

30 8 29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESTUDIO COMPARATIVO DE AUTOESTIMA
EN FUNCION AL STATUS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

CORTES ALBOR MA. GUADALUPE
ORTIZ NAVA SILVIA

Director de Tesis: Lic. Ma. del Carmen Gerardo P.

Ayudador Estadístico: Lic. Sofia Rivera Aragón

MEXICO, D. F.



1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	<u>Págs.</u>
INTRODUCCION	1
CAPITULO I.	
1. <u>PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA AUTOESTIMA</u>	
1.1 El Self	3
1.2 Definiciones Básicas de Autoestima.	14
1.3 Factores Formativos de la Autoestima.	20
1.4 Investigaciones sobre Autoestima.	23
1.5 Comentarios al Concepto de Autoestima	28
CAPITULO II.	
2. <u>IMPORTANCIA DEL STATUS A PARTIR DE LA ADQUISICION</u>	
<u>DE ROLES</u>	
2.1 Aspectos Fundamentales en la Adquisición	
del Rol	30
2.2 Definiciones Básicas de Rol	34
2.3 Posición Social	36
2.4 El Trabajo como un Rol Adquirido.	45
2.5 Elementos Formativos del Concepto de Status	50
2.6 Autoestima y Status	52
2.7 Las Profesiones en México	55
2.7.1 Status del Médico	56
2.7.2 Status del Enfermero.	60

2.0 Investigaciones.	68
2.9 Formulación de Comentarios Generales	71

CAPITULO III.

3. METODOLOGIA

3.1 Planteamiento del Problema	74
3.2 Hipótesis.	75
3.3 Definición de Variables.	76
3.4 Muestreo	78
3.5 Tipo de Estudio.	79
3.6 Diseño	79
3.7 Instrumento.	80
3.8 Procedimiento.	83

RESULTADOS	84
----------------------	----

DISCUSION	100
---------------------	-----

CONCLUSIONES	110
------------------------	-----

SUGERENCIAS.	113
----------------------	-----

LIMITACIONES	115
------------------------	-----

APENDICE	117
--------------------	-----

BIBLIOGRAFIA	124
------------------------	-----

INTRODUCCIÓN

"El hombre es un ser social", esta célebre afirmación de Aristóteles cobra gran importancia una vez que se ha estudiado la conducta del ser humano.

A partir de que el niño nace inicia un proceso de socialización, que consiste básicamente en el aprendizaje y reproducción de modelos, a través de los cuales el infante irá conformando gradualmente su propio rol hasta llegar al desarrollo total de éste, mediante la estimulación continua que recibe el niño por su participación en actividades cooperativas.

La adopción del rol constituye sin duda alguna un elemento fundamental en la formación de la personalidad, ya que en función al mismo el individuo deberá emitir las conductas propias de su rol. Una de las formas más primitivas de estructuración de este rol, se basa en la división de roles por sexo, es decir, genéticamente aún antes de nacer está predeterminado el rol sexual que poseeremos, ya sea como hombre o como mujer, así el niño desde pequeño aprende las pautas de conducta que se esperan de él, en consecuencia, mientras que al hombre se le mantiene en un constante contacto con la producción, la política y otros, a la mujer se le confiere únicamente el cuidado de su hogar otorgándole un papel de sexo débil, de segundo sexo, etc.

Sin embargo, los roles que desempeñamos no sólo están estructurados, sino además jerarquizados. Esto implica una comparación social que hace que unos reciban un grado mayor o de me-

nor prestigio que otros, este sistema de clasificación social basado principalmente en el prestigio se le reconoce como status.

El status representa una forma específica de estratificación entre dos o más personas, uno el que lo otorga y un segundo que lo ocupa (Newcomb, 1956).

Al respecto múltiples investigadores han considerado a las organizaciones profesionales como uno de los grupos en donde - más frecuentemente se da ese tipo de jerarquización, principalmente por considerarse a la profesión como uno de los mejores indicadores de la valía personal.

Por otro lado si bien es cierto que el status representa una forma de valoración del individuo, es importante señalar - la existencia de un segundo proceso de valoración: la autoestima, ésta se fundamenta tanto en la estimación personal como en el valor que otros nos otorgan, sus raíces se centran en la infancia, en ella se irán conformando los éxitos y fracasos experimentados, no obstante, ya como adultos se da una constante - búsqueda de aprobación y posición social como medida del deseo de mantener una autoevaluación positiva.

En los últimos años, psicólogos, sociólogos e investigadores del comportamiento humano han desarrollado estudios detallados que contribuyen al reconocimiento e importancia de ambos procesos, sin embargo, aunque estos estudios han proporcionado valiosos elementos de trabajo que abren nuevos e interesantes campos, existen pocas evidencias de investigaciones que

confronten simultáneamente a datos.

Estos puntos influyen de manera importante para juzgar - conveniente la elaboración de esta investigación en la cual se incluye información que permite conocer y transmitir las características, causas y consecuencias del status profesional de una persona.

De ahí que se conforma en tres capítulos donde se dan a - conocer todos aquellos puntos que tengan relación con el status de una persona y el efecto en su autoestima.

El primer capítulo comprende los antecedentes sociales de la autoestima cuyo conocimiento es la base para comprender la conducta de un individuo. Dentro del mismo capítulo se menciona la relación de este importante proceso con otros aspectos - de la personalidad.

En el segundo capítulo se da un panorama sobre la división de roles, como son los roles adscritos y/o los roles adquiridos. En el primer grupo se ubica el rol que tradicionalmente han desempeñado tanto el hombre como la mujer; con respecto a los roles adquiridos se enfatiza principalmente aquellos que involucran cierto prestigio y su relación con el status. Asimismo se reconocen las cualidades del profesional médico y el personal - de enfermería en cuanto a su ubicación histórico-social.

Finalmente, con el objeto de justificar la investigación, - en el tercer capítulo se expone la metodología, incluyendo resultados y conclusiones.

CAPITULO I

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA AUTOESTIMA

CAPITULO I

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA AUTOESTIMA

1.1 EL SELF.

Desde los tiempos más primitivos, el hombre ha buscado asegurar su vida, su bienestar, su comodidad, su seguridad o placer; para ello las personas se reúnen y se asocian. Lo hacen para estar juntos, para vivir unidos y compartir sus sentimientos, impulsados por afinidades de gusto e intereses.

Todo infante ingresa a una sociedad que ya está en marcha. La gente con la que pasa sus primeros años tiene establecidos ya formas de vida, de mirarlos y de sentirlos; para el niño no será tarea difícil adquirir la mayoría de estas costumbres; pronto este organismo único tiene exigencias para con la sociedad, así como la sociedad inicia sus exigencias para con él.

De alguna modo, en el proceso de plantear sus propias exigencias y de satisfacer las que se le plantean, de un arreglo para ocupar cierto lugar en la sociedad.

Las investigaciones de cómo el hombre, su conducta y modos de ser, son influidas por la conducta y modos de ser de otros, han sido ampliamente desarrolladas. Puede sostenerse que una persona no sería un ser humano en absoluto si no fuera

por su interacción con otras personas". (1)

Es así como el concepto que tenemos de nosotros mismos deriva en gran medida de nuestras relaciones con el resto de la gente.

Es por ello, que múltiples investigaciones coinciden ampliamente en la importancia de sí mismo como centro fundamental para el desarrollo de la autoestima.

El primer reporte que se tiene de la existencia de este concepto, lo desarrolló WILLIAM JAMES (1890; cit. en Salazar - 1980) quien define al sí mismo como la suma total de características que todo hombre posee. Se forma con la percepción en torno al mundo, la familia al lugar que ocupa en la sociedad y a características emocionales propias.

Por otro lado, el concepto del self, ha sido un término usado frecuentemente para referirse a diversos procesos o funciones dadas en el individuo, sin embargo no ha sido posible unificar criterios en cuanto a su definición; ello se debe en gran medida al uso irracional del término como un sinónimo de "ego" o "Yo". Por consiguiente no ha permitido fijar límites que ayuden a la definición de sí mismo (Allport, 1977).

Chen (1934; cit. en Malls, 1976) ensayó una forma para unificar la teoría del ego y del self. Menciona que el self no

(1) Spott W.J., INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA SOCIAL. Ed. Paidós. 1a. ed. Buenos Aires 1968.

es un objeto de conciencia como lo es el cuerpo, más bien es contenido de la conciencia y no tiene una realidad aparte de ésta. Alrededor del self se estructura el ego, que es una parte cognitiva motivacional. Los motivos del ego y sus ideas tienen el propósito de defender, extender, engrandecer y preservar el self.

Scolec (1951; cit. en Wells, 1976) definió al ego como un grupo de procesos de percepción, pensamiento y recuerdos como los responsables para desarrollar un plan de acción para alcanzar satisfacción por medio de respuestas y de impulsos internos. Definió al self, como las maneras en que el individuo reacciona. Y consideró que el self está constituido por 4 aspectos: Cómo la persona se percibe a sí misma; Lo que la persona piensa de sí misma; Cómo se evalúa la persona a sí misma y Cómo la persona intenta a través de varias acciones realizarse o defenderse de sí misma.

Cree que había una interacción considerable entre el self y el ego, que si los procesos del ego son efectivos en satisfacer tanto las demandas internas, como a la realidad externa la persona tiende a pensar bien de sí mismo, y que si ésta tiene una alta opinión de sí misma, va a ser más probable que funcione efectivamente.

Taylor (1956; cit. en Wells l. op. cit.) propuso que el self es el resultado de una actividad exploratoria y de la experiencia con el propio cuerpo. Durante la edad temprana el -

autoconcepto del individuo se basa en sus propias percepciones, más tarde el panorama de sí mismo está basado de acuerdo a los valores que adquiere de las interacciones con otras personas.

Adler (1957; Donelson, 1973) considera al self como un mundo interno, formado por sus propias características y su interacción con el medio ambiente.

Jung (1959; Donelson op. cit.) construye toda una teoría sobre los arquetipos colectivos; de ello define al self como un "arquetipo" en el hombre que se observa tanto en su desarrollo como en todos los aspectos de su personalidad.

Morgan (1966; cit. en Donelson op. cit.) menciona que cada sujeto tiene un concepto de sí mismo. Para la mayoría, esto es la esencia real de la personalidad. Se aprende a percibir el propio cuerpo y la conducta en la misma forma que se aprende a percibir objetos y eventos del mundo. Para él la autopercepción es la percepción del otro.

Coopersmith (1968) define el concepto de self como una abstracción que el individuo desarrolla con respecto a los atributos, capacidades, objetos y actitudes que posee y percibe. Teóricamente la persona realiza una abstracción del objeto.

Lundholm (1968; cit. en Wells op. cit.) realiza una distinción entre el self objetivo y el self subjetivo. El primero consiste en aquellos símbolos en términos de los cuales otros describen a la persona, mientras que el self subjetivo está

constituido por aquellos símbolos en términos de los cuales el individuo está consciente de sí mismo.

Lindsay (1970; cit. en Wells L. op. cit.) sostiene que el término self tiene dos significados: Las actitudes, sentimientos, percepciones y valores, como parte de un self objeto; - mientras que pensar, percibir y actuar definen al self como un proceso. El self total experimentado por un individuo, está - considerado como self fenomenológico, éste es un self observado, experimentado y juzgado por el propio individuo y del cual está consciente. La suma de toda esta conciencia de percepciones es la imagen del self.

Gergen (1971) por su parte menciona que el self puede ser puesto bajo cualquiera de las tres categorías de experiencia - del self: El Yo material, el Yo social o el Yo espiritual. En la primera una persona experimenta como su propia posesión material, no solamente a su cuerpo, sino también a su casa, su familia y los objetos físicos que le rodean. La segunda categoría incluye la conciencia que tiene el individuo de su reputación o de su identidad delante de otros. Y la tercera categoría se refiere a la conciencia del individuo de su propio proceso mental, sus pensamientos y sus sentimientos.

Shibutani T. (1971; cit. en Wells L. op. cit.) propone - que toda persona tiene una concepción de sí misma relativamente estable. Cada persona conoce su identidad y la da como algo ya elaborado, por ello no advierte cómo se va estructurando la

percepción de sí mismo. Esta concepción de sí mismo de acuerdo a este autor se elabora a partir de las propias concepciones y sensaciones que tiene una persona y aquello que proviene del mundo exterior.

Coolley (Garçon, 1971) desde una perspectiva social, describe el concepto de sí mismo como los sentimientos que siente se una persona acerca de sí misma, resultado de su interacción con otras, relaciones que afectaban desde los primeros años de vida. Reconoció, además, que el medio social del cual proviene una persona contribuye en gran medida a la percepción de sí misma. Con esta hipótesis desarrolló una teoría del self, en la cual establecía principalmente la evolución del sí mismo como una consecuencia de las interacciones personales. De esto define el concepto del self como "un espejo" o self reflejado, caracterizado por tres elementos principales: El modo de imaginar ser la experiencia propia para los demás, el modo de imaginar su juicio relativa a aquella experiencia; y una especie de sentimiento propio. Mead (1934; cit. en Allport, 1977) describe el desarrollo del sí mismo como un proceso, en el cual el niño percibe y aprende mediante la interacción con los demás, a través de actitudes, palabras, gestos, etc.

Asimismo Schutz W. (1971) afirma que más que los eventos mientras ocurridos en la infancia, los efectos que éstos tienen en el niño parecen tener gran importancia en la formación del concepto del sí mismo. Este autor mantiene que tanto los programadores como los amigos de un niño le colocan una cantidad in-

numerable de rótulos, muchos de los cuales son tomados como ciertos por el niño y asimilados al concepto que tiene de sí mismo. Una vez que esas descripciones se internalizan bloquean el desarrollo de ese aspecto de la persona. También menciona que los sentimientos de los progenitores hacia el niño se transmiten más por la vía no verbal que por la vía verbal. El adulto le comunica de mil maneras (tensiones musculares, tonos de voz, gestos faciales, etc.) sus sentimientos, contribuyendo así al concepto que él elabora de sí mismo.

Rogers (cit. en Donelson, 1973) sostiene que el desarrollo del self, mantiene su origen en la percepción aprobatoria y desaprobatoria que otorgan al individuo los demás, así una persona que se acepta a sí misma aceptará a los demás (Rogers 1951; Adler, 1929; Horney, 1939 y Fromm, 1947).

Mead (1934; cit. en Wells L., 1976) por su parte señala que el sí mismo en el individuo es el producto de una serie de conductas que el niño mantiene hacia él. Esto es, una persona llega a conocer y responder a sí misma como ella ve que los otros la responden. Es un self formado socialmente y por tanto visto como un producto social.

El sí mismo se va formando gradualmente a lo largo de la vida del individuo; Este constituye un proceso que se inicia desde los tres primeros años en el infante (Allport, 1937). Durante este proceso se logran siete aspectos de particular relevancia para la constitución del sí mismo:

1. Sentido del sí mismo corporal.
2. Sentido de una continua identidad de sí mismo.
3. Estimación de sí mismo, amor propio.
4. Extensión de sí mismo.
5. Imagen del sí mismo.
6. El sí mismo como solucionador racional.
7. Esfuerzo orientado.

Allport (1937) maneja los tres primeros aspectos como la base del desarrollo del sí mismo, posterior a éste; el individuo recibirá múltiples influencias que contribuyen a la maduración del sí mismo; esta maduración se manifiesta a través de la evolución tanto anatómica como fisiológica, sensaciones corporales, memoria y manipulación del ambiente.

En los siguientes tres años el niño confunde con mucha frecuencia la fantasía y la realidad, sin embargo, consigue situarse en el punto de vista de otra persona, lo cual intensifica su sentido de separación con respecto a los demás; el sentido del sí mismo corporal se hace más agudo en este período y se da paso a los dos siguientes aspectos del sí mismo (4 y 5). Hasta este punto la imagen de sí mismo todavía es rudimentaria el niño mediante la interacción constante con su medio llega a conocer lo que sus padres esperan de él y compara esto con la conducta que en realidad exhibe, ahora el niño puede construir fundamentos de sus intenciones y objetivos. En el siguiente período que abarca de los seis a los doce años, se desarrolla un

nuevo aspecto del sí mismo: "El sí mismo como solucionador racional" (aspecto 6) en el cual el niño empieza a mantener un pensamiento reflexivo y formal, ahora el Yo es pensador.

Por último se da el período de la adolescencia, en ésta, el individuo experimenta un estado de confusión, en él la imagen del sí mismo es dependiente en su totalidad de otras personas: aquellos propósitos y objetivos lejanos adquieren una nueva dimensión al sentido del sí mismo, se presenta el esfuerzo orientado (aspecto 7) en este último se aprecia el sentido de orientado a un objetivo definido.

Como ya se refirió el concepto del sí mismo surge en los primeros años de vida; para el infante el primer paso en el desarrollo del concepto del sí mismo es entender que él es una entidad separada y distinta. Lewis y Brooks (1978; cit. en Bee, L., 1987).

El sí mismo representa el núcleo de nuestro ser, por ello desempeña un papel primordial en la vida de todo individuo. "El sí mismo es el primer criterio de la existencia". (Allport, op. cit.).

1.2 DEFINICIONES BASICAS DE AUTOESTIMA

A partir de esta breve revisión sobre el concepto del sí mismo, podemos comprender mejor lo que es la autoestima. A lo largo de la historia la autoestima ha sido objeto de múltiples investigaciones en diversas áreas de interés, es por ello, que hoy en día contamos con una gran diversidad de definiciones sobre ésta.

Una de las principales aportaciones surge de los estudios realizados por Shibutani T. (1971) quien menciona que el hombre a través de una serie de autoconcepciones y autoevaluaciones del sí mismo, forma una estimación de sí mismo como objeto de valor, un valor es una preferencia, así el asignarse valor coloca a un individuo dentro de un orden jerárquico, es decir, lo único que uno concibe ser.

