno en el mejoramiento del bienestar en determinadas combinaciones de papeles (Baruch et al., 1987).

Una segunda alternativa de explicación proviene de una línea de estudios que examina la relevancia o centralidad en las mujeres de cada uno de los papeles, tanto familiares como laborales, en relación con los demás y en asociación con el bienestar. Estos estudios intentan establecer qué jerarquía hay entre los papeles y cuáles son los efectos de sus distintas combinaciones sobre el bienestar psicológico. Si en este grupo de mujeres la centralidad o relevancia de los papeles familiares fuera alta, los papeles familiares ocupados podrían estar produciendo un alto nivel de satisfacción y, por tanto, no implicar tensiones derivadas del ejercicio de papeles familiares que se asocien directamente con bajo bienestar psicológico.

La segunda hipótesis planteaba determinar si la edad y los años de ejercicio profesional tenían un efecto especial en el puntaje total del CGS. Los resultados permiten afirmar que en general no hay asociaciones significativas; sin embargo, entre los grupos de 31 a 40 años y 41 a 50 años sí existen diferencias significativas. Estas diferencias señalan que el grupo en el rango de menor edad presenta menor bienestar psicológico que el grupo en el rango de mayor edad. Es decir, el punto de quiebre en el bienestar psicológico se observa en la transición de dos etapas del ciclo vital individual.

Diversos estudios han encontrado que el ciclo vital está asociado con trabajo y demandas de los papeles familiares y conflicto trabajo-familia (Duxbury & Higgins, 1994), y más recientemente se ha señalado también explícitamente la relación entre ciclo vital y ciclo de carrera (Rajadhyaksha, 2000). Entre los 30 y 40 años, fase de transición a la adultez media, la mayoría de las mujeres experimentarían grandes dudas y ansiedad acerca de sí mismas y de su femineidad incluso aquellas que están cercanas a tener éxito en sus carreras (Bradwick 1980, en Rajadhyaksha, 2000). Las mujeres que pospusieron la maternidad ven correr veloz el reloj biológico, mientras que aquellas que ya formaron una familia experimentarían estrés al tratar de conjugar trabajo y familia, lo cual con frecuencia terminaría comprometiendo las relaciones con su esposo e hijos o el trabajo profesional. Este proceso conlleva sentimientos de culpa, baja autoestima y sentimientos de inadecuación personal.

Por su parte, las mujeres en la adultez media (entre los 40 y 50 años) verían esta fase como un tiempo muy prometedor, a pesar que los hijos estén abandonando el hogar o que exista la posibilidad de la viudez o el divorcio. Este es el período en que las

mujeres han terminado las tareas de la maternidad a tiempo completo y gozan de la aprobación social para trabajar, posibilitándoseles el surgimiento profesional (Bradwick, 1980, en Rajadhyaksha, 2000). Así, los resultados sugieren la posibilidad de indagar a futuro en las relaciones entre ciclo vital y de carrera en mujeres. Es posible, además, que entre ambos grupos existan otras diferencias importantes no estudiadas aquí, tales como la presencia de variables intervinientes, que estén influyendo también estos resultados.

El contraste de la tercera hipótesis, que implicaba establecer la relación entre hospital/atención primaria con el puntaje total en el CGS, no entregó resultados significativos. Los datos sugieren que tal vez pese más la naturaleza de la actividad de la enfermería en sí y su condición de profesión feminizada, que el lugar de desempeño del papel de enfermera. En otras palabras, el alto riesgo laboral provendría del hecho de ser enfermera (Vågerö, 1990). Por otra parte, es altamente probable que los establecimientos hospitalarios y de atención primaria del sector público compartan muchas otras características que sean más relevantes en términos del bienestar psicológico de las enfermeras que la mera variedad de funciones que pueden desempeñar en uno u otro tipo de establecimiento. Entre otras, la sobrecarga de trabajo fuertemente condicionada por la duración de la jornada y la organización del tiempo de trabajo, que se manifiesta en alargamiento de la jornada diaria, trabajo extraordinario y dobles turnos desempeñados con el propósito de mejorar las remuneraciones y enfrentar la alta presión asistencial del sector público de salud en Chile (Avendaño & Leiva, 1998).

