

## ROLES MÚLTIPLES, CUALIDAD DEL ROL, APOYO SOCIAL Y SALUD EN MUJERES TRABAJADORAS

*Lya Feldman*  
Universidad Simón Bolívar

*Daniela Saputi*  
dani\_saputi@cantv.net

### RESUMEN

Los objetivos del presente trabajo fueron: 1.- Evaluar la cualidad de los roles sociales (recompensas y estresores) en mujeres trabajadoras y su relación con la salud mental y, 2.- Evaluar los efectos moderadores del apoyo social sobre los estresores asociados a los roles familiares y el rol laboral y la salud mental. Las participantes fueron 122 mujeres secretarias u oficinistas con un promedio de edad de 38.9 años. Para medir la Cualidad del Rol se utilizó la versión modificada por Feldman et al. (1995) del cuestionario original de Barnett y Marshall (1989). El apoyo social se midió con la escala de Dunn et al. (1987) y como indicador de salud mental se utilizó la versión de 28-ítemes del Cuestionario de Salud General de Goldberg (1972). Los resultados indicaron que el apoyo social estuvo positivamente relacionado con menores niveles de ansiedad y problemas de salud mental. El apoyo religioso y de la pareja constituyeron las fuentes más importantes de apoyo vinculadas a la salud mental y el bienestar en este grupo. Se encontraron interacciones significativas entre los estresores laborales y de pareja el apoyo de grupos y religioso y la depresión. Los hallazgos indican la importancia del apoyo social y en especial el apoyo de grupos y religioso como factor protector en mujeres con roles múltiples.

**Palabras claves:** *roles múltiples, cualidad del rol, apoyo social, salud, mujeres trabajadoras.*

## ABSTRACT

The objectives of the present study were: 1. To evaluate the quality of social roles (rewards and stressors) in working women and their relation to mental health. 2. To test the moderating effects of social support on the relationship between role-stressors and mental health. Participants were 122 women university employees ( $X$  age= 38.9) who worked as clerical and secretaries. Role quality was measured using a questionnaire developed by Barnett y Marshall (1989) and modified by Feldman et al. (1995). Social support (SS) was measured using the Dunn et al. scale (1987). The 28-item General Health Questionnaire (Goldberg, 1972) was used as a measure of mental health. The results indicate that social support was related to lower levels of anxiety and general psychological distress. The partner and the support from groups and religion seemed the most important sources of support in relation to mental health. Significant interactions between job and partner demands, groups and religious support and depression were found. The findings suggest the importance of social support, especially groups and religion support as a protective factor in working women involved in multiple roles.

**Key words:** *multiple roles, role-quality, social support, health, working women*

---

## INTRODUCCIÓN

El incremento de la participación de las mujeres en el mercado de trabajo remunerado al igual que en una amplia gama de actividades y funciones dentro de la sociedad actual, ha traído como consecuencia un mayor interés por estudiar el impacto de roles múltiples sobre la salud física y psicológica de las mujeres trabajadoras (Barnett y Marshall, 1991; Barnett, Steptoe y Gareis, 2005; Chesney y Ozer, 1995; Gómez, 2006).

Los resultados de las investigaciones sobre la relación entre los roles múltiples de la mujer, su bienestar y salud, han sido contradictorios. Para algunos investigadores, el desempeño de roles múltiples ha constituido una fuente de estrés y conflicto, produciendo mayores trastornos en las relaciones maritales y familiares y generando mayor depresión, ansiedad y menor calidad de vida ya que, independientemente de su posición laboral las mujeres siguen asumiendo la responsabilidad de los roles tradicionales representados por el cuidado de los niños y del hogar (Ladwing y Napholtz, 1996; Campbell y Moen, 1992; Scarr, Phillips y McCartney, 1989; Lennon y Rosenfield, 1992; Major, 1993).

Otro punto de vista sostiene que en la medida en que las mujeres desempeñan más roles, las ventajas para su salud y bienestar se incrementan. El empleo proporciona a la mujer ventajas tales como el apoyo social, los recursos económicos y las oportunidades de superación y de mejorar su auto-estima (Barnett y Marshall, 1991; Rodin y Ickovics, 1990). Tanto esta postura como la anterior se han centrado más en la tenencia de roles con poca atención a la cualidad de los mismos.

Una postura más reciente considera que el efecto de los roles múltiples sobre la salud y el bienestar debe incorporar la manera cómo son experimentados dichos roles por la mujer. La cualidad de los roles depende tanto de la experiencia subjetiva como de las características objetivas del rol (Hibbard y Pope, 1993; Barnett, Raudenbush, Brennan, Pleck y Marshall, 1995; Noor, 1995a). En este sentido, el desempeño de un rol en particular, no generaría estrés per se; ya que depende de la evaluación cognitiva de la experiencia y de los diferentes factores relacionados con las diferencias individuales (Lazarus y Folkman, 1986; Barnett y Baruch, 1985; Barnett, Davidson y Marshall, 1991). El presente artículo se fundamenta en esta visión de los roles múltiples.

Por otra parte, se ha relacionado el apoyo social con la cualidad del rol. El apoyo social en el trabajo constituye una de las variables más importantes para la salud y el bienestar de la mujer que trabaja, en vista de que el empleo ofrece la oportunidad de aumentar las redes de relaciones interpersonales y reciben apoyo emocional y práctico (Lee y Duxbury, 1998). Las mujeres que trabajan bajo condiciones de estrés, y especialmente las mujeres sin pareja y con hijos en edad preescolar, son las que se más se benefician del apoyo social vinculado al trabajo (Warren y Johnson, 1995). Gómez et al. (2000), en un estudio realizado en Colombia con mujeres trabajadoras de diferentes niveles ocupacionales, encontró que la cualidad del rol laboral se relacionaba con una percepción más elevada del apoyo social y un mayor control en el proceso de toma de decisiones. El apoyo del supervisor y los compañeros de trabajo se ha relacionado con niveles más bajos de estrés, depresión y frustración (Beehr, Jex, Stacy y Murray, 2000; Feldman, 2001).

La importancia del apoyo social también ha sido destacada en la bibliografía sobre familias latinas. Un estudio realizado en Venezuela con mujeres con roles múltiples mostró que el apoyo religioso constituía una de las fuentes más importantes de apoyo y se asociaba claramente con la salud mental (Meneses, Feldman y Chacón, 1999). En relación con la salud física, pareciera que las personas que perciben menos apoyo social, están más predispuestas a experimentar trastornos

físicos como enfermedades coronarias cuando experimentan emociones negativas muy intensas, en comparación con las personas que sí disponen de apoyo social (Evans y Steptoe, 2002; Kidd y Sheffield, 2005; Orth-Gomer et al, 1998).

Así queda claro que el apoyo social, sea técnico, instrumental o emocional, ofrecido por compañeros, supervisores o fuera del contexto laboral, como familia, amigos o asociaciones, pueden reducir los síntomas objetivos y percibidos de enfermedad, constituyéndose en un factor cuya presencia promueve la salud y el bienestar de los empleados.

Para la presente investigación se seleccionaron mujeres que trabajan en funciones administrativas y, en especial aquellas que realizan trabajos de oficina. De acuerdo al modelo de demanda-control de Karasek y Theorell (1990), las personas que desempeñan trabajos de oficina, en especial las secretarías, se encuentran sometidas a altas demandas y poco control sobre las condiciones de su trabajo lo cual trae como consecuencia mayores problemas de salud.