Lingren (1982) por su parte señala que el valor total que atribuimos a nuestro Yo, constituye nuestra autoestima; y al igual que otros aspectos lo aprendemos de los demás y se convierte en un reflejo del modo en que los demás nos consideran, del valor que creemos que otros nos dan, estableciendo una interacción entre la autoestima del individuo y la estimación que otros le manifiestan.

Para Cooper-Smith (1987) la autoestima es el juicio personal del valor que se expresa en las actitudes que el individuo mantiene acerca de sí mismo, es una experiencia subjetiva que

el individuo manifiesta a otros a través de reportes verbales y otras conductas expresivas abiertas. La evaluación que el individuo hace y mantiene por costumbre de sí mismo, expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en que el individuo se cree capaz, importante, exitoso y valioso; permaneciendo la autoestima constante en el individuo por varios años. Describe además tres elementos para desarrollar un alto nivel de autoestima en los niños: (1) que los niños sean aceptados por sus padres; (2) que los padres propongan límites claramente definidos para los hijos; (3) respeto, por parte de los padres, de la iniciativa individual de los niños dentro de los límites y del espacio propuesto.

El mismo autor menciona que en el concepto de autoestima se conforman varios elementos de particular importancia para su desarrollo; de éstos se destacan cuatro, que son:

1. La cantidad de respeto, aceptación y trato que recibe el individuo de otras personas significativas para él mismo. - Esto se refiere a cómo cada uno de nosotros nos valoramos a nosotros mismos y a su vez somos valorados por otras personas.

2. Este factor lo constituye nuestra historia de éxitos.- de estado y posición que tenemos en el mundo, también se refiere al reconocimiento del lugar que un individuo puede ocupar en un núcleo determinado, fundamentalmente se le designa como "estatus".

3. Como tercer principio se encuentran las formas de in-

interpretación, las cuales estarán en función de los valores que posee cada individuo.

4. Por último se menciona que las personas en cierto momento pueden sufrir una devaluación, a la cual éstas responderán a través de su autoestima, como una defensa, de acuerdo a la capacidad del individuo para definir un evento en aspectos negativos que no afectan su actitud.

El distinguido además dos aspectos de la autoestima: la expresión subjetiva, o sea, la autodescripción y autopercepción individual y la expresión comportamental de la autoestima que el individuo pone a disposición de otros observadores. La verdadera autoestima ocurre cuando la persona se siente digna y portadora de valor, y la autoestima defensiva se da cuando el individuo se siente indigno, aunque no pueda admitir tal información por ser amenazante.

Como último punto menciona que la autoestima alta no sólo significa un estado de éxito total y constante, sino también el reconocimiento de las propias debilidades y limitaciones; así mismo señala que ésta puede variar dependiendo de la experiencia, sexo, edad y otros roles importantes como puede ser la ocupación del individuo.

Por otro lado, entre las definiciones más comunes de autoestima se encuentra la de Rodríguez M. (1985), quien manifiesta que la autoestima es la base y centro del desarrollo humano, el reconocimiento, concentración y práctica de todo su poten-

cial, asimismo nos dice que cada individuo es la medida de amor hacia sí mismo, su autoestima de referencia desde el cual se proyecta. Si una persona se conoce, está consciente de sus cambios, crea sus propios valores y desarrolla sus capacidades; - y si se acepta y respeta tendrá un nivel alto de autoestima, - por el contrario si una persona no se conoce, el concepto de sí mismo es pobre, no se acepta, ni se respeta, por lo tanto tendrá un nivel bajo de autoestima.

También menciona que una persona con autoestima alta, se siente importante, tiene confianza de su propia competencia y en sus propias decisiones. Y un individuo con autoestima baja idealiza su autoimagen, reprime ciertos aspectos de su personalidad llegando incluso a desarrollar sentimientos de inseguridad e inferioridad.

Para Elkins, Roger, Maslow y Bettelheim (cit. en Rodríguez, 1985), la autoestima es la parte fundamental para que el hombre alcance la plenitud de autorrealización en salud física y mental, productividad y creatividad, es decir, en la plena expresión de sí mismo.

Hells L. (1976) define a la autoestima en términos de actitudes reflexivas; es un proceso en el cual la persona percibe características de sí misma y reacciona hacia éstas emocional o conductualmente. Esta concepción maneja la idea de actitud en diferentes sentidos (como cogniciones, sentimientos, - creencias, predisposiciones para actuar, etc.).

Cohen's (1969; cit. en Wells l. op. cit.) considera a la autoestima como el resultado de las experiencias individuales, de éxitos y fracasos, en donde las experiencias empiezan a ser comparadas con las aspiraciones individuales. Menciona además que la autoestima va a depender del grado de correspondencia entre el self "ideal" del individuo y su actual concepto de sí mismo.

Bus L. (op. cit.) encontró que la autoestima es la manera en que se conceptualiza un individuo dentro de una dimensión positiva o negativa y que surge de uno mismo, así si una persona se conoce, está consciente de sus cambios, mantendrá un nivel alto de autoestima.

Para Mirari S. (1975) la autoestima es la autoevaluación del individuo, la cual depende en gran medida de aspectos sociales y culturales, de los conocimientos y experiencias personales, así como de su relación con otros.

Gergen (op. cit.) reporta en sus últimos estudios la existencia de dos factores fundamentales en el concepto de autoestima:

1. Lo que la persona siente positivo de sí mismo. Se hipotetiza que la conducta de otros acerca de sí mismos afecta el nivel de autoestima; por ejemplo, la crítica de otros la disminuye.

2. Las diferencias de la autoestima están sistemáticamente

relacionadas con las diferencias en la conducta manifiesta. -
Aquí se podría especular que las personas con autoestima alta
tienden a tener un mayor promedio de actividad y eficiencia.

Por lo cual el mismo autor menciona que el concepto de -
autoestima se puede ver como el grado en el cual una persona -
posee sentimientos positivos o negativos hacia sí mismo, así--
mismo concluye que el nivel de autoestima varía de acuerdo al
autorreporte, donde las personas que poseen una alta autoesti-
ma tenderán a mostrar reportes más veraces sobre sí mismas que
los de baja autoestima.

1.3 FACTORES FORMATIVOS DE LA AUTOESTIMA.

La autoestima se manifiesta en gran medida a partir de la valoración que obtiene el individuo de su núcleo social, esto conlleva al reconocimiento de cualidades particulares en el sí mismo, es decir cada sociedad provee las bases o estándares - contra los cuales nuestros ideales tienden a medirse. Por ello podemos señalar que las experiencias exitosas o fracasos, subyacen tanto a la evaluación que se hace de sí mismo, como la - evaluación con respecto a un criterio o patrón establecido socialmente (Herbert H., 1983).

Festinger (1954; cit. en Herbert H. op. cit.), formuló - una teoría del proceso de comparación social, en la cual, sostiene que la mayoría de la gente mantiene sus estándares de - éxito fuera de comparación, es decir, las personas no tienden a compararse con la demás gente.

No obstante, varias investigaciones han demostrado que en tas comparaciones son básicas para la autoevaluación, debido a que los miembros de una cultura común mantienen concepciones si milares del self ideal, por lo tanto las normas o estándares - de los grupos a los cuales pertenece el individuo pueden in- fluenciar los estándares con los que se compara, sin embargo, - no sólo los estándares sociales determinan el criterio de eva- luación, sino además influye la claridad del propio criterio, - por ello las personas tienden a aprobar los aspectos de sí mis- ma que los otros apruaban y tienden a reprobar los aspectos -

que su grupo reprueba. (Herbert H. op. cit.).

From (Coopersmith, op. cit.) menciona que una persona -
construye su autoestima fundamentalmente a partir de lo que -
los otros piensan. La importancia de la percepción va a depender de las impresiones de las personas más significativas para el individuo.

Asimismo Sears (cit. en Herbert H. op. cit.) propuso que la "aprobación-autodeterminación" se deriva del reconocimiento temprano de los estándares que usan los demás para aprobar o -
desaprobar, es decir, de acuerdo con esta teoría, la aprobación y aceptación social conducirá a un nivel alto de autoestima.

Con respecto a esto, Sullivan (Coopersmith, op. cit.) encontró que las experiencias tempranas que tiene el niño en la familia, juegan un papel fundamental en sus concepciones posteriores de sí mismo. Es decir, considera que desde el primer -
día de vida, la persona se encuentra inmersa en un flujo de reflejos evaluativos. A través de ellos se empiezan a desarrollar expectativas y actitudes hacia sí mismo como individuo. -
Si estos reflejos han sido desde un principio derogativos, su autoestima será apta para ser menospreciada y hostil; mientras que si han sido en su mayoría positivos y constructivos los -
sentimientos hacia sí mismo estarán destinados a ser aprobatorios.

Erickson (cit. en Mellen L. See, op. cit.) por su parte -

considera que la autoestima se conforma en la etapa de "con--
fianza" básica vs. "desconfianza", esta etapa resulta de vital
importancia en el desarrollo de la persona, pues de ésta depen--
derá que el niño adquiera la confianza, la aceptación de sí -
mismo y hacia los demás, ya que el niño percibe que es impor--
tante y valioso para las personas que le son significativas. -
es preciso que el niño sienta, lo perciba y se dé cuenta para
que tenga confianza y esté seguro de que es amado. En una se--
gunda etapa, comienza a darse cuenta de que puede dar, empieza
a tener autocontrol y fuerza de voluntad. El mismo autor afir--
ma que en cada una de las etapas subsiguientes debe irse apo--
yando lo positivo, con lo cual la autoestima se verá enriqueci--
da y se irá afirmando; es así como la percepción que una pers--
ona tenga de sí mismo dependerá de su autoestima.

El Yo Social se manifiesta a través de la relación con su
entorno, por ello se dice que nada se realiza solo, sino a -
través de otros; de acuerdo a su autoestima serán las relacio--
nes con los demás, al acostumbrarse llevará a estimar a los -
otros (Hellen L. Bee, op. cit.).

1.4 INVESTIGACIONES SOBRE AUTOESTIMA.

La forma mediante la cual se ha investigado la autoestima varía de acuerdo al tópico y área de interés, sin embargo, los resultados de los mismos conservan ciertas características inherentes al término.

Korman (1970) realizó un estudio donde planteó una correlación entre autoestima y los reforzadores como recompensa, para ello menciona como base tres principios sobre la autoestima:

- A) La habilidad funciona como predictor de la ejecución.
- B) Tanto la habilidad como el esfuerzo se relacionan positivamente con la autoestima.
- C) La autoestima funciona como un indicador de las diferencias individuales, que facilita la expresión de la habilidad.

En base a esto el autor concluye que la habilidad será un buen predictor en sujetos con un nivel alto de autoestima; mientras el sujeto posee una alta autoestima ejecutará sus tareas con éxito.

Hauighret, Robinson y Borr (1946) llevaron a cabo una investigación con niños de diferentes niveles socioeconómicos cuyo rango de edad fue de 6 a 10 años. Estos se asignaron en subgrupos en base a la región donde ellos vivían (USA). A partir de los resultados obtenidos, concluyeron que aquellos niños cu-

yañ edades se encontraban entre los 8 y los 18 años tendían a besar su self ideal en adultos jóvenes y glamorosos, tales como estrellas de cine o atletas.

Himelweit (1955) efectuó un estudio comparativo con 600 británicos adolescentes, de los cuales 300 pertenecían a la clase social baja y 300 a la clase social media, con el fin de evaluar el grado de aceptación y autoestima; en éste se encontró que los jóvenes pertenecientes a la clase social media mostraban un nivel mayor de autoaceptación y por lo tanto un nivel más alto de autoestima, que aquellos jóvenes pertenecientes a la clase social baja.

Un estudio similar realizado con niños reporta que la autoestima de los niños de la clase social baja fue consistentemente menor que aquellos pertenecientes a la clase social media (Sewell y Hillier, 1956).

Otros autores buscaron conocer la auto percepción y la autoestima de niños entre 8 y 10 años de edad, este análisis se realizó a través de un estudio longitudinal en un periodo de dos años. Los resultados demostraron que los cambios físicos en el desarrollo de los niños, los logros escolares y la conducta socialmente aceptada, así como el trato recibido por parte de sus maestros y su familia provocaban un cambio positivo en su autoestima (Sears y Sherman, 1964).

Frecientemente se ha mostrado en los estudiosos del área social un gran interés sobre la importancia de la autoestima

en el desarrollo de los individuos, principalmente en los niveles de autoestima en función al rol sexual.

Spencer, Halmirch y Stapp (1973, cit. en Mc. Carrey, 1984) en sus investigaciones acerca de las actitudes tradicionalistas hacia la mujer encontraron que en general había opiniones preferenciales que apoyaban: 1) La división de labores en la sociedad; 2) La colocación de la mujer en la casa y 3) Que el hombre saliera al mundo laboral. Además a lo anterior se encontró que existe un patrón moral el cual hace que una serie de violaciones normativas (alcoholismo, las relaciones sexuales premaritales, etc.) sean vistos como malos y prohibidos para las mujeres, advirtiéndoles al mismo tiempo que no esperen las mismas libertades de acción que tienen y gozan los hombres.

Díaz H. (1987) en una investigación que realizó pretendía conocer las aspiraciones de la mujer mexicana, tomando como base la autoestima de aquellas que trabajan; de acuerdo a los resultados obtenidos, el autor propone que una persona puede poseer una autoestima alta o baja, si es capaz de producir un cambio en el rol tradicional que se encuentra.

Otra de las principales aportaciones que se tiene a este campo es el estudio realizado por Vite San Pedro S. (1987), el cual tuvo como primordial objetivo conocer si había diferencias en la autoestima de madres con trabajo remunerado y la autoestima de madres con trabajo doméstico. Los resultados de esta investigación fueron los siguientes: Las madres con trabajo

jo remunerado se autoevalúan negativamente como amas de casa, - posiblemente porque no lo consideran un trabajo valioso o por- que el tener un trabajo remunerado les impide dedicarse a las labores domésticas, ejecutándolas en forma deficiente, en con- traste las madres con trabajo doméstico se autovaloran positivamente como amas de casa, y se sienten competentes en su rol. La mayoría de estas mujeres no desean tener un trabajo remun- erado, sintiéndose contentas en sus casas desempeñando el rol - tradicional.

Por otro lado González E. (1989) realizó una investigación cuyo motivo fue encontrar si existía relación entre la autoes- tima y la satisfacción en el trabajo, en un grupo de mujeres - que laboran en el sector público. Los resultados muestran que sí existen diferencias significativas entre las mujeres que - ocupan puestos de diferente nivel jerárquico (alto, medio, ba- jo) encontrándose una mayor autoestima en los niveles superio- res.

Las investigaciones hasta ahora descritas permiten obser- var la importancia de la autoestima en el desarrollo de la per- sonalidad y su relación con el desempeño de ciertos roles, sus resultados muestran diversos puntos de interés que van desde - la valoración e identificación del niño con respecto a sus pa- dres hasta el valor que recibe y se otorga un individuo por - pertenecer a un determinado grupo de trabajo. En cuanto a este último es importante resaltar el avance que se ha obtenido gra- cias a los estudios nacionales reportados recientemente, en él

tes se manifiesta una gran inclinación por descubrir los cambios que ha sufrido nuestra sociedad gracias a la reestructuración en el sistema de roles tradicionalmente impuestos.

1.5 COMENTARIOS AL CONCEPTO DE AUTOESTIMA.

Las consideraciones teóricas hasta aquí revisadas, permiten matificar el criterio sobre los principales elementos que conforman el concepto de autoestima.

En primer término se manifiesta la importancia del el sí mismo como factor que antecede al desarrollo de la autoestima. Sin embargo, las aportaciones teóricas reportan que estos dos aspectos de la personalidad mantienen un desarrollo paralelo en el individuo. Invariabilmente el sí mismo tiene sus orígenes en los primeros años de vida, no obstante, su evolución es paulatina y en ésta se irán conformando las experiencias positivas y negativas que la persona va adquiriendo en la interacción con su medio ambiente.

Por otro lado la autoestima hace referencia a un conjunto de valores que el sujeto realiza sobre sí mismo, los cuales obedecen tanto a experiencias, posiciones y características propias, así como el valor que otros nos otorgan principalmente de aquellas personas que consideramos importantes. Sus orígenes se fundamentan en la aceptación de los padres primeramente, afirmándose la valía en el dominio de las tareas y reforzando continuamente el desarrollo de las capacidades, especialmente en áreas relevantes.

CAPITULO II

IMPORTANCIA DEL STATUS A PARTIR DE LA ADQUISICION
DE SOLES

2.1 ASPECTOS FUNDAMENTALES EN LA ADQUISICIÓN DEL ROL.

Los estudios actuales de la sociedad, permiten observar - que la característica más importante que hace que una comunidad o grupo (familia, club, trabajo, etc.) sea eficaz para controlar la conducta del individuo, es que cada uno desarrolle - un sistema de roles bien definidos.

Salazar (1980), señala que los orígenes y dimensiones del rol, mantienen una explicación cognoscitiva y se fundamentan - en la noción del sí mismo. Esta relación entre el sí mismo y - el rol es necesaria para que se dé una interacción social, que es a su vez la base de la vida en sociedad.

Así vemos que la noción del sí mismo tiene sus antecedentes en la teoría de William J. (1890), quien lo definía como - la suma total de todo aquello que un individuo puede llamar - propio. Esta noción permite la representación del mundo desde diferentes perspectivas: al facilitar imaginarse cómo reaccionarían otras personas en otro rol, y en una circunstancia dada ante la propia conducta, conduce al individuo hacia una comprensión y asunción de la diversidad de roles que las personas desempeñan en la vida social. Este es un mecanismo recíproco - ya que, al mismo tiempo el desarrollo de estos roles ayudará a la formación del sí mismo, creando autopercepciones de la - conducta observada y en la posición desempeñada (Salazar, 1980).