Por su parte, los hallazgos de este estudio en torno a la variable turnos rotatorios son complejos. El análisis de intercorrelaciones del conjunto de variables sociodemográficas muestra que la variable turnos rotatorios se asocia significativamente con todas las otras variables, lo que indica que una proporción importante de la varianza de turnos rotatorios es compartida con las demás. Además, la cuarta hipótesis se confirmó y los turnos rotatorios se relacionaron con el puntaje total del CGS. Asimismo, se observaron diferencias significativas en bienestar psicológico entre las mujeres que realizan turnos rotatorios y aquellas que no los realizan. Las asociaciones constatadas apoyan resultados obtenidos en investigaciones anteriores (Barton & Folkard, 1991; Totterdell et al., 1995).

Por su parte, los análisis de regresión múltiple

paso a paso realizados para determinar si alguna de las variables en estudio permitía explicar el puntaje total en el CGS, indican que el único predictor del puntaje total en el CGS es la variable turnos rotatorios. Cuando para las mismas variables predictoras se consideró cada factor del CGS como variable de criterio, se observó que para tres de cuatro factores la variable predictora es también turnos rotatorios. Un segundo análisis de regresión múltiple, ejecutado sólo para el subgrupo de mujeres con pareja estable considerando las mismas variables, dio como resultado que turnos rotatorios es el único predictor. Dado que turnos rotatorios ingresa al análisis explicando un porcentaje bajo de la varianza, se sugiere la presencia de otros factores no incluidos en este estudio. Finalmente, como lo demuestra el último análisis de regresión, cuando se selecciona el subgrupo de mujeres con pareja estable, la variable turnos rotatorios participa de modo relevante en la relación entre papeles familiares y laborales con bienestar psicológico.

La evidencia empírica existente en torno a los turnos muestra consistentemente que su presencia impide la normal convivencia familiar. Staines y Pleck (1983) encontraron asociación entre turno laboral y dificultades en el esquema de actividades familiares, en particular, los turnos rotatorios y el trabajo de fines de semana implicaban menos tiempo en los papeles familiares y más altos niveles de conflicto y desajuste familiar. A su vez, Smith y Folkard (1993) en un estudio con las parejas de trabajadores en turnos encontraron que un importante porcentaje de las esposas declaraban sentirse infelices y que sus vidas eran alteradas sustantivamente por este esquema de trabajo de sus esposos. La vida doméstica y social estaba visiblemente más alterada con turnos que incluían trabajo nocturno, y se asociaba positivamente con mayor fatiga y sueño, problemas de salud, y problemas sociales y familiares. Cuando un trabajador aumentaba el trabajo nocturno, las alteraciones implicaban empobrecimiento del bienestar, aumento de la fatiga, y estado de ánimo negativo que contribuía a disfunciones dentro de la familia.

No obstante, a partir de la revisión de algunos estudios, se ha concluido que las creencias de papeles de género tradicionales no se modifican cuando las mujeres trabajan en este esquema (Presser, 2000). Así, es altamente probable que esa cotidianidad se trastoque más todavía cuando quien está ausente de los horarios y actividades regulares

que supone la convivencia intrafamiliar sea la mujer, y que ello resulte en tensiones familiares y de pareja que afecten el bienestar de la mujer.

En esta misma línea, otro hallazgo significativo se encuentra en estudios recientes sobre inestabilidad marital, medida como aumento de la probabilidad de separaciones y divorcio en presencia de un esquema de trabajo de turnos. White y Keith (1990) observaron que el turno aumentaba significativamente la probabilidad de divorcio después de un período de tres años, aproximadamente entre un siete y un once por ciento. A su vez, Presser (2000) encontró específicamente que los turnos rotatorios y el trabajo nocturno aumentaban en forma significativa la inestabilidad marital en parejas con niños. Este tipo de hallazgo sugiere que el estrés fisiológico combinado con el estrés social de trabajos con esquemas de turno es crítico, en particular, cuando incluye trabajo nocturno.