La mayor parte de los trabajos de investigación empírica realizados sobre los roles múltiples de la mujer y su salud se han realizado en los Estados Unidos y en el Reino Unido. A pesar del aumento del interés por esta materia en América Latina, comparativamente, se encuentran pocas referencias publicadas. Es por ello que el presente estudio tiene especial interés en explorar la cualidad de los roles sociales y del apoyo social en mujeres que trabajan en labores de oficina.

## **Objetivos**

Los objetivos de este estudio fueron: 1. Evaluar el impacto que ejercen el número y tipo de roles sociales sobre la salud mental y física de un grupo de mujeres que trabajan en labores de oficina. 2. Evaluar la cualidad de los roles sociales y del apoyo social en mujeres que trabajan en labores de oficina y la relación de éstos con su salud mental y física, y, 3. Evaluar los efectos moderadores de las dimensiones del apoyo social sobre la relación entre los estresores asociados a los roles y los indicadores de salud.

## MÉTODO

### *Participantes*

Las participantes fueron seleccionadas a partir de una población total de empleadas femeninas (n=531) de una universidad pública ubicada en Caracas-Venezuela. Se escogió la muestra al azar y ésta fue estratificada según la edad y el estatus ocupacional. Se seleccionaron originalmente doscientas participantes (37.66% de la población total) y 150 de entre ellas respondieron a la invitación a participar (75%). Veintiocho mujeres fueron eliminadas del estudio debido a que no devolvieron o no llenaron completamente los cuestionarios. La muestra final estuvo constituida por 122 mujeres (edad promedio 38.9 años; DT=9.04) que trabajaban como oficinistas, secretarias y/o personal de oficina.

### *Instrumentos*

*Cualidad del rol.* El cuestionario de Cualidad del Rol fue diseñado originalmente, por Baruch y Barnett (1986). El mismo fue traducido al castellano y adaptado por Feldman (1995) para su uso en la población hispanoamericana. Contiene 96 reactivos divididos de acuerdo a la cualidad (recompensas y preocupaciones) de las mujeres bien sea como trabajadoras (38 ítemes), como pareja (30 ítemes) y como madres (28 ítemes) a ser respondidos en una escala tipo Likert de cuatro puntos (1= nada gratificante o preocupante a 4= extremadamente gratificante o preocupante), tal como aparece en las escalas originales. Este cuestionario ha sido sometido a procedimientos psicométricos a fin de medir su confiabilidad, encontrándose Alpha de Cronbach que oscilan entre 0.88 y 0.98 en diversas muestras, tanto de otros países como locales (Baruch y Barnett, 1986; Barnett y Marshall, 1989; Feldman, 1995, 2001). Así mismo ha sido sometido a análisis factorial. Para el rol laboral se obtuvieron 7 factores tanto para las gratificaciones como para las preocupaciones (60,5% de la varianza para las gratificaciones y el 58,8% para las preocupaciones). En el rol de pareja se encontraron 5 factores que explican el 65,7% de la varianza en las gratificaciones y el 61,5% en las preocupaciones. En cuanto al rol de madre son tres los factores presentes explicando el 54,5% de la varianza en las gratificaciones y el 49,2% en las preocupaciones (Feldman, 2001).

*Escala de Apoyo Social.* Fue originalmente desarrollada por Fleming, Baum, Gisriel y Gatchel (1982) y luego modificada por Dunn, Putallaz, Sheppard y Lindstrom (1987). Esta versión fue traducida al español y adaptada por Bagés, Feldman, Chacón, Pérez y Guarino (1990). Incluye

18 ítems a ser respondidos con base a una escala Likert de 4 puntos (1= No, nunca, 4 = Si, siempre). Incluye diferentes sub-escalas que miden la percepción de disponibilidad de las diferentes fuentes de apoyo social. El coeficiente alpha de Cronbach fue calculado en diferentes estudios realizados en Venezuela (Bagés, Feldman, Chacón, Pérez y Guarino, 1990; Calvanese, 1992; Guarino y Feldman, 1995) oscilando entre 0.73 y 0.78. Asimismo, se hallaron correlaciones significativas y negativas entre el apoyo social total con el Cuestionario General de Salud de Goldberg (1972) así como con sus dimensiones. Fue sometido a validez factorial obteniéndose una solución de 6 factores que explicaba el 61.1% de la varianza total (el apoyo familiar 21%, el apoyo de la pareja 10.1%, la disponibilidad del apoyo general 9.4%), el apoyo proveniente de grupos y de religión 7.3%, el apoyo en el trabajo 7.1% y la percepción de falta de apoyo social 6.3%).

*Cuestionario General sobre Salud (CGS).* El CGS de Goldberg (1972) es una escala que evalúa morbilidad psicológica y es ampliamente utilizada a nivel internacional. Esta constituida por 4 factores que miden: ansiedad/insomnio; síntomas somáticos, disfunción social y cognitiva y depresión. La versión original es de 60 ítems, aunque existen versiones más cortas de 30, 28, 20 y 12 puntos. (Bowling, 1995; 1997). Las versiones del CGS-60, CGS-30 y 28 fueron adaptadas y validadas al castellano (Muñoz, Vásquez, Pastrana, Rodríguez y Oneos, 1978; Lobo y Gimeno-Aznar, 1981; Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986). Este cuestionario ha sido utilizado en Venezuela en diferentes muestras y su índice de consistencia interna utilizando el coeficiente Alpha de Cronbach osciló entre 0.73 a 0.94 (Guarino, Gavidia, Antor y Caballero, 2000; Granell y Feldman, 1981; Feldman, 2001) para la versión de 28 ítems, lo cual indica una consistencia interna adecuada.

*Percepción de salud.* La percepción de salud fue medida a través de un ítem (*¿Cómo percibe su estado de salud en general?*) con una escala de respuesta de 4 puntos que va de 0 (muy deteriorado) a 3 (Muy bueno).

#### *Procedimiento*

Las participantes que fueron originalmente seleccionadas mediante procedimientos de muestreo recibieron una descripción del proyecto y una invitación a participar en la investigación. Todas las empleadas que estuvieron de acuerdo en participar asistieron a una reunión preparatoria en grupos de 30, y respondieron a los cuestionarios después de la reunión. Se efectuaron en total cinco reuniones. Aquellas participantes que no respondieron a la primera invitación recibieron un segundo

recordatorio que les ofrecía la oportunidad de asistir a otra reunión y llenar el cuestionario. A fin de asegurar la confidencialidad, se le asignó a cada participante un código numérico al azar.

#### *Análisis Estadístico*

Las participantes fueron descritas en términos de sus características sociodemográficas y de salud. Los datos fueron analizados utilizando el análisis de varianza (ANOVA) para las variables de salud y psicosociales, según los diferentes tipos de roles. Se realizaron análisis *post hoc* utilizando la prueba de Bonferroni.