El proceso de socialización de acuerdo a Salazar (ídem) -

inicia a partir de los primeros años de vida, continuando hasta los quince años o más, en él se producen anticipaciones de las circunstancias futuras, representadas en los juegos tradicionales de imitación, donde el niño imita la conducta de los roles que desempeñan los adultos en situaciones definidas. De acuerdo a las aportaciones teóricas de este autor, el rol se utiliza para designar la suma total de patrones culturales adquiridos.

Rimball Yung (1969) realiza una estructuración del rol y encuentra que éste se constituye en dos partes: Por un lado está lo que él llama expectativa del rol, ella surge de los que las demás personas anticipan a partir de nuestras conductas, y se expresa en los ideales establecidos en términos de los roles y de los status consecuentes. Por otra parte está lo que llamamos adopción del rol, que se refiere al desempeño particular de éste.

Así los roles son conceptualizados como formas de interpretación de las labores de un patrón de acción (Miller, 1963).

Shibutani T. (1971) denomina a los roles como las contribuciones que se esperan de los diversos participantes de una estructura organizacional.

Para Saegren (cit. en Klimberg, 1965) y Sarbin (1969) el rol de una persona es un patrón o tipo de comportamiento socialmente aceptado en una situación determinada, en términos de los mandos y expectativas del grupo al cual pertenece.

A través de sus investigaciones sobre el rol, Borton (1965) y Meff (1972) definen a éste como el comportamiento o conducta que asume una persona que ocupa una determinada posición, ciertos tipos de conducta son especiales en aquellas personas que se les reconoce bajo funciones prescritas en un sistema social.

Parsons (1951) utiliza el término rol para describir los aspectos de la conducta que están regulados normalmente, como los modos en que la gente debe comportarse en términos de función social. Estos roles se apoyan en cierta reciprocidad de expectativas entre dos o más personas que están fuertemente ligadas por condiciones valorativas.

Menciona además que el rol puede explicarse como la actuación de un individuo, determinada por su participación en un proceso de interacción social, esta actuación incluye además valores y actitudes determinadas por la sociedad; Pearson (1951) realiza por otro lado una clasificación de rol, la cual corresponde al tipo de función que desempeña un individuo, con ello el autor hace referencia a los roles instrumentales y los roles expresivos, los primeros hacen alusión a los resultados de tareas donde el interés principal es la solución de problemas, mientras que los roles expresivos se centran en las tareas interpersonales asociadas a su mantenimiento y fortalecimiento.

See M. L. (1987), por su parte menciona que el rol puede definirse como un conjunto de normas sociales integradas, que

exigen del individuo que lo ocupa un determinado comportamiento. Estos roles cambian sistemáticamente durante el curso de la vida y pueden clasificarse bajo cuatro categorías: roles familiares, roles de trabajo, roles de género y roles de edad.

Salazar (1980), señala que una de las principales características del rol, consiste en ver a éste como un conjunto de expectativas compartidas por cierto número de personas, con carácter normativo, acerca de la conducta de quienes ocupan posiciones específicas en una estructura social. En función a estas expectativas los miembros de un grupo comparten percepciones estrechamente relacionadas con la posición que ocupa cada persona dentro de él.

Asimismo, menciona que la asunción del rol presupone el desempeño de una conducta característica, típica de la posición de quienes la ocupan, ésta se estructura como un patrón que implica igualmente una serie de actividades ligadas a esta posición.

Para Kroch (1978), el término rol se encuentra estrechamente relacionado con una posición y consiste en lo que se espera de un individuo en situaciones estándar; en cuanto a la posición, ésta la define como diferentes categorías dentro de ciertas clasificaciones, tal es el caso de agrupamientos profesionales, que implican a su vez, una serie de derechos y obligaciones específicas y reconocidas por una comunidad.

2.2 DEFINICIONES BASICAS DE ROL.

Para Lapache (1963) el rol puede conceptualizarse como una estructura cognoscitiva, cuyo sistema de clasificación y conceptualización facilita en el niño el ordenamiento progresivo de su medio social, y al adulto a comprender y prever los comportamientos de quienes los rodean, para responder a ello en forma adaptada.

En cuanto al concepto de rol, menciona que hay tres formas de definirlo:

Una de ellas consiste en ver al rol como un conjunto de exigencias o normas provenientes de una determinada estructura social. De acuerdo a esta postura los roles se mantienen vinculados con una posición dada en dicha estructura. Estas exigencias van acompañadas por una serie de presiones y prescripciones que caracterizan el comportamiento del individuo en su organización social. De esta manera cada individuo tiene asignado un rol determinado en función de sus aptitudes y capacidades; esta asunción de rol se mantiene gracias a un sistema de sanciones y recompensas otorgadas por el medio social del individuo.

El rol puede ser definido también, como un conjunto de actos que realizan los individuos en la medida en que ocupan una posición dada, a su vez, el rol otorga a estas conductas individuales un carácter predecible como condición indispensable -

de su vida social.

Por último, el término rol puede ser entendido como la concepción que tiene un miembro del papel que representa en una organización.

Linton (1971) y Newcomb (1960) señalan que un rol aparece como un sistema codificado para designar ciertas formas de intercambio sociales y que algún día corresponderán a los niños, a la vez que se aprende su desempeño. A este mecanismo Newcomb (1968) le llama reciprocidad, éste consiste en la atribución de perspectivas diferentes a los diferentes roles sociales, para lo cual es presupuesto básico el colocarse en el lugar de otro.

De acuerdo con Shibutani (1971) los sentimientos orientados hacia sí mismo se elaboran y se refuerzan a través de las respuestas regularizadas de los demás. Por medio de la asunción de roles una persona puede visualizarse a sí misma como objeto hacia el cual otros tienen sentimientos de respeto, admiración, etc.

En este sentido, Vite S. (1987) menciona que el adulto utiliza un amplio número de referencias provenientes de su medio social, lo que corresponde a un manejo mayor de categorías de rol que se ocupan. A través de la asunción de los diferentes roles el individuo irá formando su autoestima como respuesta tanto a la percepción de sí mismo como a los sentimientos de otras personas mostrados hacia él en cada uno de ellos, sin embargo, los grupos de mayor influencia son los grupos de referencia.

2.3 POSICION SOCIAL

Lo anteriormente expuesto permite definir la posición social como la categoría o lugar que ocupa un individuo en un sistema de clasificación social (Krech, 1978).

Linton (1971) señala que la estructura de toda sociedad puede ser explicada tipológicamente como una organización celular, la cual se manifiesta además por pequeños grupos organizados. Por consiguiente es una configuración de familia, asistentes y grupos de trabajo; en donde la posición de un individuo estará definida en términos de posición adscrita y/o posición alcanzada:

Posición Adscrita: Esta dimensión se encuentra estrechamente relacionada con la situación cultural del individuo, determinada más o menos por adelantado, es decir, el individuo no participa si no se la proporcionan.

Posición Alcanzada: Son posiciones que se consiguen con cierto esfuerzo, como lo es el trabajo.

De acuerdo a Linton (idem) y Krech (1978) las posibles posiciones de un sistema pueden ser clasificadas de la siguiente forma:

1. Por edad y sexo (hombres, mujeres, niño, etc.)
2. Por factores biológicos familiares (parentesco)
3. Por factores profesionales

4. Por factores de interés y amistad
5. Por factores de prestigio y status.

En esta investigación el interés principal se centra tanto en roles por sexo como en roles basados en factores de prestigio.

En lo que se refiere a los roles sexuales la historia nos ofrece una amplia evidencia del valor adaptativo de la división de labores por sexo entre los edemadas, es decir, las mujeres se dedicaban a la crianza y a la recolección de frutos y legumbres, mientras que los hombres se dedicaban a la caza para conseguir alimento y pieles para vestir. Hoy en día Barry, Bacon y Chind (1957; cit. en Díaz Lovinq y Díaz Guerrero, 1981), mencionan que estas diferencias están fuertemente influenciadas por las normas culturales y sociales de tal manera que se han desarrollado prácticas educativas específicas para cada sexo y papeles sexuales diferentes. Adn en sociedades industrializadas la educación se encamina a ejercer presiones sobre los niños hacia el logro y a valorarse por sí mismos, mientras que se alienta a las niñas a que sean obedientes y desarrollen los atributos necesarios para la crianza (Díaz Lovinq y Díaz Guerrero, 1981). Asimismo Álvarez (1980) señala que el condicionamiento masculino y femenino comienza desde la infancia mediante juegos y trastos para las niñas, coches y deportes para los niños; es así como desde los primeros años de vida la sociedad se encarga de guiar a los varones hacia el mundo de la creatividad, discriminando a la mujer.

Las expectativas del rol sexual característico de nuestra sociedad tienen una gran influencia en el desarrollo de las creencias y prejuicios en el niño.

Existen roles sexuales estereotipados los cuales incluyen concepciones de que las niñas y las mujeres son débiles, naturales y sumisas, mientras que los niños son fuertes, competitivos y assertivos (Robinson A., 1986). Thibaut y Kelly (1959) sugieren que en función al rol sexual generalmente los rasgos masculinos son vistos como más fuertes que los rasgos femeninos.

Muchos estudios en los últimos años muestran los estereotipos de los roles sexuales, es decir, las creencias y expectativas acerca de las diferentes características del hombre y de la mujer. A lo largo de la literatura se ha visto que los hombres son percibidos con una conducta básicamente activa, agresiva e instrumental, mientras que las conductas de las mujeres son percibidas como expresivas y educadas (Haulinger, 1979; cit. en Becilla M., 1986).

Parson y Bales (1955; cit. en Díaz Loving y Díaz Guerrero, 1981) identificaron la existencia de diferencias en el rol sexual: un papel instrumental orientado a metas que se asigna a los hombres, el cual se refiere a características tales como autoafirmación y autoprotección; y un papel expresivo orientado a las relaciones interpersonales que se asigna a las mujeres, el cual refleja un sentido de abnegación que se manifiesta en características tales como preocupación y necesidad de -

ser uno con los demás.

Mc. Carrey (1984) menciona que esta conceptualización tradicionalista se ve amplificada, cuando las mujeres buscan y ocupan trabajos en áreas donde muy pocas mujeres han incurrido y donde el trabajo involucra actividades que son raras y se asocian con características femeninas de expresividad y relaciones interpersonales.

Esta forma de adquisición de roles es el resultado de la existencia de factores políticos, culturales y económicos que influyen en las estructuras sociales correlacionados e interrelacionados, donde la mujer adquiere una posición "de lado" secundario en el sistema capitalista, en consecuencia el rol femenino se torna ambivalente entre las viejas concepciones y el afán de integrarse al mundo de trabajo. Demostrándose que en la actualidad la educación no es un elemento que le ayude a superar su posición de "segundo sexo", de marginalidad o de subempleo en determinados sectores de incursión femenina (Alvarez, 1979). En este sentido Lestaj y Martínez B. (1985) señalan que como consecuencia de la condición social o natural que ha mantenido la mujer se le han asignado tareas que son proyección de los oficios que desempeña en el hogar.

Con respecto a lo anterior Nives y Gatch (1981) y Cobell (1982, cit. en Mc. Carrey, 1984) mencionan que existe una tendencia a evaluar de manera diferente a los hombres y a las mujeres en el trabajo, lo cual está fundamentado desde una pers-

pectiva básicamente cultural, que señala una división tradicional de labores desde el nacimiento. Así las opiniones tradicionalistas en cuanto a los roles y derechos de la mujer han puesto una serie de limitaciones y prejuicios psicosociales para que la mujer obtenga oportunidades y éxitos laborales (Mc. Carrey, *idem*).

A partir de estas conceptualizaciones la mujer es considerada apta para la crianza de los niños y las actividades domésticas, mientras que el hombre tiene que presentar una mayor autoridad paternal para alimentar a los hijos a tener grandes logros escolares y a que desarrollen satisfactoriamente sus habilidades y destrezas (*idem*).

Diversas investigaciones han demostrado que el principal conflicto de la mujer inicia cuando ésta incursiona en campos importantes de trabajo considerados como exclusivos para los hombres. Benavente (1977) señala algunos de los problemas más comunes que se presentan en el ámbito profesional de la mujer:

- Constantemente se le recuerda que es poco femenina ser profesionalista y estar trabajando.

- Se le exige que su comportamiento sea "femenino", es decir, que sea complaciente, servicial, tímida y que no sea eficiente, que no busque el reconocimiento sino que permita que los hombres lo obtengan aún a su costa; que no sea agresiva, que no se defienda y que no exhiba su talento. Por lo cual la definición de estas cualidades "femeninas" o "masculinas" son

adla función del trabajo que mujeres y hombres realizan.

- Se alogia al hombre "dominante" porque sabe ejercer la autoridad y tiene éxito en su trabajo; en cambio se acusa a una mujer de "dominante" si tiene iniciativa y autoridad. En la mujer se desaprueba la conducta que es positiva profesionalmente; en el hombre se aprueba.

- Como sus colegas hombres mantienen la expectativa de que el trabajo de la mujer será inferior lo critican más severamente que en el caso de un hombre y lo ignoran.

- No se hace una separación entre la vida personal de la mujer y su vida profesional. Se mezclan las críticas a su conducta, manera de vestir y estilo de vida con las críticas a su trabajo, minimizando su desarrollo profesional.

- Si es soltera se le hace sentir que no se va a casar. Si es casada se le da a entender que está desatendiendo a su esposo y a sus hijos.

- Se le convence de que cualquier problema de equivocación, inseguridad o rendimiento se debe a problemas psicológicos personales, p. ej. muchas veces se acusa a la mujer de ser dominante porque los hombres que la rodean carecen de iniciativa. Por lo que se define siempre negativamente en relación a los hombres.

- Se le exige que no responda a agresiones, mientras que el hombre tiene el derecho a defenderse y a protestar, las mujeres

jerces van deprimiéndose hasta llegar incluso a la deformación de su carácter.

- Se le hace sentir que aunque cumpla de manera excelente su trabajo, no recibirá alguna recompensa.

- Cuando es promovida no se acepta que ello se deba a lo excelente de su trabajo, se atribuye esto a otros factores, - evitando el verdadero reconocimiento de su potencial.

Por su parte Martínez y Latapié (1983), a través de sus egredios encontró que el acceso de la mujer a la educación profesional tiende a concentrarse en algunas carreras (Ciencias Humanas, psicología, trabajo social, etc.). La raíz de esta condición marginal de la mujer en el proceso económico capitalista se encuentra en la separación entre las actividades estrictamente económicas y las domésticas que implanta este medio de producción. Esta separación refuerza la dificultad de conciliar los roles domésticos tradicionales de la mujer con sus roles ocupacionales. Consecuencia de esta separación estructural es la discontinuidad de su vida económicamente activa, el ejercicio del trabajo en tiempo parcial y, por tanto, el carácter subsidiario que adquiere en su trabajo respecto al trabajo masculino. Carrillo C. (1989) menciona que la mujer además de la actividad del hogar, la atención de los hijos, sumando a ésta el stress del trabajo producirá en ésta un desgaste orgánico, minando su capacidad y su salud.

Vainatok (1972), señala que aunque la mujer tenga activi-

dades propias fuera del hogar o incluso una carrera exitosa, - éstas son vistas y estimadas como adicionales en relación con su formación fundamental: el hogar y los hijos, es decir, el trabajo y el hogar se presentan como alternativas algunas veces irreconciliables y casi siempre conflictivas, generadoras de culpa o frustración, según se opte por una o por otra.

Por otro lado, Murphy (1974) menciona que la posición que ocupa un individuo juega un papel importante en el desarrollo de la personalidad y se encuentra determinado por las oportunidades que va adquiriendo a lo largo de su vida.

Asimismo Linton (1971) considera que las diferencias en las posiciones dentro de una cultura generan diferencias de ambiente, y por tanto proporcionan diferentes situaciones para la formación de esa personalidad en los individuos; además menciona que toda sociedad se esfuerza por "... Educar al individuo a fin de que ocupe un puesto determinado en un sistema" (2), es decir, para cada posición social se establecen respuestas manifiestas y específicas que son presentadas al sujeto en términos tales que su aprendizaje es logrado fácilmente (Salazar, 1989). "Cuando un individuo desarrolla estas respuestas, es capaz de actuar con éxito en la posición que mantiene". (3).

En cada sociedad existen ciertos esquemas o modelos idea-

(2) Linton R. CULTURA Y PERSONALIDAD: F.C.E., México, 1971.

(3) Linton R. ESTUDIO DEL HOMBRE, 5a. ed. F.C.E., México, 1971, pp. 467.

les a seguir de personas con las que uno se encuentra fuertemen-
te ligado: Las tradiciones transmiten las normas de interacción
de los individuos en situaciones dadas de generación en genera-
ción hasta que la vida obliga a desecharlas (predvechni, 1933).

Además de las características anteriores, es importante -
aclarar que una persona posee una multiplicidad de posiciones -
que se derivan de cada sistema de organización de los que for-
man parte. No obstante éstos no pueden ser desempeñados en un -
mismo momento, se habla entonces de una posición activa, que es
la que el individuo está actuando, y de una latente, cuyas fun-
ciones asociadas se mantiene suspendidas, pero sin dejar de ser
parte integrante de la misma. Generalmente se podrá responder a
una posición específica sin que haya conflicto entre las demás
funciones (Linton, 1931).

3.4 EL TRABAJO COMO UN ROL ADQUIRIDO.

Al trabajo se le ha considerado como uno de los más importantes roles que juega el individuo a lo largo de su vida; principalmente porque se ha comprobado que la actuación del individuo en roles adquiridos tiene efectos directos sobre su conducta, así como la forma de autopercepción y autovaloración. Logrando a través de la ocupación una autorrealización que dependerá en gran medida de la posición alcanzada.