Por otra parte, los conflictos de roles trabajo-familia basados en el tiempo y en las tensiones podrían ofrecer buenas alternativas de explicación de los mecanismos subyacentes que darían cuenta de los resultados obtenidos en este estudio en relación con los turnos rotatorios. El conflicto de rol entre trabajo y familia se considera una forma de conflicto interrol en el cual las demandas de los papeles de trabajo y familia son mutuamente incompatibles, así satisfacer las demandas de un dominio de rol hacen difícil satisfacer las demandas del otro dominio (Burke & Greenglass, 1987; Greenhaus & Beutell, 1985).

Desde el punto de vista del conflicto trabajo-familia basado en el tiempo, podríamos hipotetizar que el tiempo como recurso escaso está manifiestamente afectado por el desempeño de turnos rotatorios. Si la organización del trabajo supone una estructura temporal basada en turnos rotatorios no hay posibilidad de eludir su efecto, y éste actuaría como un condicionante directo del bienestar psicológico de las mujeres. Para las mujeres es altamente probable que sea muy difícil compatibilizar el papel de pareja con el papel laboral, y que perciban también competencia entre los tiempos y la atención puestos en el trabajo con las demandas de tiempo y atención de su pareja. El conflicto iría así probablemente en la dirección trabajo a familia. Sin embargo, como no se encontró relación entre bienestar psicológico y rol materno, los hallazgos sugieren también que el conflicto basado en el tiempo no se presentaría vinculado con ese papel, o que de algún modo las mujeres desarrollan estrategias de afrontamiento para su

papel materno que perciben efectivas, y que probablemente no cuestionan la centralidad ni las demandas provenientes del mismo.

Desde la perspectiva de los roles de género, es posible que la complementariedad de roles del sistema patriarcal tradicional sea puesta en crisis por un esquema de trabajo de turnos, y que ello juegue un papel relevante en la relación bienestar psicológico y rol de pareja como es concebido tradicionalmente por la ideología de género. Esto es, la división sexual del trabajo en el sistema de género patriarcal asigna a las mujeres la principal responsabilidad en los papeles familiares, de esposa, madre y dueña de casa, y no en los laborales y, por el contrario, para los hombres la centralidad de rol está dada por el mundo del trabajo.

Además, es posible que el esquema de trabajo en turnos rotatorios, a menudo con trabajo nocturno, también genere conflicto por tensión porque habría un alto desgaste psicofisiológico producido por una ocupación cuya naturaleza es física y emocionalmente muy demandante, y que además es ejecutado bajo duras condiciones de trabajo como las señaladas anteriormente para el sector público de salud chileno. Asimismo, dado que el proceso de recuperación posterior implica altos costos asociados con el ajuste psicofisiológico y social (Presser, 2000), las mujeres casadas estarían enfrentando además un problema de calidad del tiempo disponible para desempeñar su papel de pareja. También es posible que si a lo anterior se añadiera una alta centralidad de los papeles familiares por sobre los papeles laborales, la tensión probablemente se agravaría más todavía. Los resultados obtenidos en este estudio mediante el análisis de regresión múltiple dan cuenta que la ansiedad es el factor cuya varianza está más fuertemente explicada por los turnos rotatorios, la cual podría considerarse la principal tensión experimentada y medida en este grupo de mujeres casadas.