Para evaluar los efectos principales y de interacción entre variables sociodemográficas, psicosociales y de salud, se utilizó el Análisis de Regresión Múltiple Jerárquico. Aún cuando este método es el más ampliamente utilizado en la literatura sobre roles sociales, variables psicosociales y de salud en mujeres (Barnett y Baruch, 1985; Baruch, y Barnett, 1986; Aston y Lavery, 1993; Luchetta, 1995; Noor, 1995a, b; Oster y Scannell, 1999; Gómez et al., 2000, entre otros), se llevó a cabo un análisis exploratorio, utilizando el análisis de regresión por etapas (*step-wise*), y los resultados obtenidos con ambos métodos fueron muy similares. Se introdujeron variables independientes en una secuencia predeterminada con el fin de determinar su contribución específica al modelo (Cohen, 1978). En este sentido, la edad, la educación y el tener o no hijos en edad preescolar, fueron incluidos en el primer paso, mientras que en el segundo paso se incluyó el tipo de roles. Dicotomizó (Dummy) la variable tipo de rol. El apoyo social fue la primera variable psicosocial introducida en la regresión debido a que constituye uno de los factores psicosociales que ha acumulado mayor número de investigaciones teóricas y empíricas en los últimos 30 años, especialmente en relación con la salud (Brown y Harris, 1978; Cohen y Willis, 1985; Cohen, 1990; Berkman y Syme 1979; Orth-Gomer et al. 1998; Orth-Gomer y Johnson, 1987; Chesney y Darbes, 1998; Sarason et al., 1990 entre otros). La última variable introducida fue la de cualidad del rol, en vista de que, comparativamente, ha recibido una atención menor en la literatura especializada (Barnett y Baruch, 1985; Baruch y Barnett, 1986; Barnett y Marshall, 1991).

Para cada una de los pasos de la regresión, se informa el R cuadrado, junto con el nivel de significación de estas variables en el análisis de regresión. Asimismo, se reporta el coeficiente beta estandarizado para cada una de las variables en cada paso.

Para evaluar los efectos de interacción, se realizaron análisis de regresión jerárquicos de la misma manera como fueron descritos ante-

riormente. Se introdujeron las variables independientes en la ecuación de regresión dentro de un orden predeterminado, ingresando inicialmente las variables control antes de las variables de efecto principal e interacción.

## RESULTADOS

### *Características Sociodemográficas y de Salud*

La muestra estaba compuesta por secretarias y asistentes de oficina. El nivel educativo de la mayoría de las participantes era intermedio (educación media), aunque la proporción de participantes con un nivel menor de educación (con sólo educación primaria o secundaria incompleta) también resultó elevado (35%). El número de mujeres con o sin pareja fue similar (41,3% y 51,7% respectivamente). Cerca del 70% de las mujeres tenía hijos y de este porcentaje, un 38% (n=35), tenía por lo menos un hijo menor de 7 años de edad. Según la Oficina Central de Estadísticas y de Informática de Venezuela (OCEI) (1990) y la COPRE (1989), este grupo es representativo de la población de mujeres venezolanas que trabajan, en relación con el estatus conyugal, la educación y el tipo de trabajo.

En lo que se refiere a los indicadores de salud, la mayoría de las participantes se percibían a sí mismas como saludables (87,5%). Sin embargo, un 12.5% de la muestra percibía su salud como mala. Un examen de los hábitos de salud mostró que el porcentaje de fumadoras (27,8%) era similar al de las cifras epidemiológicas venezolanas como un todo (34%; Informe del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) 1998). Una cuarta parte de las mujeres hacía ejercicio regularmente (25.5%).

### *Salud emocional*

Cuando se compararon los puntajes del CGS (Cuestionario General de Salud) con los tipos de roles, se observó un efecto significativo del tipo de rol sobre la dimensión de síntomas somáticos ( $F=4.79$ ;  $p<0.01$ ) y sobre el puntaje total del cuestionario ( $F=3.32$ ;  $p<0.05$ ). Estos efectos fueron confirmados con el análisis *post hoc*. Las mujeres con hijos pero sin pareja reportaron un número significativamente mayor de síntomas somáticos ( $X=2,43$ ;  $S=2,42$ ) y, en general, una mayor ansiedad ( $X=2,15$ ;  $S=2,43$ ), que las mujeres que desempeñaban los tres roles: trabajadora, madre y pareja (síntomas somáticos  $X=1,14$   $S=1,79$ ; ansiedad  $X=1,21$   $S=2,00$ ).

### Intercorrelación de las medidas

Se encontraron correlaciones significativas y negativas entre la autopercepción de la salud física y permanecer en cama ( $r = -.243$ ,  $p < .01$ ); consultas médicas ( $r = -.374$ ,  $p < .01$ ); y, en la salud psicológica general ( $r = -.519$ ,  $p < .01$ ). Los estresores relacionados con el trabajo y el rol materno también se relacionaron a una peor percepción de salud física ( $r = -.228$ ,  $p < .01$ ;  $r = -.230$ ,  $p < .01$ ; respectivamente). La educación se asoció con el apoyo general ( $r = .188$ ,  $p < .05$ ), los estresores laborales ( $r = .189$ ,  $p < .05$ ) y las recompensas del rol de madre ( $r = .210$ ,  $p < .05$ ). El número de hijos no se asoció con ninguna de las variables psicosociales o de salud. El tener hijos en edad preescolar se relacionó con las preocupaciones con la pareja ( $r = .273$ ,  $p < .05$ ) y una mayor tensión psicológica ( $r = .207$ ,  $p < .05$ ).

### Cualidad del Rol

No se encontraron diferencias estadísticas significativas cuando se comparó la cualidad del rol (recompensas y los estresores asociados cada uno de los roles) con los diferentes tipos de roles. Esto indica que, independientemente del hecho de tener o no pareja y/o hijos, los roles de madre y pareja resultaron igualmente satisfactorios o estresantes (Tabla 1).

**Tabla 1: Promedios y Desviación Típica (DT) de la Cualidad del Rol y el Apoyo Social de acuerdo al tipo de rol**

Variables	Sol Empleadas(n=21)		Empleadas madre(n=40)		Empleadas, Madre y pareja (n=57)		p
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	
<b>Cualidad de Rol</b>							
<b>Rol laboral</b>							
Recompensas	3,00	0,57	2,89	0,56	3,17	0,51	NS
Preocupaciones	1,46	0,49	1,52	0,47	1,47	0,45	NS
<b>Rol de pareja</b>							
Recompensas	-	-	-	-	3,10	0,69	---
Preocupaciones-	-	-	-	-	1,39	0,55	---
<b>Rol de Madre</b>							
Recompensas	-	-	2,89	0,56	3,19	0,81	NS
Preocupaciones	-	-	1,52	0,47	1,55	0,64	NS
<b>Apoyo Social</b>							
Apoyo Laboral	4,68	0,88	4,84	1,48	5,05	1,06	NS
Apoyo de la pareja	---	---	---	---	6,96	2,50	---
Apoyo familiar	7,00	3,74	7,76	3,24	8,26	3,10	NS
Apoyo general	4,60	0,89	4,92	2,01	5,54	1,71	.01
Apoyo Religioso y de Grupos	3,40	0,89	4,76	1,69	4,88	2,12	NS
Apoyo Social Total	30,40	6,38	31,76	9,13	36,40	7,30	.001

NS=No significativo

### *Apoyo Social*

Se hallaron diferencias estadísticas significativas cuando se comparó el apoyo social de acuerdo al tipo de rol. Estos efectos fueron confirmados por el análisis *post hoc*. Se encontró que las mujeres empleadas con hijos y pareja percibían un mayor apoyo social ( $F=23.69$ ,  $gl=2$ ,  $p<.001$ ) y apoyo general ( $F= 4.53$ ,  $gl=2$ ,  $p< .01$ ) en comparación con las mujeres solteras empleadas y aquellas mujeres que sólo tenían hijos y no pareja (Tabla 1).