Entendemos por trabajo u ocupación cuando una determinada actividad cumple con los siguientes criterios:

a) Si existe una división de trabajo en la cual se desarrollan roles funcionales distintos.

b) Cuando existe una cierta regularidad, es decir, una vinculación verdadera entre la persona y lo que hace para vivir.

c) Cuando lo que hace tiene por objeto recibir un ingreso regular (Gerth, 1963).

La historia nos muestra de diversas maneras lo que un hombre es capaz de dominar gracias a su trabajo. Este representa el medio por el cual el ser humano llega a conquistar un ambiente frío desarrollando una cultura.

Uno de los principales acontecimientos que contribuyó al estudio del trabajo, fue la Revolución Industrial; entre sus más importantes alcances está la transformación operada por la industria moderna, que tan a ésta el trabajo dejó de ser una

actividad mayoritariamente privada, para convertirse en algo predominantemente público (Murphy, 1976).

El desarrollo tanto económico como social, trajo consigo además una cierta división de labores: este cambio en la estructura del grupo social crea una forma distinta de estratificación donde los altos salarios y el prestigio son interpretados como incentivos que inducen a los individuos a competir por los roles más importantes (Barton, 1965).

Es así como la ocupación concebida como la fuente principal de ingresos se vincula directamente con la posición de clase, ya que generalmente las ocupaciones cuentan con una cuota esperada de prestigio y tanto dentro como fuera de éstas son importantes para la posición de status (Gerth, 1963).

Como resultado, el trabajo de un individuo desempeña un papel importante en su posición social, sus valores y actitudes así como el tipo de vida que despliega. Todos estos factores contribuyen a determinar la ocupación y a su vez se ven afectados por ésta. En la actualidad la ocupación de una persona no representa únicamente la manera de ganarse la vida, sino también un tipo de vida y un papel en la sociedad (Mella, 1966; cit. en Super, 1962). Este fenómeno se ve particularmente representado en el trabajador mexicano para quien su trabajo viene a ser un aspecto fundamental en la constitución de su propia estima; tal como lo menciona Díaz Guerrero (1977) existe una necesidad inherente al ser humano que es la preserva---

ción de la propia estima, ésta comprende a su vez dos aspectos: Uno el de poder autovalorarse con firmeza y más o menos positivamente, es decir considerarse a sí mismo como valioso; un segundo aspecto se refiere a ser valorado altamente por los demás.

En lo que se refiere a la autovaloración, como ya se mencionó, depende en gran medida de la actuación que hayamos mantenido en el pasado, el aprovechamiento favorable de oportunidades, el aprendizaje y el trabajo; es importante señalar que si este último se ha desempeñado satisfactoriamente se obtendrá una cierta seguridad y apreciación de la propia valía.

No obstante esta valoración de sí mismo se ve complementada por la evaluación que otros hacen de nosotros, ésta es la necesidad de ser reconocidos y se relaciona frecuentemente por el prestigio.

Una vez que se ha satisfecho adecuadamente estas necesidades la persona tendrá un sentimiento de seguridad y valía personal. Asimismo se bloquea dará como resultado sentimientos de inferioridad e inseguridad.

En una sociedad industrial donde el status social depende en gran medida del trabajo que desempeña más que de las cualidades personales de un individuo, los hombres se categorizan y se juzgan mutuamente en función de sus ocupaciones (Shibutani, 1971). Estos roles, como ya vimos, están determinados culturalmente y ejercen una gran influencia sobre las personas que los

representan.

Así vemos que los miembros de una comunidad ocupan diversas posiciones en los sistemas de status de su grupo, como pueden ser: clase social, riqueza, profesión, puesto laboral, etc. Asimismo, los sistemas de status no se encuentran en la misma forma (abiertos o cerrados) en todas las sociedades, sino que varían de acuerdo a las necesidades de cada sociedad.

En las sociedades muy desarrolladas y complejas, existe un cierto número de status permanentes y elaborados, en los cuales las personas se ordenan por rangos, prestigio o valía social (Krech, 1978).

De todo lo anterior se desprende la hipótesis de que el status de un hombre puede estar basado principalmente en su ocupación, vista en las sociedades modernas como una actividad institucionalizada, que integra decisivamente al hombre en la sociedad (Gerth, 1968).

También es importante observar que el prestigio o status implica por lo menos dos personas: uno que lo pretende y otro que lo otorga. Las bases sobre las cuales diversas personas pretenden prestigio y las razones sobre las cuales otros lo aceptan, incluyen: el origen, la propiedad, la educación, la ocupación, el ingreso o el poder. En el sistema de status de una sociedad estas pretensiones están organizadas como reglas y expectativas que gobiernan a quienes pretenden prestigio exitosamente, así como la forma en que lo pretenden y sobre qué

bases. Debido a la importancia del prestigio social, el nivel de autoestima que gozan algunas individuos está más o menos influenciado por este sistema de status (Berth, op. cit.).

tus como la importancia relativa de una persona de acuerdo al lugar que posee en su sociedad.

Secord y Backman (1961), señalan que el status es el valor de una persona tal como se le estima por parte del grupo - al cual pertenece. La base de esta evaluación depende en alto grado de los atributos, características y/o roles del individuo. Al status se le ha considerado también como una dimensión de las relaciones interpersonales, vista como un determinante de los patrones que forman las comunicaciones. En los grupos - pequeños de valor cada individuo es evaluado por todos los miembros de una forma previamente aceptada, a esto se le ha llamado estructura de status.

Para fines del presente estudio se ha tomado el concepto de status propuesto por Linton (1971), quien lo define como - "la posición que un individuo ocupa en un sistema dado, en un determinado momento, basado principalmente en el prestigio" (4).

Este último se ha considerado una necesidad casi tan anti-gua como la sociedad, el cual representa a su vez una de las - consecuencias de la estratificación social y se refiere a la - cantidad y la clase de atención que se recibe; así como al renombre, ascendiente, influencia y/o reputación que posee un individuo sobre otro (Orlorn, Nibhos: 1971).

(4) Linton R. CULTURA Y PERSONALIDAD. Ed. F.C.E., México, 1971.

3.6 AUTOESTIMA Y STATUS.

En cada sociedad existen ciertos esquemas o modelos ideales de conducta; en este esquema cada persona que actúa ocupa una posición la que se determina concretamente con la confrontación con otras posiciones. Al entrar en interacción cada uno se orienta al status del otro y elige para sí el rol correspondiente. Si la persona ha definido su propio status y el ajeno, al igual que los otros participantes, es evidente que se comporta como es debido, es decir, que realiza lo que se espera de él en esa situación. Si no se da esa concordancia surgen tensiones y conflictos.

Así los atributos que proveen las mayores recompensas a la gran mayoría de las personas, están asociadas con la máxima aprobación social y por tanto con el máximo status (Secord y Backman, 1961).

Después de esta breve revisión sobre lo que es el status, podemos darnos cuenta que la posición que un individuo ocupa dentro de una sociedad, da a éste un sentido de valor personal o autoestima que varía de acuerdo al grado de prestigio social, el cual se encuentra asociado con una gran variedad de factores entre los cuales encontramos las distintas ocupaciones y el lugar que se ocupa dentro de éstas.

La autovaloración del hombre se determina también en gran medida por los roles sociales que desempeña y por el lugar que

ocupa en la colectividad. El individuo se ve a sí mismo a través de los ojos de su grupo, valora su conducta desde el punto de vista de las normas aprobadas por todos (Predvechni, 1983).

Cuanto más elevado es el prestigio social del papel desempeñado mayores razones tiene quien lo ejecuta para autovalorarse positivamente (Predvechni, *Idem*).

En nuestra sociedad pues, el nivel de autoestima de una persona se encuentra en cierta medida ligada a lo que hace para ganarse la vida (Shibutani, 1971).

La ordenación de individuos y grupos en series de prestigio pueden quedar vinculadas con la adscripción formal de diferentes formas de conducta a personas de diferente posición en dicha serie. Aún en las sociedades poco estructuradas generalmente se espera un comportamiento específico de aquellas personas que gozan de un elevado prestigio: en México por ejemplo - al escuchar que una persona ejerce la profesión de médico, se le relaciona inmediatamente con un alto prestigio, e incluso con un status superior, motivo por el cual algunos profesionales de esta carrera llegan a valorarse en grados superiores - aun cuando éstos apenas cursen los primeros años de la carrera.

Para la mayoría de los trabajadores, la profundidad de las relaciones entre el trabajador y la autoestima no es muy evidente, sin embargo, si alguien no trabaja se le asocia fuertemente con sentimientos de disminución de la dignidad personal (Woff, 1973). Asimismo quienes desempeñan tareas sin pres-

tigio tales como: vigilantes, recolectores de residuos, etc., se ven a veces avergonzados de sí mismos, éstos se caracterizan frecuentemente por un bajo nivel de autoestima (Shibutani, 1971).

Por otro lado, la cantidad de habilidades intelectuales adquiridas por la educación es un punto clave para la autoestima. No obstante, la preparación sola no es una base tan uniforme de prestigio, como lo es la preparación vinculada con ocupaciones muy estimadas por la sociedad (Gerth, 1963).

2.3 LAS PROFESIONES EN MEXICO

Desde hace tiempo se ha tratado de interpretar las motivaciones e inclinaciones del trabajador mexicano.

La historia nos muestra cómo a partir de la conquista de los españoles, el mexicano se ha visto marginado en ciertas actividades u ocupaciones, por ser éstas consideradas como menospreciadas, tal es el caso de las actividades manuales o de trabajo mecánico. Por ello es excepcional que en México se designe por su nombre de origen u oficio a una multitud de personal, lo que en otros países no existe este tipo de connotación: un determinado oficio se resulta para otras culturas esta calidad despectiva que nominativamente tiene en México (Ramírez, 1974).

Durante la época colonial, las profesiones más destacadas eran aquellas relacionadas con las facultades de la Universidad: Teología, Derecho y Medicina; esto se debía en gran medida al alto nivel jerárquico de su clientela. Esta situación provocó que la asistencia a la universidad, la familiaridad con la cultura y el ser miembro de tal profesión daban derecho a un prestigio social (Elliott P., 1974).

"En esta época la ocupación se ha convertido en el indicador clave de la posición social", (5)

(5) Elliott P. PSICOLOGIA DE LAS PROFESIONES. Ed. Tecnos, Madrid, 1974, p. 42.

1.7.1 STATUS DEL MEDICO.

"La mayor parte de su existencia el hombre vivió como un nómada a expensas de las fuentes fortuitas de alimento y, como los demás animales de su habitat natural, sujeto a su selección natural estricta, lo que mantuvo a la enfermedad en una frecuencia baja con poblaciones pequeñas. Desde la aparición del hombre en la Tierra se inician las prácticas de la medicina, los hechos mismos que realizaron los hombres primitivos en forma instintiva, de inmovilizar huesos fracturados en un combate y coecria, la acción de comprimir una región anatómica, cohibir una hemorragia, etc., fueron quizá las acciones más sencillas que precedieron a la aparición de esta profesión tan indispensable a los humanos, conocida con el nombre de medicina" (6).

Por otro lado, el avance espectacular de las ciencias biológicas en el presente siglo, contribuyó a proyectar la imagen de la medicina como ciencia puramente biológica, sin embargo, en épocas recientes ha crecido el interés por estudiar al hombre, no sólo como organismo biológico aislado, sino también como ente social inseparable del núcleo familiar y de la comunidad donde vive. Uno de los resultados de este nuevo enfoque fue reconocer la estrecha relación entre el individuo, familia

(6) Barquin C. HISTORIA DE LA MEDICINA. 2a. ed. Ed. Librería de Medicina. México, 1979, pp. 3-4.

y sociedad.

Es indudable que los adelantos de la sociología junto a poderosos factores económicos y políticos, han contribuido a modificar las ideas sobre la atención de la salud de las colectividades humanas. En consecuencia han desarrollado en las últimas décadas el concepto de la medicina social cuya aplicación significa un progreso considerable en relación con el concepto tradicional del ejercicio de la medicina individual.

El concepto de la medicina social se basa en los siguientes principios:

1. La influencia de los factores sociales y culturales en la salud y la enfermedad.

2. Recíprocamente, la repercusión de la salud en la familia y la sociedad.

3. El derecho a la salud, que entre otras condiciones requiere atención médica eficiente y oportuna independientemente de la capacidad económica del solicitante.

4. La investigación de los problemas de salud de la comunidad, así como la participación activa de los miembros en la solución de tales problemas.

5. La organización adecuada de los sistemas médico-sanitarios, a fin de proporcionar a la colectividad los servicios de medicina preventiva, curativa y de rehabilitación, es decir, los servicios de la medicina según se consideran en la colectividad.

Así concebida la medicina social se convierte en una de las principales instituciones de la sociedad.

En lo que respecta al ejercicio del médico, no es posible hablar de una época específica, ya que desde los más remotos tiempos existen sistemas mixtos, con responsabilidad social del médico.

A la llegada de los españoles, durante las primeras décadas coloniales, tanto la instrucción como la reglamentación de los médicos se llevaron a cabo en forma poco estructuradas. No fue sino hasta 1527 cuando el ayuntamiento de la Ciudad de México aceptó una cédula traída de España por el médico Pedro López, mediante la cual se le nombró primer protomédico de la Nueva España.

Fue hasta 1578 cuando se estableció una cátedra de medicina en la Universidad de México, 25 años después de su apertura (C.F.R. Arce G., 1982).

Aunque entre los siglos XI y XVIII los nombres de físico y "maestro de llagas", se habían cambiado por los de médico y cirujano, se mantuvo una marcada diferenciación social entre las dos profesiones, hasta mediados del siglo XIX los médicos como graduados de la Universidad disfrutaban de un prestigio social.

La seguridad social se institucionaliza en México y en la mayoría de los países de América Latina hacia el cuarto dece-

nio del presente siglo, como consecuencia de los cambios operados durante y después de la Segunda Guerra Mundial. Se plantea un nuevo sistema de contratación del médico, en el que los fondos provienen de los trabajadores, patrones y el Estado. El médico se convierte en trabajador de una empresa no lucrativa pero no descansa también en la productividad del beneficiario.

Gradualmente surge una profesión médica unificada de la combinación de una profesión de status.

A través del anterior análisis sobre el papel que ha desempeñado el médico en la sociedad, resulta evidente señalar la elevada estimación que el profesional médico goza, gracias a sus servicios para una comunidad, además de poseer un prestigio considerable.

La profesión médica es especialmente útil como muestra, ya que las distintas tradiciones de organización profesional y ocupacional discutidos anteriormente en este capítulo ilustran la continuidad histórica dentro del cambio social que esquematiza la comprensión de las profesiones y el profesionalismo moderno. El caso de la medicina es también especialmente relevante, ya que esta profesión a menudo se considera que representa el ideal profesional en nuestra sociedad. Goza de un alto prestigio social y realiza servicios esenciales dentro de la comunidad respaldados por conocimientos y experiencias eficaces.

2.3.2 STATUS DEL ENFERMERO

La enfermería ha sido una necesidad humana desde las sociedades primitivas. En un principio las actividades de enfermería que consistían en el cuidado de los heridos y enfermos fueron desempeñadas por las madres u otras mujeres de la familia o del grupo, frecuentemente desarrollaban tal habilidad hasta adquirir renombre en su comunidad. En la era moderna, el ejercicio de la enfermería se conceptualiza de forma menos empírica.

En México en el período Precolonial no se tienen antecedentes de la práctica de la enfermería, aunque es importante recordar que en América Latina, antes de la conquista, el grado de desarrollo en aspectos de salud que se había alcanzado por los indígenas era bastante aceptable y la condición social de la mujer era diferente a la que imperaba en el viejo mundo. En el aspecto de salud, la mujer representaba dos papeles de suma importancia, uno como deidad (los aztecas veneraban a varias diosas, como la de la fertilidad, la diosa de la tierra y la de la salud) un segundo papel de gran importancia y prestigio era el de Tixti (comadrona), mujer al cuidado de la embarazada y del recién nacido.

En la época precortesiana la medicina se entremezclaba con la magia y la religión; y la posición social de una mujer con el prestigio y la divinidad, ya que en caso de morir durante el parto la ascendía a categoría de Diosa.

Al ser conquistados los pueblos latinoamericanos, con los primeros conquistadores vinieron algunas matronas como Isabel Rodríguez, la que fundamentalmente se dedicó a la atención de soldados españoles heridos en combate, siendo las Órdenes religiosas las que tomaran en sus manos la atención médica y de enfermería indígenas (Valdézquez, 1985).

El cristianismo tuvo gran influencia en el cuidado de los enfermos, y en los primeros días de la iglesia las hermanas - diaconesas estudian a la casa de los enfermos con el objeto de cuidarlos. Al fundarse los primeros hospitales, las mujeres - que tenían a su cargo el cuidado de los enfermos poseían poco o ningún adiestramiento. La carrera de enfermería reconoce como su fundadora a Florence Nightingale, quien estableció la - primera escuela moderna para enfermeras en el Hospital de Santo Tomás en Londres, Inglaterra (Valdézquez, 1984).

En México la primera escuela de enfermería fue fundada en el año de 1807, y se encontraba ubicada en el Hospital General, la fundación de la escuela tuvo como finalidad egresar enfermeras que contaran con una formación específica que les permitiera llenar los lugares que habían sido dejados por las religiosas; la disciplina que imperó fue desde un principio militarizada, extendiendo categorías que pasaban desde aspirantes, enfermeras segundas y enfermeras primeras, pidiéndose únicamente como requisito haber cursado hasta cuarto año de primaria.