Los estudios de contaminación (spillover) entre trabajo doméstico y trabajo remunerado que examinan comúnmente el estado psicológico como función de las demandas y recursos tanto en el lugar de trabajo como en el hogar, y particularmente aquellos que abordan los conflictos entre familia y empleo, muestran que este efecto puede producirse en ambos sentidos. En un estudio con profesionales de salud, que incluye enfermeras, Leiter y Durup (1996) encontraron evidencia de más contaminación del trabajo al ambiente del hogar que viceversa, es decir, del hogar al trabajo. Por otro lado, Larson, Richards

y Perry-Jenkins (1994), quienes compararon estados emocionales durante la actividad diaria en el lugar de trabajo y en el hogar, reportan que las madres y los padres muestran patrones muy diferentes. Mientras las madres reportan más estados positivos en actividades lejos del hogar, incluyendo la realización de actividades laborales, los padres reportan más estados positivos en la esfera del hogar. Estos autores sugieren que la explicación estaría en las diferencias entre las condiciones de trabajo en el hogar y en el empleo para hombres y mujeres, que no sólo se refieren a tareas específicas sino también a marcadas diferencias en los papeles asignados a unos y otras los cuales, a su vez, provocarían diferencias en las interpretaciones y en las experiencias respecto de las actividades, cambiando el significado de las mismas para hombres y mujeres.

Limitaciones del Estudio y Sugerencias para Futuras Investigaciones

Este estudio presenta varias limitaciones metodológicas y teóricas derivadas de su diseño. El problema abordado muestra facetas que evidencian el carácter dinámico de las relaciones entre los dominios de los papeles familiares y laborales no susceptibles de captar con el diseño propuesto en este estudio. Si subyaciera un fenómeno de calidad de los papeles familiares y laborales se podría suponer que éste no es estático; o si en las mujeres la centralidad de los papeles familiares y laborales varía a través del ciclo vital y de carrera, entonces existirían cambios a través del tiempo.

Asimismo, existe una clara limitación respecto de posibles variables moderadoras o intervinientes entre papeles múltiples y bienestar psicológico. Entre otros, hay una alta probabilidad que algunos de los resultados relacionados con el rol maternal pudieran explicarse mejor por recursos personales disponibles, tales como estrategias de afrontamiento o percepción de control o sentimiento de autoeficacia, o por recursos sociales disponibles tales como el apoyo social de la pareja o institucional.

En segundo lugar, así como Hall (1990) plantea que dada la variabilidad de condiciones de trabajo, si las buenas o malas condiciones de trabajo quedan sumergidas en variables categóricas simples podría esperarse un “fuerte efecto empleo” no detectado. La misma autora plantea que, en general, los estudios de papeles múltiples son más específicos en resultados de salud y más inespecíficos respecto de las condiciones del lugar de trabajo y del hogar. En

nuestro caso, la crítica podría extenderse también al carácter de las variables relacionadas con los papeles familiares, tales como tener o no pareja estable y ser o no madre, que podría estar produciendo un “fuerte efecto familia y pareja” no detectado a través del estudio.

Por último, las características de este estudio impiden observar cómo las mujeres enfrentan las responsabilidades familiares y laborales activamente para obtener equilibrio de papeles y qué resulta efectivo o inefectivo en este intento (Clark, 2000). La mirada con que se investigó aquí coloca a las mujeres en una situación reactiva o pasiva frente a su propia realidad.

A futuro, resultaría de interés comparar los efectos de ocupar papeles familiares versus la calidad percibida y los sentimientos subjetivos asociados con cada papel. Además, la calidad de vida laboral parece estar relacionada con la calidad de las relaciones maritales y de las relaciones madre-hijo (Baruch et al., 1987). Entre otros, los resultados del Framingham Heart Study permiten concluir que un determinado papel, laboral o familiar puede exacerbar los efectos del estrés de otro papel (LaCroix & Haynes, 1987). La naturaleza y calidad de las experiencias de las mujeres en cada papel social, y no sólo la ocupación de papeles por sí mismos, son claves para comprender los procesos que afectan su bienestar (Baruch et al., 1987).

Esta mirada permitiría romper con el obstáculo epistemológico que impide ver la salud de las mujeres como una expresión o un reflejo de la combinación de experiencias en papeles múltiples, tanto laborales como familiares. También facilitaría una mejor observación del efecto de los papeles familiares en la relación trabajo-salud y haría posible mostrar de mejor manera el funcionamiento de las mujeres en ambos mundos, el del trabajo remunerado y el de la familia. Por último, permitiría contar con más herramientas conceptuales para abordar la combinación e interacción de papeles y los mecanismos de interfaz entre estos.