### *Relación entre variables Sociodemográficas, Calidad del Rol, Apoyo Social y Salud Mental y Física en Mujeres Trabajadoras con Roles Múltiples*

Se realizaron análisis jerárquicos de regresión múltiple. El primer análisis se realizó utilizando el puntaje total del Apoyo Social y la Calidad del Rol (Tabla 2). La segunda ecuación tomó sólo en consideración las dimensiones del Apoyo Social (Tabla 3). En ambos análisis, la auto-percepción de salud física fue controlada previamente por depresión y ansiedad, ya que se encontraron correlaciones significativamente mayores entre estas variables. Esto se efectuó con el fin de garantizar la ausencia de contaminación por parte de dichas covariables en los hallazgos relacionados con la autopercepción de la salud física. Diferentes estudios sugieren que existe relación entre ansiedad/depresión y auto-evaluación de la salud, y que el estado de ánimo puede afectar la asociación entre variables psicosociales tales como el apoyo social y la salud (Grosch y Murphy, 1998; Radanov, Schwarz, Frost y Augustiny, 1997). Sólo se incluyeron en las tablas los indicadores de salud que mostraron valores significativos.

Tal como lo muestra la Tabla 2, se encontró una asociación positiva entre el apoyo social y la percepción de la salud, después de controlar por ansiedad y depresión. Sin embargo, la variable que explica el mayor porcentaje de varianza fue la ansiedad (17% de la varianza explicada).

Tanto el apoyo social como las preocupaciones en el trabajo y con la pareja se relacionaron con niveles más bajos de ansiedad y de angustia psicológica general (3% y 10% para el apoyo social y 14% y 20% para la calidad del rol, de las varianzas explicadas, respectivamente).

**Tabla 2: Análisis de Regresión Jerárquica para la Calidad del Rol y el Apoyo Social**

Variables	Percepción de salud	Total GHQ	Ansiedad
+ R <sup>2</sup> Incr.	.165		
F	12.55***		
Ansiedad	-.306*		
Depresión	---		
<b>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>			
+ R <sup>2</sup> .	.015	.050	.057
F	5.32***	NS	NS
Edad	---	---	---
Educación	---	---	---
Niños < 7 años	---	---	---
<b>ROLES DE FAMILIA</b>			
+ R <sup>2</sup> Incr.	.028	.040	.033
F	4.46***	NS	NS
Pareja	---	---	---
Madre	-.195*	---	---
<b>APOYO SOCIAL</b>			
+ R <sup>2</sup> Incr.	.031	.070	.100
F	4.62***	3.06**	4.69**
Total Apoyo Social	.227*	-.419**	-.387***
<b>CUALIDAD DE ROL</b>			
+ R <sup>2</sup> Incr.	.016	.135	.195
F	2.73**	2.98**	5.95***
Recompensas laborales	---	---	---
Preocupaciones laborales	---	.241*	.386***
Recompensas de pareja	---	---	---
Preocupaciones de pareja	---	.203*	.443**
Recompensas de madre	---	---	---
Preocupaciones de madre	---	---	---
R <sup>2</sup> Acumulativo	.255	.295	.385

NS=No significativo \*\*\* p&lt;.001 \*\* p&lt;.01 \* p&lt;.05

Nota: + Indica un nuevo paso en el análisis de regresión. En cada paso, los coeficientes de regresión estandarizados (Beta) informan para cada variable incluida en la regresión.

La Tabla 3 indica que la pareja y el apoyo proveniente de los grupos y de la religión parecen constituir las más importantes fuentes de apoyo en este grupo cuando se relacionan con la salud (6% a 22% de la varianza explicada). Mientras mayor es el apoyo prestado por la pareja, más bajos son los niveles de ansiedad y angustia, y menor es el número de problemas reportados con relación a la salud mental. También se encontró una asociación positiva entre el apoyo de la pareja y la percepción de la salud, después de controlar por ansiedad y depresión.

Los individuos que reportaron niveles elevados de angustia emocional, síntomas somáticos, disfunción social y depresión, recurrían menos al apoyo de los grupos, de las instituciones o de la religión. Además, mientras más elevada era la percepción del apoyo proveniente del trabajo, menor resultaba la ansiedad y, en general, menor era la angustia emocional.

**Tabla 3: Análisis de Regresión Jerárquico para las Dimensiones del Apoyo Social**

Variables	Percepción de Salud	Total GHQ	Síntomas Somáticos	Ansiedad	Disfunción Social y Cognitiva	Depresión
+ R <sup>2</sup> Incr.	.125					
F	5.05					
Ansiedad	-.306*					
Depresión	---					
<b>Variables Sociodemográficas</b>						
+ R <sup>2</sup> Incr.	-.027	---	---	.095	---	.030
F	NS	NS	NS	2.99*	NS	2.93*
Edad	---	---	---	---	---	---
Educación	---	---	---	---	---	---
Niños < 7 Años	---	---	---	---	---	---
<b>Roles Familiares</b>						
+ R <sup>2</sup> Incr.	-.026	---	---	.020	---	.010
F	NS	NS	NS	2.88*	NS	2.83*
Pareja	---	---	---	---	---	---
Madre	---	---	---	---	---	---
<b>Apoyo Social</b>						
+ R <sup>2</sup> Incr.	.135	.216	.163	.200	.215	.060
F	223*	2.74**	3.45***	3.91***	2.73**	2.44*
Apoyo laboral	---	-.187**	---	-.225**	---	---
Apoyo de pareja	.360*	-.410**	-.217**	-.259***	---	---
Apoyo familiar General SS	---	---	---	---	---	---
Apoyo religioso y de grupos		.236*	-.104*	---	.507***	-.200*
R <sup>2</sup> Acumulativo	.207	.216	.165	.315	.215	.100*

NS= No significativo \* \* \* p < .001 \* \* p < .01 \* p < .05

Nota. + Indica un nuevo paso en el análisis de regresión. En cada paso, los coeficientes de regresión estandarizados (Beta) informan para cada variable incluida en la regresión.

*Interacciones entre las Preocupaciones relativas a la Calidad del Rol y las Dimensiones del Apoyo Social y Salud.*

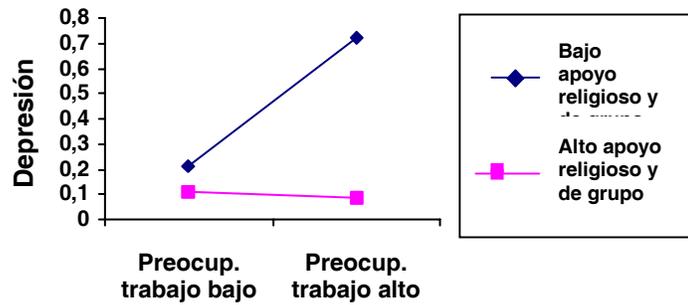
Los efectos moderadores de las dimensiones del apoyo social entre las preocupaciones relacionadas con el trabajo, la pareja y el rol de madre, y la salud, fueron examinados en un análisis exploratorio que utilizó el procedimiento descrito en la sección de análisis de estadístico. Sólo se presentarán los efectos significativos de interacción. Para la representación gráfica de los efectos de interacción, se dicotomizaron las variables independientes y moderadoras, utilizando la mediana (por encima y por debajo de la mediana) tal como lo sugiere Arnau (1981). Se encontraron interacciones significativas entre las preocupaciones laborales y de pareja y el apoyo religioso y de grupos con la depresión.