En 1910 quedó encorredada la formación profesional de la

enfermera a la Escuela Nacional de Medicina de la UNAM, recibiendo gran influencia de enseñanzas norteamericanas y alemanas.

Del primer congreso de enfermería (1933) surgió la idea de que se cursara la secundaria previa a la carrera de enfermería y en 1935 fue requisito indispensable, así como para poder estudiar obstetricia se hizo obligatorio cursar primero la enfermería.

En 1945 los doctores Cayetano Quintanilla y Everardo Landa, lograron la autonomía de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (E.N.E.O.) de la facultad de medicina de la UNAM. Para lo cual se consideró y equipó un local en el Hospital General para impartir algunas cátedras.

En 1952, después de la organización del primer curso de enfermería, se gestionó ante las autoridades de la UNAM el traslado de la escuela a un edificio más amplio, localizado en Lerma No. 76, México, D.F.

En 1946 funge como directora la Mc. Esther Chapa Tíñajera, posteriormente el Mc. Alejandro Guevara Rojas (1966-1974) quien gestiona al Consejo Universitario la reforma de los planes de estudio de la carrera, estableciéndose así la licenciatura de enfermería y obstetricia con duración de cuatro años, adoptándose el sistema de semestres y créditos.

En el año de 1979 se hacen las gestiones ante las autori-

dades universitarias para la construcción de un edificio propio para el plantel inaugurándose éste el día 12 de julio del mismo año.

Hasta el momento existen en México 119 escuelas de enfermería de las cuales 23 se encuentran ubicadas en el Distrito Federal, y 97 en diversos estados de la República Mexicana.

Del total de escuelas 31 corresponden a la UNAM; 3 de éstas dependen directamente (E.N.E.O., Escuela de Enfermería de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales de Ixtapala, Escuela de Enfermería de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza), y las 28 restantes son incorporadas, de éstas 14 están ubicadas en el D.F.

Actualmente existen tres tipos de personal de enfermería: La enfermería profesional, la enfermería técnica y la auxiliar de enfermería. La carrera de Licenciatura en Enfermería incluye el grado de bachiller en ciencias. El programa de este tipo de enfermería requiere de cuatro años. La enfermería técnica exige haber cursado la secundaria y tres años de enfermería con práctica hospitalaria, cualquiera que sea el tipo de estudio ésta deberá obtener un título reconocido por el gobierno, lo que le da derecho a inscribirse como enfermera registrada. La enfermera práctica, o auxiliar de enfermería, sigue un curso de un año después del cual obtiene su licencia para trabajar en esa categoría (Morales de Salazar, 1980).

Es así como en un intento por mejorar la calidad del ser-

vicio profesional de enfermería y continuar con el ritmo del progreso se creó la licenciatura en enfermería, la que en algunos países cuenta con alrededor de veinte años de implantada, estos profesionistas han conseguido un reconocimiento y status social bastante aceptable, sin embargo, en México no se han alcanzado las metas propuestas, como consecuencia del crecimiento immoderado de médicos, el numeroso contingente de auxiliares de enfermería, la concentración de profesionistas en las áreas urbanas, las políticas de salud que imperan, entre otros (Velázquez, 1984; Martínez, Latapí, 1985) señalan que existe una gran resistencia a otorgarle a la carrera de enfermería un carácter universitario, lo que se atribuye tanto al sistema de salud, el cual busca conservar el bajo costo en su mano de obra, como a la presión del gremio médico que pugna por mantener su dominación sobre la enfermera.

Por otro lado el desarrollo histórico-social de la carrera de enfermería permite observar el carácter subalterno de la enfermería respecto al gremio médico. En su origen como carrera formal, la enfermería es propuesta, organizada y dirigida por médicos; en la actualidad la tercera parte de las escuelas tienen a médicos por directores, el carácter subalterno que ha adquirido la carrera es el reflejo de la práctica, en la cual la enfermería presta al gremio médico un servicio indispensable, como mano de obra barata, manual, dócil y disciplinada (Martínez, Latapí, 1985).

Es importante destacar que uno de los efectos de esta su-

bordinación es la parcialización del campo de la enfermería; - en tanto el supuesto de que el médico posee la capacidad de - atender todas las necesidades de salud, la enfermera no es con siderada responsable, ni capaz de atender todas esas necesida- des, sino sólo aquellas que el médico le indique, en lo que se refiere al proceso global de salud-enfermedad objeto del servi cio médico, escapa a la práctica de enfermería la cual se cen tra en la atención de fragmentos de ese proceso que el médico dispone (Martínez, Latapi, ídem).

Con respecto al mercado de trabajo, éste se encuentra pín namente confinado al Sector Salud, por ende, el ejercicio libe ral de la profesión es prácticamente imposible, los cursos de - ascenso y superación profesional están asimismo preestableci- dos por requerimientos del sistema de salud, las escuelas ajug tan la formación de la enfermería a ese mercado preestablecido y carecen de la fuerza y creatividad necesaria para modificar la política de salud, los modelos de atención o las condicio- nes del ejercicio de sus egresados (Martínez y Latapi, 1985).

Como consecuencia de todas las características del gremio de enfermería, éste ha manifestado una escasa capacidad de or ganización, incluso de conciencia profesional y gremial.

La enfermería, a pesar de ser una profesión que ha estado presente en todo lo largo de la historia, no alcanza reconoci miento académico hasta fines del siglo pasado, con esto pode- mos observar que su evolución ha sido lenta y tórpida; se pleg

se que en gran parte esta situación se ha visto favorecida por ser una carrera formada principalmente por mujeres (Velázquez, 1984).

Sin embargo esta organización y planeación del granio de enfermería obedece a un sistema todavía más amplio, el cual se remonta desde la división entre el trabajo intelectual y manual. Martínez B. y Latapi (1985, a este respecto indican que dentro del sistema capitalista aquellos que organizan y coordinan la división del trabajo, asignan a sus funciones una valoración más alta (tareas de tipo intelectual) que la que asignan a quienes ejecutan lo que se prescribe, otorgándoles además de remuneraciones altas un mayor prestigio social.

Esta situación se explica porque en la mayor parte de las culturas conocidas se asigna a la mujer funciones importantes relacionadas con la atención a la salud, debido a su estrecha relación con los hijos y por sus responsabilidades hogareñas, vigila por la salud de la familia extendiendo sus servicios a otras familias. Estos elementos sirven de base para que la enfermería como profesión femenina en el campo de la salud, adopte en su organización un carácter de práctica, por una parte indispensable pero subordinada (Martínez B. y Latapi, 1985). - Tales elementos ideológicos contribuyen a preservar las posiciones privilegiadas del varón en las profesiones de la atención a la salud y a integrar a la enfermera como profesión subordinada y complementaria (idem).

Secord y Beckman (1976) indican que las mismas enfermeras al igual que sus pacientes esperan que éstas se comporten como substitutas de la madre cuyas obligaciones cubren toda la gama de actividades del hogar.

En la época actual el área de enfermería ha sufrido una amplia expansión, sin embargo, la percepción de la misma es casi idéntica a la que se mantenía (Benoit-Sullivan, 1944; cit. en Secord y Beckman, op. cit.), a través de sus estudios encontraron que las enfermeras hacían un intento por adquirir un status igual al del médico, es decir, tratan con pacientes siguiendo el status superior de su médico-jefe, sin embargo no le ha sido posible lograrlo.

2.8 REVISIÓN TEÓRICA DE INVESTIGACIONES RELACIONADAS AL CONCEPTO DE STATUS.

Numerosos psicólogos y sociólogos han intentado descubrir el impacto que produce en la conducta y en general en la personalidad de un individuo el status que ocupa en un sistema; a raíz de esto en 1942 Hyman (Cfr. Super, 1962) realizó un estudio que consistió principalmente en la observación de la auto-evaluación que un individuo posee en función a la comparación que establece con los demás; en la investigación participaron 11 sujetos adultos, a éstos se les preguntaba si pensaban que su situación era superior o inferior a la de otros sujetos y de esta manera consideraban su status. En cada una de las diferentes posiciones que el sujeto refería se le preguntaba con qué grupo de individuos se comparaba su status. Hyman a través de su estudio concluyó que la valoración individual de sí mismo se hallaba primariamente determinada por la percepción de su posición relativa o por el nivel de ejecución en dos grupos de referencias: grupos a los que pertenece el sujeto, y grupos a los que no pertenece pero desea pertenecer.

Más tarde, en 1953, Harvey (Cfr. Krech, 1978) inició una investigación con 10 grupos, cada grupo formado por tres personas: una persona del primer, otra del último y uno de los medianos de clases de sexto año de bachillerato. Después de 10 ensayos el sujeto decía en voz alta previamente qué puntaje esperaba alcanzar en el próximo ensayo, sus dos compañeros escri-

bían sus estimaciones antes de que el sujeto dijera en voz alta la puntuación. Lo que se encontró en esta investigación, - fue que cuanto más alto sea el status de un individuo en su grupo, más tenderá a hiperestimarse y viceversa, cuanto más baja sea su ejecución menos tenderá a hiperestimarse. Harvey también observó que los miembros de una posición elevada no sólo establecían objetivos muy altos, sino que sus compañeros esperaban que tuvieran un rendimiento alto.

Robert L. Kahn y colaboradores (1964, cit. en Krach, 1978) quienes estudiaron los efectos de la ambigüedad y el conflicto de los roles en los medios industriales, pensaron que los roles de una organización están engranados y forman una serie de sistemas relacionados entre sí. A través de este estudio se observó que los individuos que desempeñan determinados roles, - responden a expectativas de otros relacionados con los mismos, así como sus propias expectativas. Esta investigación permitió además obtener una segunda conclusión basada en los niveles de ejecución: aquellos niveles basados en la autovaloración se hallan determinados tanto por el status relativo del individuo, - esto es, un status superior conducirá a niveles superiores de aspiración y viceversa, un status más bajo conducirá a niveles bajos de superación. Además de que el individuo de status superior tenderá a recibir estímulos procedentes de otras personas que servirán a su vez para reforzar su alta autoestima.

Moore (1947, cit. en Super, 1962) llegó a clasificar los criterios de posición social en riqueza e ingresos, nivel y ti

po de vida, intereses normales y afiliaciones sociales. Todos los cuales, por otra parte, se presentan en grado elevado en la ocupación; a través de dicho estudio se propone una hipótesis de la correlación entre la ocupación y los criterios, concluyendo que la ocupación es el índice de posición social más común.

Este estudio se vio apoyado más tarde por las investigaciones de Warner (1955) basado en una valoración de la posición.

Hughes (1945, cit. en Super, 1962) menciona que los últimos estudios acerca de la ocupación como función social han demostrado que el conjunto de aspiraciones o proyectos de representación que lleva una ocupación determinada, dan lugar a que se manifiesten en los individuos que la ejercen una serie de valores y actitudes características.

2.9 FORMULACIONES DE COMENTARIOS GENERALES.

Las teorías anteriormente expuestas permiten esclarecer el concepto y las implicaciones específicas del status, a su vez se ha explicado que inherente al término se manifiesta otro importante proceso que es la autoestimación.

Cabe recordar que la autoestima se forma a partir del concepto que cada persona tiene de sí misma, el cual se empieza a desarrollar desde los primeros años de vida, conformándose a través de las experiencias tanto positivas como negativas que el individuo experimenta en la constante interacción con su entorno, es por ello que los diferentes roles que ocupa éste a lo largo de su vida (sexo, edad, parentesco, profesión y/o prestigio), van a influir en su autoestimación.

Hasta ahora pocos investigadores han demostrado interés hacia este campo, no obstante, la importancia del mismo lleva implicaciones ampliamente experimentadas por cada uno de nosotros. Por un lado el status que cada profesionista mantiene ha sido explicado desde tiempos remotos como el lugar que ocupa el individuo en su medio social, sin embargo, esto no es sino el resultado de una interacción social que se mantiene a través de la adquisición de derechos y obligaciones otorgadas a la persona que lo ocupa; asimismo, éstas generan la reafirmación de pautas conductuales que debe desarrollar la persona que goza del mismo.

Uno de los criterios que se ha utilizado frecuentemente -

para determinar el status lo es sin duda el trabajo, la razón de éste obedece a la organización político-administrativa del país, en el cual el trabajo no sólo representa una forma primitiva de subsistencia, sino que además se convierte en el mejor indicador de la valía personal. Invariablemente aquellas personas cuya profesión es altamente valorada por la sociedad goza de un determinado trato y estilo de vida, contribuyendo así a la elevación de su autoestima.

En función a lo anterior podemos decir, que las personas se agrupan y se diferencian por su prestigio e importancia en relación a otras; así encontramos que existen profesiones que lo ejemplifican perfectamente, tal es el caso de la medicina y la enfermería; ya que mientras que la primera ha gozado desde su aparición de una alta valoración por la comunidad, la enfermería se ha visto subestimada por la sociedad. Las últimas investigaciones reportan cómo el profesionista médico ocupa uno de los lugares más altos en la escala piramidal de prestigio, mientras que los profesionistas que ejercen como enfermeros se han visto delegados a una segunda categoría, esto se debe en gran parte, como señala Velázquez (1984), a que la carrera de enfermería no ha alcanzado reconocimiento académico por lo cual su evolución ha sido muy lenta; asimismo otro factor que afecta al personal de enfermería es la subordinación que ha sufrido a lo largo de su historia por parte del granje médico, aunado a la conceptualización que se tiene como una carrera básicamente de mujeres.

CAPITULO III

METEOLOGIA, RESULTADOS Y CONCLUSIONES

3.1 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

Una de las principales y más importantes labores que desarrolla el psicólogo es la de investigación, con la cual se pretende conocer el porqué del comportamiento humano, con la finalidad de realizar aportaciones acerca del mismo, es ésta el principal propósito que lleva a tratar el tema, buscando contribuir en la medida de nuestras posibilidades a un mejor conocimiento de la autoestima, su importancia y repercusión en el desempeño profesional.

Considerando lo anterior, el problema general que se plantea es el siguiente:

PROBLEMA GENERAL:

¿Cómo influye el status del médico y del enfermero en su autoestima?

PROBLEMA ESPECIFICO:

¿Existen diferencias en la autoestima del profesionista - médico hombre y el profesionista médico mujer?

¿Existen diferencias en la autoestima del profesionista - enfermero hombre y el profesionista enfermero mujer?

3.2 HIPOTESIS

HIPOTESIS DE TRABAJO:

1. El nivel de autoestima será diferente entre aquellas - personas que se desempeñan profesionalmente como médicos, que en aquellas personas que se desempeñan como enfermeros.

2. El nivel de autoestima será diferente entre profesio-- nistas médicos hombres y profesionistas médicos mujeres.

3. El nivel de autoestima será diferente entre profesio-- nistas enfermeros hombres y profesionistas enfermeras mujeres.

4. Habrá interacción entre las variables (status y sexo).

HIPOTESIS NULA:

1. No existen diferencias estadísticamente significativas entre la autoestima que poseen los médicos y los enfermeros.

2. No existen diferencias estadísticamente significativas entre la autoestima que posee el médico y la médica.

3. No existen diferencias estadísticamente significativas entre la autoestima que posee el enfermero y la autoestima de la enfermera.

4. No habrá interacción entre las variables (status y sexo).

HIPOTESIS ALTERNAS:

1. Si existen diferencias estadísticamente significativas entre la autoestima que poseen los médicos y los enfermeros.

2. Si existen diferencias estadísticamente significativas entre la autoestima que posee el médico y la autoestima que posee la enfermera.

3. Si existen diferencias estadísticamente significativas entre la autoestima que posee el enfermero y la autoestima de la enfermera.

4. Si existe interacción entre las variables (status y sexo).

IDENTIFICACION DE VARIABLES:

VARIABLE INDEPENDIENTE:

	- STATUS DE MEDICO.
STATUS:	- STATUS DEL ENFERMERO.
	- MASCULINO.
SEXO:	- FEMENINO.

DEFINICION CONCEPTUAL:

STATUS: Este se define como la posición que un individuo ocupa en un sistema dado en un determinado momento, basado en el prestigio (Linton, 1971).

SEXO: Desde el punto de vista biológico nos desarrollamos cuando así lo ordenan partículas minúsculas de moléculas llamadas genes, y que determinan nuestro género así como el curso de nuestro crecimiento como hombre o mujer (William H. Gotwald, 1978).

DEFINICION OPERACIONAL:

STATUS: Se consideró de acuerdo a la posición que socialmente se le asigna al médico y al enfermero dentro de la comunidad.

SEXO: Se consideró apejándose a la definición conceptual como profesionalista hombre o profesionalista mujer.

VARIABLE DEPENDIENTE:

AUTOESTIMA.

DEFINICION CONCEPTUAL:

Se refiere a la evaluación que el individuo hace y mantiene por costumbre respecto de sí mismo; expresa una actitud de aprobación e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, importante, exitoso, valioso, etc. (Coopersmith, 1967).

DEFINICION OPERACIONAL:

Se consideró de acuerdo al puntaje obtenido en la escala de autoconcepto de La Foa J. (1966).

M E T O D O

SUJETOS:

La muestra del estudio estuvo integrada por 100 sujetos, - médicos y enfermeros del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Centro Médico "La Raza", y del Hospital General de Zona No. 76. De éstos 100 pertenecieron a la categoría de médico de base (50 del sexo masculino y 50 del sexo femenino), los 100 restantes fueron trabajadores de base de la categoría de enfermería, indistintamente licenciado, auxiliar o técnico en enfermería (50 del sexo masculino y 50 del sexo femenino), cuyas edades fluctuaron entre los 25 y 45 años de edad; por último, que estuvieran en completa disposición de contestar el cuestionario.