Menaghan (1991) afirma que se ha puesto poca atención a las formas en que las experiencias del lugar de trabajo afectan las interacciones en el seno de la familia. Se conoce específicamente muy poco sobre los hallazgos que asocian problemas de salud mental y condiciones de ejecución del trabajo doméstico y del trabajo remunerado. Glass y Fujimoto (1994) sugieren verificar a través de estudios longitudinales hipótesis alternativas de secuencia causal, por ejemplo, entre cambios en los

aumentos de horas de trabajo y cambios en la percepciones de equidad en la distribución del trabajo.

Puesto que los principales hallazgos de este estudio pudieran explicarse por mecanismos de conflicto interrol, se requiere una teoría que permita dar cuenta en forma integrada de la complejidad de formas en que trabajo y familia se afectan mutuamente. Según Marks y MacDermid (1996), es necesario cambiar la visión atomística predominante por una visión holística, es decir, donde cada papel sea visto como parte de un sistema organizado de papeles y en el cual el patrón de organización mismo podría tener consecuencias importantes. Una teoría del equilibrio de rol haría posible esta mirada holística e integrada. Clark define equilibrio como la satisfacción y buen funcionamiento en el trabajo y en el hogar con un mínimo de conflicto de rol (Clark, 2000, p. 3). Esta propuesta permitiría abordar mecanismos, procesos y resultados que juegan un papel relevante en las relaciones entre los dominios trabajo y familia.

Finalmente, se requiere una exploración que permita conocer las experiencias emocionales específicas de hombres y mujeres tanto en los dominios del trabajo doméstico como del trabajo remunerado. Se necesita también estudiar las experiencias emocionales por género en actividades similares, particularmente las semejanzas y diferencias existentes en aquellos hombres y mujeres que tienen más simetrías en tipos de actividades y uso del tiempo doméstico y público. Asimismo, conocer los arreglos domésticos que permiten un mejor ajuste familiar frente a la presencia de papeles múltiples y doble carrera en ambos miembros de la pareja.

En síntesis, los principales hallazgos de este estudio muestran que para las mujeres la ocupación de papeles múltiples podría tener resultados negativos. Por lo tanto, aunque la evidencia a favor de la hipótesis del mejoramiento y el modelo de expansión de los papeles múltiples en mujeres trabajadoras reúne la mayor y más consistente evidencia (Repetti et al., 1989), esta investigación apoya el enfoque alternativo que señala que ellas no constituyen un grupo homogéneo, y que existe una diversidad de experiencias y condiciones de vida y de trabajo de las mujeres con efectos diversos sobre su salud y bienestar psicológico.

En definitiva, en la actualidad la teorización sobre la interfaz trabajo-familia constituye un campo en plena construcción. A futuro, sólo el conocimiento

acumulado a través de la investigación científica permitirá realizar opciones mejor fundadas que aporten teórica y prácticamente resultados relevantes para la protección de la salud de las mujeres y el mejoramiento de sus niveles de calidad de vida.