**Tabla 4. Análisis de Regresión Jerárquica para el Apoyo social y la Calidad del Rol: Efectos moderadores**

Variables	Depresión	Depresión
<b>Variabes Sociodemográficas</b>		
+ R <sup>2</sup> Incr.	---	---
F	NS	NS
Edad	---	---
Educación	---	---
Niños < 7 años	---	---
<b>Roles Familiares</b>		
+ R <sup>2</sup> Incr.	---	---
F	NS	NS
Pareja	---	---
Madre	---	---
<b>Cualidad del Rol y Apoyo Social</b>		
+ R <sup>2</sup> Incr.	.20	.11
F	4.99***	3.28**
Preocupaciones laborales (PL)	.863***	
Apoyo Religioso y de grupos (ARG)	---	
PL X ARG	.775***	
Preocupaciones de pareja (PP)		608*
Apoyo Religioso y de grupos (ARG)		---
PP X ARG		.558**
R <sup>2</sup> Acumulado	.20	.11

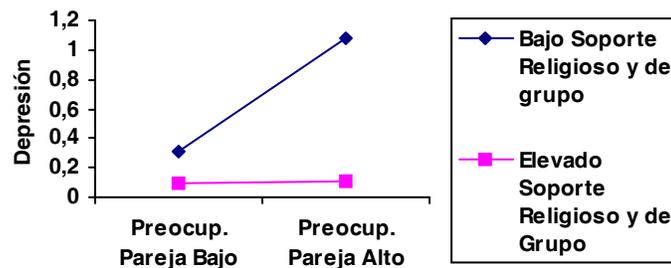
NS= No significativo \*\*\* p< .001 \*\* p< .01 \* p< .05  
 Nota. + Indica un nuevo paso en el análisis de regresión. En cada paso, los coeficientes de regresión estandarizados (Beta) informan para cada variable incluida en la regresión

**Figura 1: Interacción de las preocupaciones laborales y el apoyo de grupos y de la religión con relación a la depresión**



Las Figuras 1 y 2 muestran que cuando el nivel por las preocupaciones laborales y de pareja es elevado y el apoyo de los grupos y religioso es bajo, los niveles de depresión aumentan. Sin embargo, cuando el apoyo proveniente de los grupos y de la religión es alto, la depresión no se ve afectada por las preocupaciones ni del trabajo ni de la pareja.

**Figura 2: Interacción de las preocupaciones de pareja y el apoyo de los grupos y de la religión con relación a la depresión.**



## DISCUSION

Los resultados obtenidos sugieren cuatro aspectos importantes sobre los roles múltiples y la salud en las mujeres venezolanas que trabajan en labores secretariales o de oficina. En primer lugar, la cualidad de la experiencia dentro de los roles sociales de las mujeres, más que la tenencia del rol en sí, constituyó un elemento fundamental predictor de la salud autopercibida. Segundo, los roles del trabajo remunerado y de pareja constituyen las fuentes más importantes de estrés en este grupo de mujeres. En tercer lugar, la pareja, así como los grupos y la religión constituyeron las fuentes más importantes de apoyo social, debido a su relación con la salud, cuando se tomaron en consideración los efectos principales. Al mismo tiempo, el apoyo proveniente de los grupos y de la religión también actuó como factor protector contra la depresión cuando las mujeres experimentaban elevados niveles de estrés relacionados con el trabajo y la pareja. En cuarto lugar, el apoyo de la familia no se asoció con ninguno de los indicadores de salud utilizados.

Más que el aspecto cuantitativo, el aspecto cualitativo de las experiencias de las mujeres en sus roles sociales constituye la clave para comprender su percepción acerca de su salud mental o física. En este grupo, la cualidad del rol fue una variable predictora de las consecuencias sobre la salud mucho más significativas que las variables de tenencia de roles o nivel educativo. Estos hallazgos han sido consistentes con estudios sobre mujeres que trabajaban y su relación con estrés y los indicadores de salud (Barnett y Baruch, 1985; Baruch y Barnett, 1986; Hibbard y Pope, 1993; Feldman, 2001; Gómez, 2006).

Las mujeres que reportaron un mayor número de preocupaciones relacionadas con el trabajo manifestaron dos veces más síntomas de ansiedad, en comparación con las mujeres con menos preocupaciones. Este resultado es interesante porque, de acuerdo a la literatura especializada sobre tensión y estrés vinculados con el trabajo, las mujeres parecen más vulnerables a las preocupaciones asociadas con los problemas domésticos y, específicamente, a las tensiones conyugales, el trabajo doméstico y a la relación con sus hijos (Baruch et al., 1987; Duxbury y Higgings, 1991). Este hallazgo también refleja el cambio que las mujeres han experimentado en el curso de las últimas décadas en cuanto a lo que constituyen sus fuentes de estrés y preocupaciones.

Las situaciones estresantes que más frecuentemente se asociaron con la cualidad del rol del trabajo fueron las de exceso de trabajo, falta de oportunidades de desarrollo de su carrera, insatisfacción con su salario y falta de reconocimiento. Este hallazgo concuerda con el de Barnett y Marshall (1991) y Aneshensel (1986) quienes encontraron que el exceso de trabajo era predictor de problemas de salud mental en mujeres trabajadoras y que se incrementaban más aún cuando percibían que su compensación era inadecuada. Narayanan, Menon y Spector (1999) reportaron que el exceso de trabajo y la falta de control constituían las fuentes de estrés más importantes en empleadas de oficina. Por su parte, Melchior, Caspi, Milne, Danese, Poulton y Moffitt, (2007) encontraron que una alta demanda psicológica del trabajo (carga de trabajo excesiva, presiones extremas del tiempo) incrementa el riesgo de presentar depresión o ansiedad al doble, en comparación con quienes tienen baja demanda laboral.

Los estresores asociados al rol de pareja se relacionaron con mayor ansiedad y angustia. Estos resultados indican que la cualidad percibida del rol de pareja parece ser un mejor predictor de la salud mental y bienestar de la mujer. Según Barling (1990), Piechowski (1992), Almeida et al. (1993) y Rosenfield (1989), el tener o no tener pareja conlleva un efecto de protección o de riesgo para la salud y el bienestar de las mujeres que está determinado por la presencia de variables tales como la satisfacción conyugal o la satisfacción con la pareja, la distribución justa de responsabilidades en el hogar y la percepción de control de las condiciones familiares o del trabajo. En el presente estudio, los aspectos gratificantes del rol marital se consideraron como indicadores de satisfacción conyugal y se relacionaron con la expresión de afecto físico y sexual, con el apoyo brindado y con tener una pareja que es buen padre.