MUESTREO:

El tipo de muestreo fue no probabilístico, accidental y - de cuota. No probabilístico porque no todos los médicos y enfermeros de dichas unidades del I.M.S.S., de 25 a 45 años, tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos, accidental por - la situación de que los sujetos que formaron parte de la muestra sólo fueron aquellos que estuvieron dispuestos a proporcionar la información requerida para el estudio; por último el - muestreo fue de cuota, ya que en base a la variable independiente se fijó una cuota de 100 médicos y 100 enfermeros.

TIPO DE ESTUDIO:

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

La investigación representa un estudio evaluativo de campo, debido a que los sujetos fueron entrevistados en su medio natural, esto es, se acudió al I.M.S.S., con el fin de poder generalizar los resultados a la población total.

DISEÑO:

Es un diseño factorial de 2×2 , ya que en la investigación se trabajó con 2 variables independientes (status y sexo) con la finalidad de estudiar su efecto sobre la variable dependiente (autoestima).

S E X O

		MASC.	FEM.
S T A T U S	MEDICO		
	ENFERMERO		

I N S T R U M E N T O

Se utilizó como instrumento la escala de autoconcepto La Rosa, 1986, con una confiabilidad de .94 obtenida a través de la prueba de Alpha de Cronbach (índice de consistencia interna). Por otro lado "los datos obtenidos con la aplicación de la escala de autoconcepto fueron sometidos a los análisis factoriales con rotaciones varimax y oblicuas para verificar la validez de construcción de la misma" (7). Modificada para medir autoestima; ésta es una escala de diferencial semántico que consta de 64 adjetivos auto-descriptivos, de los cuales 34 son positivos y 30 son negativos, construidos con base en los siguientes factores:

- F1. Social 1 (17, 32, 37, 44, 47, 56, 58, 57, 59, 63).
- F2. Emocional 1 (14, 16, 21, 30, 43, 46, 53, 58).
- F3. Social 2 (1, 3, 28, 40, 42, 45, 51, 64).
- F4. Emocional 2 (2, 11, 36, 55, 48, 62).
- F5. Ocupacional (7, 18, 23, 25, 29, 34, 39, 52).
- F6. Emocional 3 (5, 15, 20, 22, 24, 31, 33, 35, 38).
- F7. Etico (8, 10, 12, 19, 27, 49).
- F8. Iniciativa (26, 41, 48, 54, 61).
- F9. Social 3 (4, 6, 9, 13).

(7) La Rosa J. Escalas de Locus de Control y Autoconcepto: Construcción y validación. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. U.N.A.M. 1984, p. 57.

DIMENSION SOCIAL:

Se refiere al comportamiento del individuo en la interacción con sus semejantes y posee de una gran universalidad porque abarca tanto las relaciones con sus familiares como la manera en que una persona realiza sus interacciones con sus jefes o subordinados, conocidos o no.

La dimensión social es representada por los factores 1, 3 y 9. La social 1 (Factor 1) podría ser llamada "sociabilidad - afiliativa" porque especifica en el polo positivo el estilo - afiliativo en relación con los demás. La subdimensión social 2 (Factor 3) podría ser denominada "sociabilidad expresiva" porque se refiere a la comunicación o expresión del individuo en el medio social. La social 3 (Factor 9) define el aspecto positivo, es decir, la persona accesible a la cual se aproximan - los demás con confianza porque podrán contar con comprensión. - Se decidió llamarla "accesibilidad".

LA DIMENSION EMOCIONAL. Abarca los sentimientos y emociones de la persona, consideradas desde un punto de vista intrasubjetivo, e intersubjetivo y desde el punto de vista de su sanidad o no. La subdimensión emocional 1 (Factor 2) caracteriza la vida emocional (intrasubjetiva) o sea los estados de ánimo experimentados en la subjetividad, este factor fue llamado "estados de ánimo" o "emociones intrasubjetivas".

La emocional 2 (Factor 4) considera los sentimientos intersubjetivos, es decir, el "otro" es el objeto de los senti-

mientos personales, fue llamada "sentimientos interindividuales".

La emocional 3 (Factor 6) enfoca los aspectos intraindividual desde el punto de vista de su sanidad o no, es decir, si son o no productos de salud mental, a esta subdimensión se le nombró "salud emocional".

LA DIMENSION OCUPACIONAL. Se refiere al funcionamiento y habilidades del individuo en su trabajo, ocupación o profesión y se extiende tanto a la situación del estudiante como el trabajador, funcionario, profesionista, etc. (Factor 5).

LA DIMENSION ETICA. Concierne al aspecto de congruencia o no con los valores personales y que son, en general, un reflejo de los valores culturales más amplios o de grupos particulares en una cultura dada.

Por último LA DIMENSION INICIATIVA. Se refiere a si la persona tiene o carece de la iniciativa en diferentes campos de la actividad humana (de la Rosa, ídem).

Con el objeto de medir la autoestima en médicos y enfermeros, finalidad de esta investigación, se modificó la escala en su forma original basándose en la teoría de Cohen A. (1959; cit. en Wells L., 1976) el cual considera que "La autoestima es el resultado de las experiencias que empiezan a ser comparadas con las aspiraciones individuales. Además menciona que la autoestima va a depender del grado de correspondencia entre el self ideal del individuo y su actual concepto de sí mismo".

En función a ésta, la escala quedó constituida por 168 reactivos, cada uno de ellos compuesto por dos enunciados, de éstos el primero hace referencia a como somos (self real), mientras que el segundo se refiere a como nos gustaría ser (self ideal); en conjunto darán como resultado la autoestima de los sujetos (VER ANEXO "C").

PROCEDIMIENTO: El instrumento se aplicó en forma individual, dentro de las instituciones del Seguro Social (Centro Médico La Raza y H. G. I. No. 76). Los aplicadores se presentaron a los sujetos, explicando el propósito de la investigación, agradeciendo su colaboración para ello.

Posteriormente se les entregó el cuestionario, con las siguientes instrucciones: "A continuación encontrará un conjunto de adjetivos que sirven para describir cómo es usted y cómo le gustaría ser. Conteste cada uno de los reactivos tan rápido como le sea posible, sin ser descuidado, utilizando la primera impresión.

Acuérdese que en general hay una distancia entre lo que somos y lo que nos gustaría ser. Conteste aquí cómo es usted y cómo le gustaría ser. Gracias".

Finalmente se resolvieron y aclararon dudas, procediendo a la resolución del cuestionario.

RESULTADOS

En la presente investigación se aplicó el programa ANOVA (Análisis de varianza) del paquete estadístico (SPSS) aplicado a las ciencias sociales (Núe. Hull. Bent, Jenkins; 1980) para comparar las variables independientes, sexo y profesión, con la variable dependiente, en este caso la Autoestima que tiene un nivel de medición intervalar; asimismo se aplicó con el objetivo de conocer la interacción entre sexo y profesión (Hombres médicos, hombres enfermeros, mujeres médicas y mujeres enfermeras). Los resultados obtenidos se presentan a continuación:

Con respecto al Factor Social 2, Expresividad, no se encontraron diferencias significativas por profesión, sin embargo, sí se encontraron diferencias significativas por sexo [$F(1, 195) = 4.66, p = 0.032$], observando que los hombres presentan una autovaloración social (real) más alta ($\bar{X} = 4.69$) que las mujeres ($\bar{X} = 4.29$).

En cuanto al Factor 5, Ocupacional, no se encontraron diferencias significativas por sexo, no obstante, sí se encontraron diferencias significativas por profesión [$F(1, 195) = 6.54, p = 0.01$], observándose que los médicos presentan una autovaloración (real) más alta ($\bar{X} = 5.59$) en cuanto a su ocupación que los enfermeros ($\bar{X} = 5.30$).

Por otro lado, se observó que con respecto al Factor 6, Salud Emocional, no existen diferencias significativas por sexo

$F(1, 195) = 6.58, p = 0.01$], esto nos muestra que los hombres poseen una autovaloración en cuanto a su Salud Emocional (real) más alta ($\bar{X} = 4.43$) que la que poseen las mujeres ($\bar{X} = 4.30$).

En cuanto al Factor 7, Ético, se observó que no existen - diferencias significativas por sexo, sin embargo, sí se encontraron diferencias significativas por profesión $F(1, 195) = 4.13, p = 0.01$], lo cual indica que los médicos presentan una autovaloración ética (real) más alta ($\bar{X} = 5.65$) que la que poseen - los enfermeros ($\bar{X} = 5.32$).

En el Factor Social 3, Accesibilidad (real), no se encontraron diferencias significativas por profesión, marcando sin embargo, diferencias significativas por sexo $F(1, 195) = 7.73, p = 0.00$], señalando que los hombres tienden a autovalorarse - como más accesibles ($\bar{X} = 5.65$) que las mujeres ($\bar{X} = 4.68$).

En lo referente al Factor Iniciativa, no se encontraron - diferencias significativas por sexo, no obstante, sí se encontraron diferencias significativas por profesión $F(1, 195) = 1.03, p = 0.01$], lo cual señala que los médicos se autovaloran con - una iniciativa (real) más alta ($\bar{X} = 5.43$) que los enfermeros - ($\bar{X} = 5.21$). (VER TABLA 1).

Como siguiente punto se encontró que en el Factor Social 1, Afiliación, no existen diferencias significativas en cuanto al sexo, así en cuanto a la profesión, ya que en ésta se encontró que sí existen diferencias significativas $F(1, 195) = 1.62, p = 0.05$], esto nos muestra que los médicos desean ser más afi

liativos ($\bar{X} = 5.0$) que los enfermeros ($\bar{X} = 5.58$).

Por otro lado, para el Factor Emocional 1, Estados de Animo (ideal), no se encontraron diferencias significativas ni por sexo, ni por profesión; no obstante, se encontró que había una interacción entre ambas $F(1, 193) = 3.62, p = 0.02$, observándose que los hombres cuya profesión es médico ($\bar{X} = 4.09$) y las mujeres cuya profesión es enfermera ($\bar{X} = 4.08$) buscan tener una autovaloración más alta en este factor, que las mujeres con profesión de médico ($\bar{X} = 5.90$) y los hombres que ejercen como enfermeros ($\bar{X} = 5.64$).

Con respecto al Factor Emocional 2 (ideal) Sentimientos Interindividuales, no se encontraron diferencias significativas ni por profesión ni por sexo, sin embargo, se encontró una interacción entre ambas $F(1, 193) = 3.07, p = 0.03$, esto señala que los hombres que se desempeñan profesionalmente como médicos ($\bar{X} = 5.93$) y las mujeres cuya profesión es enfermera ($\bar{X} = 5.98$) tienden a una autovaloración más alta en este factor que las mujeres que se desempeñan profesionalmente como médicas ($\bar{X} = 5.67$) y los hombres que ejercen como enfermeros ($\bar{X} = 5.58$).

En lo que se refiere al Factor 3, Ocupacional (ideal), se encontró que no existen diferencias significativas en cuanto al sexo, pero sí se encontraron diferencias significativas en cuanto a la profesión $F(1, 193) = 3.07, p = 0.08$, lo cual nos indica que los médicos tienden a una autovaloración con

TABLE 1. Analisis de varianza de las variables Sexo y Profesion con los 9 factores reales.

FACTOR	VARIABLES	F	P	ADOPCION O RECHAZO DE LA HIPOTESIS.
F1 = SOCIAL 1	PROFESION	1.42	0.23	
	SEXO	0.06	0.80	
	PROF. X SEXO	0.00	0.97	
F2 = EMOCIONAL 1	PROFESION	1.36	0.26	
	SEXO	0.89	0.34	
	PROF. X SEXO	1.32	0.25	
F3 = SOCIAL 2	PROFESION	0.19	0.65	SE ACEPTA LA HIPOTESIS ALTERN.
	SEXO	4.66	0.03*	
	PROF. X SEXO	2.43	0.12	
F4 = EMOCIONAL 2	PROFESION	0.48	0.48	
	SEXO	1.42	0.23	
	PROF. X SEXO	0.00	0.96	
F5 = OCUPACIONAL	PROFESION	6.54	0.01*	SE ACEPTA LA HIPOTESIS ALTERN.
	SEXO	0.46	0.49	
	PROF. X SEXO	0.54	0.42	
F6 = EMOCIONAL 3	PROFESION	0.06	0.79	SE ACEPTA LA HIPOTESIS ALTERN.
	SEXO	6.58	0.01*	
	PROF. X SEXO	0.12	0.72	
F7 = ETICO	PROFESION	6.13	0.01*	SE ACEPTA LA HIPOTESIS ALTERN.
	SEXO	1.37	0.24	
	PROF. X SEXO	1.69	0.19	
F8 = INCLUSIVE	PROFESION	3.03	0.08	
	SEXO	0.05	0.81	
	PROF. X SEXO	2.13	0.14	
F9 = SOCIAL 3	PROFESION	0.11	0.73	SE ACEPTA LA HIPOTESIS ALTERN.
	SEXO	7.73	0.00*	
	PROF. X SEXO	1.37	0.24	

* $P < 0.05$

respecto a su ocupación más alta ($\bar{X} = 4.16$) que el personal de enfermería ($\bar{X} = 5.91$). Asimismo se encontró que había una interacción entre ambas variables [sexo y profesión] $F(1, 195) = 1.35$, $p = 0.06$], lo cual nos señala que los hombres cuya profesión es médico ($\bar{X} = 6.22$) y las mujeres que se desempeñan profesionalmente como enfermeras ($\bar{X} = 6.18$) buscan una autovaloración más alta en este factor, que las mujeres con profesión de médico ($\bar{X} = 4.09$) y los hombres que ejercen como enfermeros ($\bar{X} = 5.71$).

En cuanto al Factor 7, Ético (ideal), se reporta que existen diferencias significativas por sexo $F(1, 195) = 3.72$, $p = 0.06$], esto es, las mujeres buscan ser más éticas ($\bar{X} = 5.99$) que los hombres ($\bar{X} = 5.73$), asimismo se observaron diferencias significativas por profesión $F(1, 195) = 3.13$, $p = 0.07$, lo cual indica que los médicos pretenden obtener una autovaloración más alta ($\bar{X} = 5.98$) en este factor, que los enfermeros ($\bar{X} = 5.74$).

Con respecto al Factor 8, Iniciativa (ideal) no se encontraron diferencias significativas por sexo, pero sí se encontraron diferencias significativas por profesión $F(1, 195) = 3.24$, $p = 0.07$], señalando que los médicos buscan tener una mayor iniciativa ($\bar{X} = 5.84$) que los enfermeros ($\bar{X} = 5.59$). (VER TABLA 2).

Finalmente podemos observar que en los siguientes Factores (reales e ideales) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas: En los Factores reales: Social 1 (Afi-

TABLE 3. Análisis de varianzas de las variables Sexo y Profesión con los 9 Factores Ideales.

FACTOR	VARIABLES	F	P	ACEPTACION O RECHAZO DE HIPOTESIS
FI1 = SOCIAL 1	PROFESION	3.62	0.06*	SE ACEPTA LA HIPOTESIS ALTERN.
	SEXO	1.65	0.19	
	PROF. X SEXO	0.04	0.82	
FI2 = EMOCIONAL 1	PROFESION	1.41	0.23	SE ACEPTA LA HIPOTESIS ALTERN.
	SEXO	0.51	0.47	
	PROF. X SEXO	4.80	0.02*	
FI3 = SOCIAL 2	PROFESION	0.81	0.36	
	SEXO	0.50	0.47	
	PROF. X SEXO	8.60	0.01	
FI4 = EMOCIONAL 2	PROFESION	0.24	0.61	SE ACEPTA LA HIPOTESIS ALTERN.
	SEXO	0.01	0.89	
	PROF. X SEXO	4.32	0.03*	
FI5 = COOPERACIONAL	PROFESION	1.07	0.29	
	SEXO	8.81	0.26	
	PROF. X SEXO	3.20	0.06	
FI6 = EMOCIONAL 3	PROFESION	0.17	0.68	
	SEXO	2.26	0.13	
	PROF. X SEXO	1.92	0.16	
FI7 = ETICO	PROFESION	1.17	0.27	SE ACEPTA LA HIPOTESIS ALTERN.
	SEXO	1.72	0.09*	
	PROF. X SEXO	0.21	0.64	
FI8 = INICIATIVA	PROFESION	1.26	0.26	
	SEXO	5.43	0.02*	
	PROF. X SEXO	0.03	0.82	
FI9 = SOCIAL 3	PROFESION	2.28	0.13	
	SEXO	0.04	0.82	
	PROF. X SEXO	0.18	0.66	

* p = 0.05
c

liativo), Factor Emocional 1 (Estado de Animo) y Factor 4 Emocional 2 (Sentimientos Interindividuales). Asimismo en los Factores Ideales: Social 2 (expresividad), Factor 6 Emocional 3 (Salud Emocional) y Factor 9 Social 3 (Aceptabilidad).

Con respecto a la autoestima, en el Factor Social 2, Expresividad, no se encontraron diferencias significativas por profesión, no obstante, sí se encontraron diferencias significativas por sexo $F(1, 195) = 1.37, p = 0.00$, lo cual nos indica que los hombres presentan una autoestima en cuanto a su expresividad más alta ($\bar{X} = 0.91$) que las mujeres ($\bar{X} = 1.30$). Asimismo se observó que había una interacción entre las variables sexo y profesión $F(1, 195) = 4.71, p = 0.03$, lo cual nos señala que los hombres que ejercen como enfermeros ($\bar{X} = 0.71$) y los hombres que se desempeñan profesionalmente como médicos ($\bar{X} = 1.08$) poseen una alta autoestima en este factor, que las mujeres con profesión de médico ($\bar{X} = 1.16$) y las mujeres que ejercen como enfermeras ($\bar{X} = 1.41$).