Referencias

- Aguirre, R. (1990). Relaciones de género y trabajo en América Latina: Consideraciones teóricas y metodológicas. En A. Mauro, *Mujer y trabajo* (pp. 9-38). Quito: CEPLAES-UNFPA.
- Álvarez, Y. (1990). Unidad de Cuidados Intensivos: Un campo inexplorado por el psicólogo en Chile. *Revista de Psicología, Departamento de Psicología, Universidad de Chile, 1*, 7-16.
- Araya, R., Wynn, R. & Lewis, G. (1992). Comparison of two self administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 27*, 168-173.
- Avendaño, C. & Leiva, P. (1998). Cuestionario de riesgos para la salud psicológica. *Psyche, 6* (1), 57-63.
- Barnett, R. C. & Baruch, G. K. (1987). Social roles, gender and psychological distress. En R. Barnett, L. Biener & G. Baruch (Eds.), *Gender and stress* (cap. 5, pp.122-143). New York: The Free Press.
- Barnett, R. C. & Marshall, N. L. (1991). The relationship between women's work and family roles and their subjective well-being and psychological distress. En M. Frankenhauser, U. Lundberg & M. Chesney (Eds.), *Women, work and health. Stress and opportunities* (cap. 6, pp.111-136). New York: Plenum Press.
- Barnett, R. C., Marshall, N. L. & Singer, J. (1992). Job experiences over time, multiples roles, and women's mental health: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology, 62* (4), 634-644.
- Barroso, C. (1989). Mujer, salud y desarrollo. En GICAMS (Eds.), *Actualización en medicina social*. Santiago.
- Barton, J. & Folkard, S. (1991). The response of day and night nurses to their work schedules. *Journal of Occupational Psychology, 64*, 207-218.
- Baruch, G., Biener, L. & Barnett, R. C. (1987). Women and gender in research on work and family stress. *American Psychologist, 42*, 130-136.
- Bowling, A. (1994). *La medida de la salud*. Barcelona: Masson.
- Breilh, J. (1991). *La triple carga (trabajo, práctica doméstica y procreación)*. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS).
- Brezinka, V. & Kittel, F. (1995). Psychosocial factors of coronary hearth disease in women: A review. *Social Science and Medicine, 42* (10), 1351-1365.
- Burke, R. J. & Greenglass, E. R. (1987). *Work and family*. Chichester: Wiley and Sons.
- Carrasco, A. & Meliá, C. (1991). *Comunidad en riesgo en su salud mental*. Colombia: VIII Congreso Panamericano y I Encuentro Iberoamericano de Enfermeras.
- Carrier, S. & Roskies, E. (1992). Quelles sont les conditions qui affectent la santé des femmes à rôles multiples? *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 34* (1), 26-44.
- Castro, I. (1985). Mujer y salud mental. En *Mujer y salud. VI Jornadas Multidisciplinarias del Centro de Estudios de la Mujer (CEM)* (p. 22). Buenos Aires: Reunión Preparatoria para el Foro de las Organizaciones No Gubernamentales de la Conferencia del Cierre del Decenio de la Mujer de Naciones Unidas, Nairobi.