Los resultados obtenidos en este estudio reflejan cuán importante resultó ser la cualidad del rol de pareja para estas mujeres trabajadoras. Tener el apoyo de pareja constituía un factor de protección para resolver situaciones estresantes, mientras que una relación conflictiva con la pareja se reflejaba de manera negativa en los indicadores de salud. En este sentido, Duncan (2006) encontró que el apoyo elevado del compañero(a) y una baja frecuencia de conflictos constituyen aspectos fundamentales que inciden en la satisfacción con la pareja.

La pareja también fue percibida como una fuente de apoyo social y de interacción social. En lo que respecta la percepción de las fuentes de apoyo social, en el presente estudio, las mujeres que trabajaban

y que tenían pareja e hijos, percibían un mayor número de oportunidades para establecer relaciones sociales y redes de interacción social, en comparación con las mujeres que tenían hijos pero no tenían pareja. Estos resultados son especialmente relevantes para la cultura tradicional latinoamericana, como sigue siendo el caso de Venezuela, donde la figura masculina representa una fuente de seguridad y de calidad de vida, no sólo desde el punto de vista económico, sino también social y psicológico, tanto para las mujeres como para el resto de la familia (Recagno-Puente y Platone, 1998). Smith, Smith, Kearns y Abbot (1993) reportaron que la presencia del apoyo social de la pareja se asocia con una reducción de síntomas y de angustia psicológica y mitiga el efecto adverso de factores estresantes en el hogar. Este efecto se ve maximizado cuando la pareja también comparte las tareas domésticas y las responsabilidades de crianza de los hijos (Mederer, 1993; Rosenfield, 1992).

El apoyo de la religión y del grupo también constituyó una de las fuentes más importantes de apoyo para las mujeres de este estudio, no sólo al tomar en cuenta los efectos principales, sino también sus efectos como factores protectores de la salud. Mientras más baja era la percepción de apoyo proveniente de la religión y de los grupos, peor resultaba la percepción de salud mental y física. Hale, Hannum y Espelage (2005) encontraron que pertenecer a un grupo predecía mejor la percepción de salud de las mujeres, sugiriendo que la sensación de conexión con un grupo es el componente clave del apoyo social para la salud física. Las redes de interacción social y el apoyo religioso se han vinculado con la salud y el bienestar (Maton y Wells, 1995; Ventis, 1995; Berkman y Syme, 1979). El papel que juega el apoyo de los grupos y de la religión con relación a la salud ha sido corroborado por Meneses et al. (1999) en un estudio realizado en Venezuela. Otro estudio realizado en nuestro medio también demostró que las mujeres venezolanas recurrían a la religión como estrategia de afrontamiento al estrés (Feldman-Naim, 1991). El apoyo de los grupos y de la religión constituyó la única fuente de apoyo social que protegía a este grupo de mujeres contra la depresión cuando experimentaban elevados niveles de estrés en el trabajo y con la pareja. Estos resultados ponen de relieve no sólo las características socio-culturales de la familia latinoamericana, y especialmente de las mujeres, quienes con mayor frecuencia son las responsables de la educación y del bienestar moral y espiritual de sus hijos, sino también el hecho de que las instituciones religiosas ofrecen a las mujeres una fuente más estructurada y estable de interacción social y de apoyo de grupos.

Un resultado inesperado fue el de la ausencia de asociación entre la cualidad del rol de madre y la salud. Esto es particularmente sorprendente considerando que en otros estudios el rol parental ha sido considerado como la principal fuente de estrés en las mujeres (Baruch y Barnett, 1985; Cohen et al., 1990).

Tampoco se hallaron relaciones entre el apoyo familiar (padres e hijos) y la salud. Este resultado llama la atención si se considera que en la cultura venezolana, y latinoamericana en general, la familia constituye una de las fuentes más importantes de apoyo emocional y práctico. Las familias latinoamericanas han tenido un patrón tradicional en el cual las familias extendidas (i.e., los abuelos) expresan una alta cohesión y apoyo, y están activamente involucrados en el cuidado de los hijos y en los asuntos domésticos. Sin embargo, este hallazgo puede reflejar un cambio en las estructuras familiares tradicionales venezolanas. Recientemente, los sociólogos y psicólogos de la familia han señalado que la estructura familiar venezolana ha sido objeto de transformaciones estructurales y funcionales como resultado de los nuevos espacios abiertos para las mujeres y también debido al deterioro de las condiciones sociales y económicas que han afectado al país, especialmente en los últimos 15 años (Recagno-Puente y Platone, 1998). Estos autores señalaron que las migraciones provenientes de las zonas agrícolas, de regiones y países menos estables económicamente, han aislado a las mujeres de las redes extensivas de apoyo constituidas por las familias consanguíneas, creando así condiciones más vulnerables en tiempos de crisis debidos a cambios sociales y económicos. Asimismo, un mayor número de miembros de la familia se ha visto obligado a buscar empleo remunerado movido por necesidades económicas. Además, el porcentaje de mujeres con hijos pequeños ha aumentado y el 52% de éstos nace fuera del matrimonio y en un hogar centrado en la madre (Hurtado, 1995). A pesar de que el apoyo familiar se sigue considerando de hecho como factor básico, su valor efectivo y práctico ha declinado en términos de importancia y de efectividad, debido a las actuales circunstancias sociales y económicas. Estos resultados indican cómo ha cambiado el funcionamiento de la familia latinoamericana, con un mayor impacto negativo sobre las clases media y media baja.

Un estudio realizado con mujeres latinoamericanas (mexicanas, cubanas y puertorriqueñas) encontró que un número significativamente menor de mujeres (88% en comparación con 95% entre mujeres norteamericanas) cuentan con alguien a quien pueden llamar para ayudarlas cuando tienen algún problema (Ramírez de Arellano, 1996).

Los resultados obtenidos en la presente investigación contribuyen a un mayor conocimiento de los factores psicosociales que afectan la salud de este grupo de mujeres quienes se desempeñan como personal de apoyo administrativo y ayudar al desarrollo de planes educativos a nivel personal y organizacional. El entrenamiento de estas mujeres en la conformación de redes sociales efectivas y en el manejo asertivo de las relaciones de pareja, familiares y laborales, podría impactar positivamente en la cualidad de los roles desempeñados y contribuir en su bienestar y mejora de su calidad de vida. Por otra parte, futuras investigaciones deberían incorporar a otros grupos ocupacionales a fin de dar mayor generalización a los resultados obtenidos.

### Referencias Bibliográficas

- ALMEIDA, DAVID; MAGGS, JENNIFER y GALAMBOS, NANCY (1993). Wive's employment hours and spousal participation in family work. *Journal of Family Psychology*, 7, 233-244.
- ANESHENSEL, CAROL (1986). Marital and employment role-strain, social support, and depression among adult women. En S. Hobfoll (Ed.), *Stress, social support and women*. Washington DC: Hemisphere.
- ARNAU, JAIME (1981). *Diseños experimentales en psicología y educación*. Volúmen 1. Trillás. México.
- ASTON, JACQUIE y LAVERY, JOHN (1993). The health of women in paid employment: Effects of quality of work role, social support and cynicism on psychological and physical well-being. *Women and Health*, 20(3), 1-25.
- BAGÉS, NURI; FELDMAN, LYA; CHACÓN, GRACE; PÉREZ, MARÍA GABRIELA y GUARINO, LETICIA (1990). Factores psicosociales de riesgo y protectores asociados a enfermedades cardiovasculares. Decanato de Investigación y Desarrollo. Reporte interno sin publicar. Universidad Simón Bolívar. Caracas.
- BARLING, JULIAN (1990). *Employment, Stress and Family Functioning*. Wiley Series on Studies in Occupational Stress. John Wiley y Sons. New York.