En cuanto al Factor 4 Emocional 2, no se encontraron diferencias significativas ni por sexo ni por profesión sin embargo, se encontró una interacción entre ambas $F(1, 195) = 1.90, p = 0.04$, esto es, que los hombres que ejercen como enfermeros ($\bar{X} = 0.35$) y las mujeres que se desempeñan profesionalmente como médicos ($\bar{X} = 0.51$) mantienen una autoestima con respecto a sus sentimientos interindividuales más alta, que la que poseen los hombres que se desempeñan profesionalmente como médicos ($\bar{X} = 0.63$) y las mujeres que ejercen como enfermeras -

($\bar{X} = 0.81$).

Por otro lado se observó que con respecto al Factor 4, Salud Emocional, no existen diferencias significativas en cuanto a la profesión, pero sí se encontraron diferencias significativas por sexo $F(1, 195) = 12.97, p = 0.00$, esto nos muestra que los hombres poseen una mayor autoestima en cuanto a su Salud Emocional ($\bar{X} = 1.54$) que las mujeres ($\bar{X} = 1.43$).

En lo que se refiere al Factor 9, Social 3, se encontraron diferencias significativas por sexo $F(1, 195) = 5.05, p = 0.03$, esto significa que los hombres se autovaloraron como más accesibles ($\bar{X} = 0.47$) que las mujeres ($\bar{X} = 0.41$); asimismo se observaron diferencias significativas por profesión $F(1, 195) = 3.18, p = 0.07$, lo cual indica que los enfermeros obtuvieron una autoestima en este factor más alta ($\bar{X} = 0.72$) que los médicos ($\bar{X} = 0.39$). (VER TABLA 3).

Por último, se pudo observar que no se encontraron diferencias significativas en los siguientes factores (autoestima) F1 Social 1, F2 Emocional 1, F5 Ocupacional, F3 Ético y F6 Iniciativa.

TABLA 3. Análisis de varianza de las variables Sexo y Profesión con la variable Autoestima.

FACTOR	VARIABLES	F	p	ACEPTACION O RECHAZO DE HIPOTESIS
AUTO1 = SOCIAL 1	PROFESION	0.65	0.41	
	SEXO	3.43	0.12	
	PROF. X SEXO	0.04	0.80	
AUTO2 = EMOCIONAL 1	PROFESION	0.05	0.90	
	SEXO	2.36	0.12	
	PROF. X SEXO	1.12	0.29	
AUTO3 = SOCIAL 2	PROFESION	0.09	0.76	SE ACEPTA LA HIPOTESIS ALTERNIA.
	SEXO	7.37	0.00*	
	PROF. X SEXO	4.71	0.03*	
AUTO4 = EMOCIONAL 2	PROFESION	0.00	0.97	SE ACEPTA LA HIPOTESIS ALTERNIA.
	SEXO	1.50	0.22	
	PROF. X SEXO	3.90	0.04*	
AUTO5 = CULPACIONAL	PROFESION	0.00	0.76	
	SEXO	2.01	0.15	
	PROF. X SEXO	1.20	0.24	
AUTO6 = EMOCIONAL 3	PROFESION	0.00	0.94	SE ACEPTA LA HIPOTESIS ALTERNIA.
	SEXO	12.87	0.00*	
	PROF. X SEXO	1.95	0.16	
AUTO7 = ETICO	PROFESION	0.52	0.47	
	SEXO	0.63	0.42	
	PROF. X SEXO	0.77	0.38	
AUTO8 = INHIBITIVA	PROFESION	0.65	0.41	
	SEXO	0.17	0.67	
	PROF. X SEXO	2.08	0.15	
AUTO9 = SOCIAL 3	PROFESION	1.28	0.27	SE ACEPTA LA HIPOTESIS ALTERNIA.
	SEXO	3.03	0.02*	
	PROF. X SEXO	2.11	0.14	

* p = 0.05
c

COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON

Como segundo programa se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson, debido a que se tiene un nivel de medición intervalar, además de que se busca conocer la relación que existe entre los 9 factores de la escala, así como la relación existente entre los Factores del Yo real y los Factores del Yo ideal. Los resultados obtenidos indicaron lo siguiente:

Para el Factor Social 3 (real) se encontró que existe una alta asociación con los Factores Emocional 2 $r = .53$, Social 2 $r = .60$, Emocional 1, $r = .54$ y Social 1 $r = .54$ ($p = 0.05$), lo cual indica que a mayor accesibilidad por parte del sujeto, éste mostrará ser más afiliativo y accesible, así como un mejor estado de ánimo, proyectando mejores sentimientos hacia los demás, no obstante se observó una baja correlación con el Factor Iniciativa $r = .17$, Etico $r = .44$, Emocional 3 $r = .36$, Ocupacional $r = .44$ y con todos los factores ideales ($r < .30$ con una $p = 0.05$).

Con respecto al Factor Iniciativa (real) se observó una alta correlación con los factores Etico $r = .59$, Ocupacional 4 $r = .51$, Emocional 2 $r = .56$, Emocional 1 $r = .59$ y Social 1 $r = .68$ ($p = 0.05$), lo cual señala que a mayor iniciativa en el sujeto, mayor congruencia en sus valores personales y mejores habilidades laborales por parte del mismo, así como mejores sentimientos intra e interindividuales, lo cual le llevará a mostrarse más afiliativo con los demás, sin embargo se mant

vo una baja asociación con los Factores Emocional 1 $r = .29$, - Social 2 $r = .44$ ($p = 0.00$) y los nueve Factores ideales = = ($r < .50$ con una $p = 0.00$).

En lo que se refiere al Factor Ético se obtuvo una alta - correlación con los Factores Ocupacional . = .63, Emocional 2 $r = .51$, Emocional 1 $r = .49$, Social 1 $r = .53$ y el Factor Éti- co ideal. Esto indica que a mayor congruencia con sus valores personales el sujeto presentará mayores habilidades en su tra- bajo, asimismo considerará poseer un mejor estado de ánimo que lo llevará a mantener mejores relaciones con los demás perci- biéndose afiliativo, probablemente esta situación lo lleve a - buscar ser más ético, no obstante, se encontró una baja asoci- ción ($r < .50$, con una $p = 0.00$) con los Factores Emocional 3,- Social 2 y los ocho Factores ideales restantes.

En el Factor Emocional 3 (real) se encontró una alta co- rrelación con el Factor Emocional 1 $r = .52$ con una $p = 0.00$, - esto señala que cuanto mejor sea la salud emocional del sujeto, éste presentará un mejor estado de ánimo. No obstante, se ob- servó una baja asociación ($r < .50$ y una $p = 0.00$) con los Fac- tores Ocupacional, Emocional 2, Social 2, Social 1 y con los 9 Factores ideales.

Para el Factor Ocupacional (real), se obtuvo una alta corr- elación con los Factores Emocional 2 $r = .50$, Emocional 1 $r = .65$ y Social 1 $r = .56$ (con una $p = 0.00$), esto indica que cuanto mayores habilidades laborales posea el sujeto, éste considera-

rá tener un mejor estado de ánimo que lo llevará a mantener mejores relaciones interpersonales y ser más afiliativo, sin embargo, existió una baja asociación ($r < .50$ con una $p = 0.00$) con todos los factores ideales.

En lo referente al Factor Emocional 2, se observó una alta correlación con los Factores Emocional 1 $r = .65$ con una $p = 0.00$ y Social 1 $r = .64$ y una $p = 0.00$, lo cual indicará que a mejores sentimientos interindividuales, el sujeto presentará un mejor estado de ánimo, mostrándose con una mayor afiliatividad; no obstante, se encontró una baja asociación con los 3 factores ideales ($r < .50$ con una $p = 0.00$).

Con respecto al Factor Social 2, se obtuvo una alta asociación con los Factores Emocional 1 $r = .65$ y una $p = 0.00$ y Social 1 $r = .63$ con una $p = 0.00$, esto señala que a mayor expresividad por parte del sujeto, éste presentará un mejor estado de ánimo y por tanto una mayor afiliatividad, sin embargo, se encontró una baja correlación con los 3 Factores ideales ($r < .50$ y una $p = 0.00$).

Para el Factor Emocional 3, se encontró una alta asociación con el Factor Social 1 $r = .78$ con una $p = 0.00$ por tanto a mejor estado de ánimo, mayor afiliatividad presentará el sujeto; no obstante, se conservó una baja correlación con todos los factores ideales ($r < .50$ y una $p = 0.00$).

Con respecto al Factor Social 3 (real), se observó una baja correlación con los 3 Factores ideales ($r < .50$ y una $p = 0.00$).

Por otro lado se encontró para el Factor Social 3 (ideal) una elevada asociación ($r > .50$ con una $p = 0.00$) con los Factores Iniciativa (ideal), Etico (ideal), Ocupacional (ideal), Emocional 2 (ideal), Social 2 (ideal), lo cual nos indica que cuanto más accesible pretenda ser una persona mayor iniciativa buscará tener, asimismo pretenderá mayor congruencia en sus valores personales, tal situación le lleva al individuo además a tener ideales más altos en su trabajo con respecto a sus habilidades laborales, buscará mejores relaciones con sus semejantes siendo más sociable y buscando tener un mejor estado de ánimo, sin embargo se obtuvo una mediana correlación con el Factor Emocional 2 (ideal) $r = .44$ y una $p = 0.00$, lo cual sugiere que tener mayor salud emocional no es tan importante como los otros factores.

Con respecto al Factor Iniciativa (ideal) se observó una alta asociación ($r > .50$ con una $p = 0.00$) con los Factores Etico (ideal), Emocional 2 (ideal), Ocupacional (ideal), Emocional 1 (ideal), Social 2 (ideal), Emocional 1 (ideal) y Social 1 (ideal), esto indica que cuanto mayor iniciativa busque una persona más congruencia en sus valores pretenderá tener, así como una mayor sanidad emocional; la búsqueda de iniciativa le llevará además a poseer elevados ideales acerca de sus habilidades laborales, le gustaría ser más afiliativo y expresivo con los demás, por último pretenderá tener mejores sentimientos inter e intraindividuales.

En el Factor Etico (ideal) se observa una alta asociación

($r = .58$ con una $p = 0.00$) con los Factores Ocupacional (ideal), Emocional 2 (ideal), Social 2 (ideal), Emocional 1 (ideal) y por último Social 1 (ideal). Se advierte a esto aquellas personas cuyo ideal es poseer mayor congruencia en sus valores personales, buenas mejoras sentimientos inter e intraindividuales, éstas desearían además un mejor funcionamiento en su trabajo, ocupación o profesión. No obstante, con el Factor Emocional 3 (ideal) se mantuvo una mediana asociación $r = .48$ y una $p = 0.00$, que indica que en la búsqueda de mayor congruencia en los valores de un individuo no es tan importante una mayor salud emocional.

En lo que se refiere al Factor Emocional 3 (ideal) una alta asociación ($r = .58$ con una $p = 0.00$) con los Factores Emocional 2 (ideal), Social 2 (ideal), Emocional 1 (ideal) y Social 1 (ideal); por tanto cuanto mayor sanidad emocional mejores sentimientos inter e intraindividuales deseará poseer, así mismo buscará ser más afiliciativo y expresivo en la interacción con sus semejantes. Por otro lado, es importante señalar que para estas personas no resulta fundamental mejorar en muchas de sus habilidades de trabajo observándose una asociación para el Factor Ocupacional (ideal) $r = .48$ y una $p = 0.00$.

En el Factor Ocupacional (ideal) se encontraron niveles elevados de asociación ($r = .58$ con una $p = 0.00$), especialmente con el Factor Emocional 1 (ideal), además de los Factores Emocional 2 (ideal), Social 2 (ideal) y Social 1 (ideal). Esto indica que aquellos individuos que desean superarse en cuanto

a sus habilidades de trabajo consideran fundamental sentirse - satisfechos consigo mismo, mantener mejores sentimientos interindividuales y, por último, desearían mejorar sus relaciones y comunicación con los demás.

Con respecto al Factor Emocional 2 (ideal) se encontró - una alta asociación ($r > .50$ con una $p = 0.00$) con los Factores Social 1 (ideal), Emocional 1 (ideal) y Social 2 (ideal). Esto señala que cuanto mayores sentimientos interindividuales busque tener un individuo mayores estados intrasubjetivos desea ser él el mismo, además éste desea mejorar su comunicación buscando ser más afiliativo.

En el Factor Social 2 (ideal) hubo una asociación elevada ($r > .50$ con una $p = 0.00$) con los Factores Social 1 (ideal) y Emocional 2 (ideal), por lo cual podemos decir que si una persona busca mejorar su comunicación con los demás buscará ser - más afiliativo y mantener una mayor estabilidad emocional.

Por último, en el Factor Emocional 1 (ideal) y el Factor Social 1 (ideal), se observó una asociación $r = .73$ con una $p = 0.00$, esto indica que el buscar mayor estabilidad emocional lleva a un individuo a desear ser más afiliativo en sus relaciones con sus semejantes.

TABLE 4. (continued) (continued)

50 IDEAL										50 IDEAL									
PSOCIAL 1	PSOCIAL 2									PSOCIAL 1 IDEAL	PSOCIAL 2 IDEAL								
PSOCIAL 1	PSOCIAL 1	PSOCIAL 2	PSOCIAL 2	PSOCIAL 3	PSOCIAL 3	PSOCIAL 4	PSOCIAL 4	PSOCIAL 5	PSOCIAL 5	PSOCIAL 1 IDEAL	PSOCIAL 1 IDEAL	PSOCIAL 2 IDEAL	PSOCIAL 2 IDEAL	PSOCIAL 3 IDEAL	PSOCIAL 3 IDEAL	PSOCIAL 4 IDEAL	PSOCIAL 4 IDEAL	PSOCIAL 5 IDEAL	
PSOCIAL 1	PSOCIAL 2	PSOCIAL 3	PSOCIAL 4	PSOCIAL 5	PSOCIAL 6	PSOCIAL 7	PSOCIAL 8	PSOCIAL 9	PSOCIAL 10	PSOCIAL 1 IDEAL	PSOCIAL 2 IDEAL	PSOCIAL 3 IDEAL	PSOCIAL 4 IDEAL	PSOCIAL 5 IDEAL	PSOCIAL 6 IDEAL	PSOCIAL 7 IDEAL	PSOCIAL 8 IDEAL	PSOCIAL 9 IDEAL	PSOCIAL 10 IDEAL
PS																			
PS	0.37*																		
PS	0.48*	0.58*																	
PS	0.35*	0.35*	0.35*																
PS	0.48*	0.51*	0.43*	0.31*															
PS	0.52*	0.54*	0.52*	0.42*	0.50*														
PS	0.62*	0.48*	0.38*	0.28*	0.44*	0.43*													
PS	0.58*	0.58*	0.58*	0.52*	0.63*	0.63*	0.62*												
PS	0.54*	0.68*	0.52*	0.38*	0.56*	0.64*	0.63*	0.78*											
PS	0.41*	0.35*	0.38*	0.22*	0.21*	0.23*	0.17*	0.28*	0.28*										
PS	0.29*	0.18*	0.18*	0.15*	0.20*	0.26*	0.28*	0.42*	0.38*	0.33*									
PS	0.32*	0.35*	0.58*	0.25*	0.21*	0.23*	0.28*	0.38*	0.38*	0.43*	0.46*								
PS	0.28*	0.18*	0.19*	0.19*	0.18*	0.28*	0.36*	0.36*	0.37*	0.44*	0.54*	0.48*							
PS	0.31*	0.32*	0.38*	0.13*	0.18*	0.21*	0.20*	0.35*	0.37*	0.42*	0.42*	0.49*	0.43*						
PS	0.31*	0.38*	0.42*	0.24*	0.25*	0.43*	0.32*	0.32*	0.32*	0.54*	0.61*	0.42*	0.52*	0.46*					
PS	0.41*	0.35*	0.38*	0.13*	0.18*	0.21*	0.20*	0.40*	0.40*	0.48*	0.62*	0.51*	0.54*	0.52*	0.60*				
PS	0.28*	0.32*	0.39*	0.14*	0.18*	0.26*	0.28*	0.42*	0.38*	0.39*	0.74*	0.48*	0.52*	0.73*	0.68*	0.65*			
PS	0.38*	0.38*	0.41*	0.28*	0.24*	0.42*	0.38*	0.62*	0.48*	0.51*	0.67*	0.45*	0.58*	0.62*	0.67*	0.61*	0.52*		

D I S C U S I O N

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación, se pudo observar que con respecto a la expresividad, los hombres se reportaron como poseedores de una mayor expresividad que las mujeres, esto posiblemente se deba a la marginación que ha sufrido la mujer en los medios laborales, en donde el hombre ha ocupado tradicionalmente los puestos de más alta jerarquía, otorgándole el derecho de poder expresarse ampliamente, mientras que la mujer se ha visto constantemente limitada en la manifestación de sus ideas. En función a esto Besaveña G. (1977) manifiesta que mientras socialmente se elogia al hombre "dominante" porque sabe ejercer la autoridad y tiene éxito en su trabajo, a la mujer se le acusa de "dominante" si tiene iniciativa y autoridad, asimismo señala que mientras en la mujer se desaproba la libre expresión de sus pensamientos, en el hombre se aprueba.

En lo referente a la ocupación, se encontró que los médicos valoran considerablemente más su ocupación que los enfermeros, esto puede ser el resultado del alto status que ocupa el médico en comparación con el enfermero, debido a que a lo largo de la historia el profesional médico ha gozado de un elevado prestigio, mientras que a los enfermeros no se les ha valorado, manteniendo un estado de subordinación hacia el médico. Al respecto Latapi (1985) en su revisión histórico-social de la carrera de enfermería, nos señala el carácter subalterno de

Esta con respecto al gremio médico, debido a que la carrera de enfermería desde sus orígenes ha sido propuesta, organizada y dirigida por médicos. Asimismo Martínez B. (1985), destaca que uno de los factores de esta subordinación se debe en gran medida a la especialización del campo de la enfermería, ya que el médico posee la capacidad de atender todas las necesidades de salud, en tanto que a la enfermería se le confiere sólo aquellas actividades que el médico asigna.