- CEDAL (1989). *Este no es un cuento. ¿Cuántas, dónde y cuándo trabajamos las mujeres?* Santiago: Centro de Estudios del Desarrollo y Asesoría Laboral, Equipo de la Mujer.
- Chavkin, W. (1984). *Double exposure: Women's health hazards on the job and at home*. New York: New Feminist Library.
- Clark, S. C. (2000). Work/family border theory: A new theory of work/family balance. *Human Relations*, 53 (6), 747-770.
- Corral, G. & Castillo, M. T. (1991). *Estudio del perfil profesional de la enfermera en Chile*. Colombia: VIII Congreso Panamericano y I Encuentro Iberoamericano de Enfermeras.
- Durán, M. A. (1986). *La jornada interminable*. Barcelona: Icaria.
- Duxbury, L. & Higgins, C. (1994). Work-family conflict. A comparison by gender, family type, and perceived control. *Journal of Family Issues*, 15, 449-466.
- Espejo de Viñas, R. (1991). *Condiciones de trabajo y salud de las enfermeras*. Colombia: VIII Congreso Panamericano y I Encuentro Iberoamericano de Enfermeras.
- Espinosa, M. (1991). *Chile: Mujeres de la salud: El ejército olvidado por el Capitán General*. Santiago: Centro de Estudios Sociales (CES).
- Folkard, S. (1993). Editorial. *Ergonomics*, 36 (1-3), 1-2.
- Fonseca, G. & Mara, T. (1996). De mulher a enfermeira: conjugando trabalho e gênero. En J. Marques, D. Estermann & W. Waldow (Eds.), *Gênero & saúde* (cap. 6, pp. 63-75). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Freire, C., Masapuncho, F., Polit, P. & Sánchez, G. (1991). *Morbilidad perinatal y condiciones de trabajo de las enfermeras del área hospitalaria de la ciudad de Quito*. Colombia: VIII Congreso Panamericano y I Encuentro Iberoamericano de Enfermeras.
- Garduño, M. A. & Rodríguez, J. (1990). Salud y doble jornada: Taquilleras del metro. *Salud Problema*, 20, 41-45.
- Glass, J. & Fujimoto, T. (1994). Housework, paid work, and depression among husbands and wives. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 179-191.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Greenhaus, J. H. & Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of Management Review*, 10, 76-88.
- Hall, E. M. (1990). *Women's work: An inquiry into the health effects of invisible and visible labor*. Baltimore, Maryland: John Hopkins University, School of Hygiene and Public Health.
- Harari, R. (1990). Mujer, salud y trabajo. En A. Mauro (Ed.), *Mujer y trabajo* (pp. 69-86). Quito: CEPLAES-UNFPA.
- Haynes, S. (1991). The effect of job demands, job control, and new technologies on the health of employed women: A review. En M. Frankenhauser, U. Lundberg & M. Chesney (Eds.), *Women, work and health. Stress and opportunities* (cap. 8, pp. 151-169). New York: Plenum Press.
- Herold, J. & Waldron, I. (1985). Part-time employment and women's health. *Journal of Occupational Medicine*, 27, 405-412.
- INE. (1995). *Mujeres y hombres en Chile. Cifras y realidades 1995*. Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas (INE).
- International Council of Nurses. (1992). *Boletín Socio-Economic News*, Nº 107. Ginebra: International Council of Nurses (ICN).
- International Council of Nurses. (1987). *Resolución propuesta CNR/87/NZ/20. Agenda item 10.14*. Ginebra: International Council of National Representatives, International Council of Nurses (ICN).
- Kandel, D., Davies, M. & Raveis, V. (1985). The stressfulness of daily social roles for women: Marital, occupational and household roles. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 64-78.
- Kohen, J., Gómez, R., Lizamo, E., Segovia, R., Espinoza, E. & Yépez, J. (1988). *Salud y trabajo de las enfermeras de cuidados intensivos de hospitales en Quito*. Documento de trabajo.
- LaCroix, A. & Haynes, S. (1987). Gender differences in the health effects of workplace roles. En R. Barnett, L. Biener. & G. Baruch (Eds.), *Gender and stress* (cap. 4, pp. 96-121). New York: The Free Press.
- Lange, I., Chompré, R. & De Monterrosa, E. (1991). Desafíos de la práctica de Enfermería en América Latina. En Fundación Kellog (Eds.), *Enfermería del siglo XXI en América Latina*. Santiago: Autor.
- Larson, R. W., Richards, M. H. & Perry-Jenkins, M. (1994). Divergent worlds: The daily emotional experience of mothers and father in the domestic and public spheres. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1034-1046.
- Leiter, M. & Durup, M. J. (1996). Work, home, and in-between: A longitudinal study of spillover. *Journal of Applied Behavioral Science*, 32, (1) 29-47.
- López, S. & Rico, M. N. (1992). Salud mental y mujer: Su especificidad. En F. Lolas, R. Florenzano, G. Gyarmati & C. Trejo (Eds.), *Ciencias sociales y medicina. Perspectivas latinoamericanas* (pp. 38-46). Santiago: Editorial Universitaria.
- McDowell, I. & Newell, C. (1987). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- Marks, S. & MacDermid, M. (1996). Multiple roles and the self: A theory of role balance. *Journal of Marriage and the Family*, 58, 417-432.
- Marques, M. J. (1996). O sexo do hospital. En J. Marques, D. Estermann & V. Waldow (Eds.), *Gênero & saúde* (cap. 7, pp.76-105). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Menaghan, E. (1991). Work experiences and family interaction processes: The long reach of the job? *American Review Sociology*, 17, 419-444.
- Menaghan, E. & Parcel, T. (1990). Parental employment and family life: Research in the 1980's. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 1079-1098.
- MINSAL. (1995). *Recursos humanos en el sector público de salud*. Departamento de Desarrollo, División de Planificación Estratégica, Ministerio de Salud de Chile.
- Mirowsky, J. & Ross, C. E. (1995). Sex differences in distress: Real or artifact? *American Sociological Review*, 60, 449-468.
- Moser, C. (1989). Gender planning in the third world: Meeting practical and strategic needs. *World Development* 17, (11).
- Oxman, V. (1999). Equidad de género en el trabajo. Un desafío para la igualdad de oportunidades. En V. Oxman & S. Galilea (Comps.), *Políticas de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en el trabajo 1994-1999* (cap. 1, pp. 23-38). Santiago: Secretaría Nacional de la Mujer (SERNAM).
- Presser, H. (2000). Nonstandard work schedules and marital instability. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 93-110.
- Pugliesi, K. (1992). Women and mental health: Two traditions of feminist research. *Women and Health*, 19, (2/3) 43-68.
- Pugliesi, K. (1995). Work and well-being: Gender differences in the psychological consequences of employment. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 57-71.
- Rajadhyaksha, U. (2000). Life role salience: A study of dual-career couples in the Indian context. *Human Relations*, 53 (4) 489-511.
- Repetti, R. (1987). Linkages between work and family roles. *Applied Social Psychology Annual*, 7, 98-127.
- Repetti, R., Matthews, K. & Waldron, I. (1989). Employment and women's health. Effects of paid employment on women's mental and physical health. *American Psychologist*, 44, (11) 1394-1401.