- BARNETT, ROSALIND y BARUCH, GRACE (1985). Women's involvement in multiple roles and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 135-145.
- BARNETT, ROSALIND; DAVIDSON, HARRIET y MARSHALL, NANCY (1991). Physical symptoms and the interplay of work and family roles. *Health Psychology*, 10, 94-101.
- BARNETT, ROSALIND y MARSHALL, NANCY (1991). The relationship between women's work and family roles and their subjective well-being and psychological distress. En Marianne Frankenhaeuser, Ulf Lundberg y Margaret Chesney (Eds.), *Women, Work and Health: Stress and Opportunities*. New York: The Plenum Series on Stress and Coping. Series Editor: Donald Meichenbaum. Plenum Press.
- BARNETT, ROSALIND; RAUDENBUSH, STEVEN; BRENNAN, ROBERT; PLECK, JOSEPH; y MARSHALL, NANCY (1995). Change in Job and marital experiences and change in psychological distress: a longitudinal study of dual-earner couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 839-850.
- BARNETT, ROSALIND, STEPTOE, ANDREW y GAREIS, K. (2005). Marital-role quality and stress-related psychobiological indicators. *International Journal of Behavioral Medicine*, 30, 36-43.
- BARUCH, GRACE y BARNETT, ROSALIND (1986). Role quality, multiple role involvement, and psychological well-being in midlife women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 983-992.
- BARUCH, GRACE; BIERNER, LOIS y BARNETT, ROSALIND (1987). Women and gender in research on work and family stress. *American Psychologist*, 42, 130-136.
- BEEHR, TERRY; JEX, STEVENS, STACY, BETH; y MURRAY, MARSHALL (2000). Work stressors and co-worker support as predictor of individual strain and job performance. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 391-405.
- BERKMAN, LISA y SYME, LEONARD (1979). Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow-up study of Alameda county residents. *American Journal of Epidemiology*, 109(2), 186-204.
- BOWLING, ANN (1995). *Measuring Disease: A review of disease-specific quality of life measurement scales*. Buckingham- Philadelphia: Open University Press.

- BOWLING, ANN (1997). *Measuring Health: A review of quality of life measurement scales*. Second Edition. Buckingham- Philadelphia: Open University Press.
- BROWN, GEORGE y HARRIS, TIRRIL (1978). *The Social Origins of Depression*. London: Tavistock.
- CALVANESSE, NICOLINA (1992). *Estilos de afrontamiento y adaptación para el tratamiento en pacientes renales hemodializados*. Trabajo presentado para optar al título de Magíster en Psicología. Universidad Simón Bolívar. Caracas.
- CAMPBELL, M.L. y MOEN, P. (1992). Job-family role strain among employed single mothers of preschoolers. *Family Relations*, 41, 205-211.
- CHESNEY, MARGARET y DARBES, LYNAE (1998). Social support and heart disease in women: Implications for interventions. In K. Orth-Gomer, M. A. Chesney y N.K. Wenger (Eds.), *Women, Stress and Heart Disease*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Pub.
- CHESNEY, MARGARET y OZNER, E. (1995). Women and Health: In Search of a Paradigm. *Women's Health: Research on Gender, Behavior, and Policy*, 1(1), 3-26.
- CHRISTENSEN, KIMBERLY; PARRIS, MARY ANN y TOWNSED, ALOEN (1998). Mastery in women's multiple roles and well-being: adult daughters providing care to impaired parents. *Health Psychology*, 17(2), 163-171.
- COHEN, JACOB (1978). Partialled products are interactions: partialled powers are curve components. *Psychological Bulletin*, 85, 858-866.
- COHEN, SHELDON (1990). Social support and physical illness. *Advances*, 7 (1), 35-48.
- COHEN, SHELDON y WILLIS, THOMAS (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- DUNCAN, KRAMER (2006). How a supportive partner may increase relationship satisfaction. *British Journal of Guidance y Counselling*. 34 (1) 117-131.
- DUNN, S., PUTALLAZ, M., SHEPPARD, B. y LINDSTROM, R. (1987). Social support and adjustment in gifted adolescents. *Journal of Educational Psychology*, 79, 467-473.

- DUXBURY, LINDA y HIGGINS, CHRISTOPHER (1991) Gender differences in work-family conflict. *Journal of Applied Psychology*, 76 (1), 60-74.
- EVANS, O. y STEPTOE, A. (2002). The contribution of gender–role orientation, work factor and home stressors to psychological well-being and sickness absence in male and female dominated occupational groups. *Social Science & Medicine*, 54, 481-492.
- FELDMAN, LYA (1995). Factores psicosociales asociados a la salud de la mujer con roles múltiples. Trabajo presentado para optar a la Categoría de Asociado. Universidad. Simón Bolívar. Mayo. Caracas.
- FELDMAN, LYA (2001). Social Roles, Psychosocial factors and Health in Venezuelan Working Women . Trabajo presentado para optar al título de PhD. Facultad de Medicina, Salud y Ciencias Biológicas. Universidad de Southampton. Julio. Reino Unido.
- FELDMAN-NAIM, SUSANA (1991). Estrés y Gerencia: Un estudio Exploratorio del Caso Venezolano. Trabajo de Especialización para optar al título de Psiquiatra. Universidad Central de Venezuela. Caracas.
- FLEMING R.; BAUM A.; GISRIEL M.M. y GATCHEL R.J. (1982) Mediating influences of social support on stress at Three Mile Island. *J Human Stress*. Sep;8(3):14-22.
- GOLDBERG, D.P. (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. London: Oxford University Press.
- GÓMEZ, VIVIOLA (2006). Quality of family and work roles and its relationship with health indicators in men and women. *Sex Roles*. 55: 787-799.
- GÓMEZ, VIVIOLA; PÉREZ, LUZ AMPARO; FELDMAN, LYA; BAGÉS, NURI y VIVAS, ELEONORA. (2000). Riesgos de salud en mujeres con múltiples roles. *Revista de Estudios Sociales, Mayo, N. 6*, 27-38. Bogota.
- GONZALEZ, E. y GUTIÉRREZ, R. (2006). La carga de trabajo mental como factor de riesgo de estrés en trabajadores de la industria electrónica. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol 38. N°2. pp. 259-270.
- GRANELL, ELENA y FELDMAN, LYA (1981). Un inventario de temores para estudiantes universitarios: Un estudio normativo. *Psicología, VIII* (2 y 3), 155-172.

- GROSCH, JAMES y MURPHY, LAWRENCE (1998). Occupational Differences in Depression and Global Health: Results from a National Sample of US Workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 40 (2) 153-163.
- GUARINO, LETICIA y FELDMAN, LYA (1995). Estilos de Afrontamiento a Eventos Estresantes en una Muestra de Estudiantes Universitarios. *Revista Comportamiento*, 4(1), 65-82.
- GUARINO, LETICIA, GAVIDIA, I., ANTOR, MARIENMA y CABALLERO, H. (2000) Estrés, salud mental y cambios inmunológicos en estudiantes universitarios. *Psicología Conductual* 8(1), 57-71.
- HALE, CARA; HANNUM, JAMES, y ESPELAGE, DOROTHY (2005). *Social Support and Physical Health: The Importance of Belonging*. *Journal of American College Health*. 53 (6) 276-284.
- HIBBARD, JUDITH y POPE, CLYDE (1993). The quality of social roles as predictors of morbidity and mortality. *Social Science y Medicine*, 36(13),217-255.
- HURTADO, SAMUEL (1995). *Trabajo Femenino, Fecundidad y Familia Popular-Urbana*. Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. Universidad Central de Venezuela. Caracas.
- KARASEK, ROBERT y THEORELL, TORES (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. U.S.A: BasicBooks. HarperCollins Pub.
- KIDD, T. y SHEFFIELD, D. (2005). Attachment style and symptom reporting: Examining the mediating effects of anger and social support. *British Journal of Health Psychology*, 10, 531-541.
- LADWING, R.J. y NAPHOLTZ, L. (1996). Role conflict and psychological well-being between part-time and full-time working mothers of preschool children. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 2 (3), 260-268.
- LAZARUS, RICHARD y FOLKMAN, SUSAN (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. (Stress and Cognitions) Barcelona: Martínez Roca.
- LEE, CATHERING Y DUXBURY, LINDA (1998) Employed Parents' Support from Partners, Employers and Friends. *The Journal of Social Psychology*, 138 (3): 303-322.
- LENNON, M.K. y ROSENFELD, S. (1992). Women and mental health: The interaction of job and family conditions. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 316-327.

- LOBO, A. y GIMENO-AZNAR, J. L. (1981). Estudio transcultural de los problemas psiquiátricos en pacientes oncológicos. *Oncología*, 80, 136, 24-30.
- LOBO, A., PÉREZ-ECHEVERRÍA, M.J. y ARTAL, J. (1986). Validity of the Scale Version of General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish Population. *Psychological Medicine* 1: 135-140.
- LUCHETTA, TRACY (1995). Parental and work role salience everyday problems, and distress: a prospective analysis of specific vulnerability among multiple role women. *Women y Health*, 22(4), 21-50.
- MATON, KENNETH y WELLS, ELIZABETH (1995). Religion as a community resource for well-being prevention, healing, and empowerment pathways. *Journal of Social Issues*, 51(2), 177-193.
- MAJOR, B. (1993). Gender, Entitlement, and the Distribution of Family Labor. *Journal of Social Issues*, 49(3), 141-159.
- MEDERER, HELEN (1993). Division of labor in two-earner homes: Task accomplishment versus household management as critical variables in perceptions about family work. *Journal of Marriage and The Family*, 55, 133-145.
- MELCHIOR, MARÍA; CASPI, AVSHALOM; MILNE, BARRY; DANESE, ANDREA; POULTON, RICHIE y MOFFITT, TERRIE (2007). Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychological Medicine*. 37 (8) 1119-1129.
- MENESES, ROCÍO; FELDMAN, LYA y CHACÓN, GRACE (1999). Estrés, Apoyo Social y Salud de la Mujer con Roles Múltiples. *Revista Interamericana de Psicología*. 33(1), 109-132.
- MUÑOZ, P. E., VÁSQUEZ, J. L., PASTRANA, E., RODRÍGUEZ, F. y ONEOS, C. (1978). Study of the validity of Goldberg's 60-item GHQ. Spanish validation. *Social Psychiatry*, 13, 99-104.
- NARAYANAN, LAKSHMI; MENON, SHANKER y SPECTOR, PAUL (1999). Stress in the workplace: a comparison of gender and occupations. *Journal of Organizational Behavior* 20, 63-73.
- NOOR, NORAINI (1995a). Job-role quality and women's psychological well-being: locus of control and social support as moderators. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 5, 259-272.
- NOOR, NORAINI (1995b). Work family roles in relation to women's well-being: A longitudinal study. *British Journal of Social Psychology*, 34, 87-106.

- ORTH-GOMER, KHRISTINA y JOHNSON, J.V. (1987). Social network interaction and mortality. *L Chron Dis*, 40(10), 949-957.
- ORTH-GOMER, KHRISTINA; HORSTEN, MYRIAM; WAMALA, SARAH; SCHENCK-GUSTAFSSON, KARIN; KIRKEEIDE, RICHARD; SVANE, BERTIL; MITTLEMAN, MURRAY y RYDEN, LARS. (1998). Social relations and extent and severity of coronary artery disease: The Stockholm Female Coronary Risk Study. *Europ. Heart Journal* 19: 1648-56.
- OSTER, K.A. y SCANNELL, E.D. (1999). Change in roles perception, role conflict, and psychological health of working mothers. *Psychological Reports*, 84, 221-230.
- PIECHOWSKI, LISA (1992). Mental health and women's multiple roles. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 20, 131-139.
- Radanov BP, Schwarz HA, Frost SA, Augustiny KF (1997). Relationship between self-rated functional status and psychosocial stress in patients suffering from rheumatoid arthritis. *Psychother Psychosom*. 66(5):252-7.
- RAMÍREZ DE ARELLANO, ANETTE (1996). Latino Women. Health status and access to health care. En M.M. Falik y K.S. Collinsn (Eds.), *Women's Health. The Commonwealth Fund Survey*. Baltimore and London: The John Hopkins University Press.
- RECAGNO-PUENTE, ILEANA. y PLATONE, MARÍA LUISA (1998). La Familia Venezolana Contemporánea: Retos y Alternativas. *AVEPSO*, 63-72.
- RODIN, JANETTE y ICKOVICS, JUDITH (1990). Women's Health. Review and Research Agenda as We Approach the 21st Century. *American Psychologist*, 45, (9), 1018-1034.
- ROSENFELD, SARAH (1989). The effects of women's employment: Personal control and sex differences in mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 77-91.
- ROSENFELD, SARAH (1992). The cost of sharing: Wive's employment and husband's mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 213-225.
- SCARR, SANDRA, PHILLIPS, DEBORAH y MCCARTNEY, KATHLEEN (1989). Working mothers and their families. *American Psychologist*, 44, 1402-1409.

- SARASON, BARBARA; SARASON, IRWING y PIERCE, GREGORY (1990). Traditional views of social support and their impact on assessment. En B.R. Sarason, I.G. Sarason y G.R. Pierce (Eds.), *Social support: An Interactional View*. New York: John Wiley and Sons.
- SMITH, CAROLYN; SMITH, CHRISTOPHER; KEARNS, ROBIN y ABBOTT, MAX (1993). Housing Stressors, Social Support and Psychological Distress. *Social Science y Medicine* 37( 5), 603-612.
- VENTIS, WILLIAM (1995). The relationships between religion and mental health. *Journal of Social Issues*, 51(2), 33-48.
- WARREN, JENNIFER y JOHNSON PHYLLIS (1995). The impact of workplace support on the work-family roles strain. *Family Relationships*, 44, 163-169.