- Sharim, D. & Silva, U. (1998). *Familia y reparto de responsabilidades*. Santiago: Secretaría Nacional de la Mujer (SERNAM); Documento de Trabajo N°58.
- Shelton, B. A. & John, D. (1996). The division of household labor. *Annual Review Social Sciences*, 22, 239-322.
- Sivadon, P. & Fernández-Zoila, A. (1982). *Tiempo del hombre. Tiempo de trabajo. Una psicopatología de la eficacia*. Madrid: Pirámide.
- Smith, L. & Folkard, S. (1993). The perceptions and feelings of shiftworkers' partners. *Ergonomics*, 36 (1-3), 299-305.
- Sorensen, G. & Verbrugge, L. M. (1987). Women, work and health. *American Review Public Health*, 9, 235-251.
- Sorensen, G., Pirie, P., Folsom, A., Russell, L., Jacobs, D. & Gillum, R. (1985). Sex differences in the relationship between work and health: The Minnesota Heart Survey. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 379-394.
- Staines, G. L. & Pleck, J. H. (1983). *The impact of work schedules on the family*. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan.
- Totterdell, P., Spelten, E., Smith, L., Barton, J. & Folkard, S. (1995). Recovery from work shifts: How long does it take? *Journal of Applied Psychology*, 80, (1) 43-57.
- Trucco, M., Larraín, S. & Campusano, M. E. (1979). Estudio de un cuestionario para detectar desórdenes emocionales: Validación preliminar. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 17, 20-26.
- Vågerö, D. (Ed.) (1990). *A survey of jobs posing special risks to health*. Stockholm: Health Risks Study Group to the Swedish Commission on Working Conditions.
- Vågerö, D. (1992). Mujeres, trabajo y salud en Suecia. *Micaela, Revista de la Mujer Latinoamericana en Suecia*, 14, (90) 16-24.
- Valdés, T. & Gomariz, E. (Coord.) (1993). *Mujeres latinoamericanas en cifras*. Santiago: Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales de España y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- Waldron, I. & Jacobs, J. A. (1989). Effects of multiple roles on women's health. Evidence from a national longitudinal study. *Women & Health*, 15, 3-19.
- White, L. & Keith, B. (1990). The effect of shift work on the quality and stability of marital relations. *Journal of Marriage and Family*, 52, 453-462.
- Zedeck, S. & Mosier, K. (1990). Work in the family and employing organization. *American Psychologist*, 45 (2), 240-251.