Otro de los puntos importantes que mostraron los resultados se refiere a la salud emocional, en este caso se encontró que los hombres se perciben con una sanidad emocional más alta que las mujeres; esto puede deberse a que los hombres tienen la posibilidad de desarrollarse ampliamente en el medio laboral económicamente activo, mientras que a la mujer se le ha limitado ésta a través de la asunción de actividades de tipo doméstico o trabajo no remunerado. En función a esto Carrillo C. (1988) afirma que la mujer profesionalista, además de la actividad del hogar, la tensión de los hijos sumado al stress del trabajo produce desgaste orgánico y deteriora la capacidad y la salud.

Por otro lado, los resultados registran en el Factor Ético que los médicos se autoperciben como más congruentes en sus valores personales que los enfermeros, esto probablemente se deba a que al profesional de medicina se le infunde desde el inicio hasta el término de su carrera el desarrollo constante de la ética profesional, debido a la gran responsabilidad que

mantiene en su trabajo, en tanto que la carrera de enfermería es vista como una actividad secundaria como consecuencia del papel subalterno que se le ha asignado (Martínez B. y Latapi, op. cit.).

Asimismo en cuanto al Factor iniciativa, los resultados nos señalan que los médicos se autoperceben como más emprendedores que los enfermeras, esto puede deberse a que históricamente el enfermero ha mantenido un nivel inferior con respecto al médico, tomándose a este último como un elemento activo en la toma de decisiones, mientras que el enfermero juega un papel pasivo. Al respecto Velázquez (1985) nos señala que la enfermería presenta una fuerte dependencia con otros elementos del equipo interdisciplinario de salud, principalmente con el médico. En base a sus investigaciones Martínez B. (1985, et al.) han encontrado que las instituciones de salud, las cuales son objeto del servicio médico, escapan a la práctica de enfermería, la cual se aboca únicamente a las disposiciones del médico.

En relación con los resultados obtenidos en el Factor Accesibilidad, se observó que los hombres se autoperceben como más accesibles que las mujeres, probablemente como consecuencia de que en una institución de salud los hombres se sienten más adaptados a su rol de trabajo, por lo cual se muestran más accesibles para con los demás que las mujeres, las cuales se sienten marginadas y desadaptadas en el campo de trabajo. Con respecto a esto Álvarez (1979) describe la existencia de factores políticos y económicos que influyen en las estructuras so-

ciales, donde la posición femenina adquiere una posición de "lado", secundaria en el sistema capitalista; en consecuencia el rol de la mujer se torna ambivalente entre las viejas concepciones y el afán de integrarse al mundo de trabajo.

Como siguiente punto en el Factor Afiliación se encontró que los médicos buscan ser más afiliativos que los enfermeros. Esto probablemente sea una consecuencia de la alta valoración que la sociedad otorga al status del médico, tal situación le brinda la posibilidad de interactuar armónicamente con los demás (pacientes, personal de enfermería, familiares, etc.) mientras que al enfermero se le confiere a un segundo nivel, lo cual limita el campo de interacción con su medio ambiente. Considerando lo anterior Martínez B. y Latapi (1985) señalan que la enfermería se mantiene bajo una marginación y subordinación en el campo de las profesiones de salud, esto se debe en gran medida al tipo de funciones dependientes y de bajo prestigio social que realiza.

Por otro lado, los resultados señalan que en los Factores Estado de Ánimo y Sentimientos Interindividuales, los hombres que se desempeñan profesionalmente como médicos así como las mujeres cuya profesión es enfermera, pretenden poseer un mejor estado de ánimo y mayor sensibilidad hacia los demás, en tanto que las mujeres con profesión de médico y los hombres que ejercen como enfermeros obtuvieron puntajes más bajos, lo cual nos señala que probablemente tanto los médicos como las enfermeras encuentran una identificación con su rol y por tanto conside-

ran satisfactorias sus funciones, mostrando así un sentido de bienestar para con los demás. En lo que respecta al profesional médico femenino y a los enfermeros, éstos se encuentran bajo roles no tradicionales lo que provoca tal vez un sentimiento de misandria y hostilidad en los mismos. Es pertinente complementar las consideraciones anteriores con lo que señala Martiner B. y Letapi (1985). Éste menciona que la enfermería bajo la división sexual del trabajo ha sido considerada básicamente como una profesión femenina. Asimismo Nivya y Gutk (1980) y Colwil (1982, cit. en Mc. Carrey M., 1984), indican la tendencia que existe a evaluar de manera diferente a los hombres y a las mujeres en el trabajo, lo cual está fundamentado desde una perspectiva cultural que señala una división tradicional desde el nacimiento. Por consiguiente los hombres son percibidos con una conducta activa, agresiva e instrumental; mientras que las conductas de las mujeres son percibidas como educadas y sumisas (Neulinger, 1976; cit. en Bonilla, 1986).

En relación al Factor Ocupacional los resultados muestran que todo el profesional médico pretende un mejor funcionamiento laboral a través del desarrollo de sus habilidades profesionales en comparación al personal de enfermería. Específicamente se registraron puntajes más altos para el profesionista médico hombre y las mujeres que se desempeñan profesionalmente como enfermeras. Esto se debe probablemente a que la carrera de medicina se ha conceptualizado como una de las profesiones exclusivas para los hombres; mientras que la práctica de la enfermería ha sido tradicionalmente ejecutada por mujeres, en eg

te sentido, las mujeres que se desempeñan profesionalmente como médicos y los hombres cuya ocupación es enfermero experimentan un desplazamiento como consecuencia de la falta de adecuación a su rol. Esto se ve corroborado con los hallazgos de - - Spencer, Helmerich y Stapp (1973, cit. en Mc. Carrey M., 1984), en sus investigaciones acerca de las actitudes tradicionalistas encontraron que en general había opiniones preferenciales que apoyaban: 1) la división de labores en la sociedad, 2) la colocación de la mujer en la casa y 3) que el hombre saliera al mundo laboral. Dadas las presiones a que son sometidas las mujeres en su elección de carrera, tendrán la oportunidad de elegir para ellas carreras "femeninas" como letras, enfermería, antropología, entre otras. Por tanto la mayoría de las mujeres apoyan la labor profesional de los hombres, sin embargo éstas no reciben el reconocimiento final para llevarlas a cabo (Barraventa G., 1977).

En una sociedad capitalista la fuerza de trabajo conduce a una diferencia de valoración entre el trabajo intelectual y el manual, ya que el primero se extiende a todas las fuerzas directivas gerenciales y profesionales las cuales son consideradas merecedoras de una mayor valoración, en consecuencia, profesiones como enfermería cuyas funciones son fundamentalmente ejecutoras y manuales, recibirán una valoración menor. Sin embargo para las enfermeras este tipo de organización no representa un conflicto importante, ya que su desempeño profesional es una extensión de su rol tradicional. Con respecto a esto -

Martinez B. y Latapi (1985) señalan que a la mujer se le han asignado funciones importantes relacionadas con la atención a la salud, por su estrecha relación con los hijos y por sus responsabilidades hogareñas. Asimismo Secord y Sackman (1974) indican que las mismas enfermeras al igual que sus pacientes, esperan que ellas se comporten como sustitutas de la madre cuyas obligaciones cubren toda la gama de actividades del hogar.

En lo referente al Factor Ético, los resultados indican que las mujeres buscan mayor congruencia con sus valores personales, esto posiblemente sea consecuencia de que las actividades profesionales de la mujer sobrepasan los lineamientos sociales establecidos. Spencer, Helmreich y Stapp (1973; cit. en No. Carney, 1984) a través de sus investigaciones reportan la existencia de un patrón moral que hace que una serie de violaciones normativas (alcoholismo, relaciones sexuales prematrimoniales, etc.) sean vistas como malas y prohibidas para las mujeres, advirtiéndoles al mismo tiempo que no esperen tener las mismas libertades de acción de que gozan los hombres. No obstante en el ámbito profesional se observó que los médicos pretenden ser más éticos que los enfermeros, esto tal vez sea consecuencia de la importancia que socialmente se le asigna al médico, es decir, su status le obliga a ser más ético que el enfermero.

En relación al Factor Iniciativa los resultados muestran que los médicos buscan tener una mayor iniciativa que los enfermeros, esto puede deberse a que el status que posee el médico

no además de otorgarle una serie de privilegios, le exige ser más emprendedor en sus decisiones que el personal de enfermería. Predvečni G. (1985) señala que el status designa una posición correlativa en el sentido de superior o inferior en el sistema social, y es definido por una serie de rasgos específicos en un sistema dado. Asimismo Linton (1971), Shibutani (1971), Salazar (1980), entre otros, mencionan que el status se encuentra ligado siempre con una posición particular, e implica una serie de conductas que el individuo debe emitir para justificar su posición; por tanto la manera en que cada individuo es tratado depende en gran parte del rango que ocupa en la comunidad.

Por último respecto a la Autoestima entre médicos y enfermeros los resultados señalaron que los hombres presentan una autoestima en cuanto a su expresividad más alta que las mujeres, lo cual probablemente sea el resultado de la división sexual de roles, que conduce inevitablemente a una diferencia de valoración entre la mujer y el hombre. Así vemos que las opiniones tradicionalistas en cuanto a los roles y derechos de la mujer han puesto una serie de limitaciones y prejuicios peyorativos para que la mujer obtenga oportunidades y éxitos laborales (Mc. Carroy, 1984). Se le exige que su comportamiento sea "femenino", es decir, que sea complaciente, servicial, tímida, que no sea eficiente, que no busque el reconocimiento ni que permita que los hombres lo obtengan; que no sea agresiva, que no se defienda y que no exhiba su talento (Benavente - G., 1973).

Por otro lado se observó que los hombres que ejercen como enfermeros y las mujeres que se desempeñan profesionalmente como médicos, mantienen una autoestima con respecto a sus sentimientos interindividuales mayor que la que poseen los hombres que se desempeñan profesionalmente como médicos y las mujeres que ejercen como enfermeras, esto puede deberse a que tanto los enfermeros como las doctoras debido al carácter subalterno de su rol, experimentan una cierta marginación que los hace proyectar un mayor acercamiento hacia los demás. Connell A. (1987) por su parte, indica que el rol masculino implica acción y logros externos, y se les juzga tanto por sus éxitos como por la posición social alcanzada. Por lo cual el enfermero se siente desajustado en su rol, ya que no cumple con estos lineamientos. Esta situación le lleva a adoptar características no representativas de su rol, como es mostrarse cerifoso, cercoño, etc. En tanto la mujer, al verse marginada en el ámbito laboral, finalmente adopta las conductas de su propio rol.

Con respecto a la Salud emocional, los resultados señalan que los hombres poseen una mayor autoestima en cuanto a su unidad emocional que las mujeres, esto puede ser el resultado de las presiones sociales que experimenta la mujer, donde por un lado trata de incursionar al mundo laboral, y por otro tiene que mantener una serie de obligaciones domésticas. Vahrestak (1972) al respecto señala que aunque la mujer tenga actividades propias fuera del hogar, o incluso una carrera exitosa, éstas son vistas y estimadas como secundarias o adicionales en relación con su función fundamental: el hogar y los hijos; es

decir, el trabajo y el hogar se presentan como alternativas, - algunas veces irreconciliables y casi siempre conflictivas, ya narradoras de culpas o frustración, según se opte por una o por otra.

Finalmente, en lo referente a la Accesibilidad, los resultados indican que los hombres se autovaloran como más accesibles que las mujeres, esto puede deberse a que los hombres se sienten satisfechos tanto con su rol como con su desarrollo profesional, lo cual los lleva a mostrarse más cercanos y accesibles para con los demás, que las mujeres, las cuales como consecuencia de la desadaptación a su rol y de la marginación profesional, proyectan su insatisfacción a través de conductas de hostilidad hacia los demás. Además se encontró que el personal de enfermería obtuvo una mayor autoestima en cuanto a su accesibilidad que los médicos, esto puede ser el resultado del rol que juega el enfermero, el cual consiste en mostrarse hacia los pacientes más comprensivos, cercanos y accesibles, por su parte el médico trata de mantener una relación más profesional -debido a su status- y por tanto más distante con sus pacientes.

CONCLUSIONES

Después de realizar el análisis de esta investigación es posible observar cómo a través del desarrollo histórico-social los grupos se tornan bajo una forma de estratificación especial, es decir, existe una marcada tendencia por estructurar a la profesión como símbolo preferencial de su status. Asimismo se encontró que el status que ocupa un individuo influye significativamente en su autoestima.

Por otro lado, cabe mencionar la importancia del papel de la mujer y su incursión en nuevos campos de trabajo, lo cual le ha permitido modificar las concepciones tradicionales en la división sexual de roles, no obstante, existen aún elementos culturales que impiden el óptimo desarrollo profesional de la misma. Así es que de acuerdo a los resultados ya expuestos y retomando las hipótesis planteadas se puede señalar lo siguiente:

En cuanto a la variable status se encontró que se rechaza la hipótesis nula, es decir, sí existen diferencias estadísticamente significativas entre la autoestima que poseen los médicos y la que poseen los enfermeros, ya que los médicos presentan una mayor autoestima que los enfermeros.

Con respecto a la variable sexo, como médico, se encontró que se rechaza la hipótesis nula, por tanto se acepta la hipótesis alterna que dice que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre la autoestima que posee el médico y

la autoestima que posee la médica, ya que los hombres cuya profesión es médica presentan mayor autoestima que las mujeres médicas.

En relación a la variable sexo, como enfermero se observó que se rechazó la hipótesis nula, esto es, si existen diferencias significativas entre la autoestima que poseen los enfermeros y la autoestima que poseen las enfermeras, dado que las enfermeras presentan una autoestima más alta que los enfermeros.

Lo anterior permite observar que, a pesar de que la autoestima mantiene sus orígenes en la infancia, su desarrollo es paulatino y éste se ve conformado por otros factores, tales como el status y el rol sexual de un individuo. A partir de estos elementos una persona se autoevalúa como superior o inferior con respecto a otras.

Los resultados además nos indican que aquellos individuos cuyo status es altamente valorado por la sociedad, como es el caso de los médicos, presentan niveles superiores de autoestima en relación a aquéllos que se desarrollan en status de menor jerarquía, tal es el caso de los enfermeros; esto se manifiesta principalmente en las áreas laboral, ética e iniciativa. En lo que se refiere al rol sexual, proceso no menos importante, éste se manifiesta de manera determinada en las áreas de origen social y emocional, originando que aquéllos que se desempeñan en roles tradicionales (médicos y enfermeros) obtengan mayores niveles de autoestima que aquéllos que se desempe-

San bajo roles no tradicionales (doctoras y enfermeras).

Por último cabe mencionar que lo anterior nos indica que los cambios en los roles de hombres y mujeres, provocados por la moderna industrialización y urbanización, no se han producido de manera uniforme. Hay todavía muchas personas que opinan que el lugar adecuado para la mujer es el hogar y no la fuerza laboral, especialmente si la mujer está casada, provocando el bajo reconocimiento y valoración de su trabajo.

SUGERENCIAS

Las conclusiones ya expuestas permiten observar que el status que ocupan los médicos y los enfermeros influyen considerablemente en su autoestima principalmente en las áreas laboral, ética e iniciativa, provocando que el médico mantenga niveles superiores en su autoestima que el enfermero. No obstante, existen otros factores que repercuten en la formación de la autoestima, tal es el caso del rol sexual, esto se ve reflejado en las áreas tanto social como emocional, dando como resultado que aquellos grupos que se desempeñan profesionalmente en roles no tradicionales (enfermeros hombres y médicos mujeres) presentan un nivel de autoestima inferior que aquellos que se desempeñan bajo roles tradicionales (médicos y enfermeras).

Por tanto y en base a lo anterior se puede considerar la alternativa de un tipo de terapia grupal motivacional, que busque como principal objetivo la autoaceptación del personal, es decir, aprender a aceptar con orgullo las propias habilidades y capacidades, y reconocer las fallas o debilidades sin sentirse devaluado.

Además de esto se sugiere promover la interacción del personal mediante dinámica de integración, como puede ser el role-playing, teniendo como meta principal mejorar las relaciones y la comunicación entre médicos y enfermeros, para poder lograr así un cambio de actitudes.

Asimismo se sugiere la elaboración de un plan de acción orientado hacia una revaloración de la mujer en el ámbito laboral, a través de conferencias o seminarios dirigidos al personal en general.

Por otro lado se sugiere en futuras investigaciones controlar la categoría a la que pertenecen tanto los médicos como los enfermeros, es decir, considerar si son médicos generales o especialistas, así como el tipo de enfermería: técnica, auxiliar de enfermería o licenciado en enfermería, debido a que cada una de ellas goza de diferente status.

Con el objeto de ampliar el conocimiento en esta área se sugiere llevar a cabo investigaciones similares, donde se hagan estudios comparativos de profesiones u oficios con diferentes niveles de status.

Finalmente se sugiere tomar en consideración la nacionalidad del sujeto, ya que se ha visto que el hecho de que un sujeto sea extranjero pueda alterar su autococepto y su autoestima.

LIMITACIONES

1. Uno de los principales obstáculos para la realización de esta investigación lo fue la disposición de la muestra, principalmente del personal de enfermería masculino, debido a que son relativamente pocos y de éstos la mayoría trabaja en horarios nocturnos.

2. Otro problema al que nos enfrentamos fue la carencia de un instrumento para medir autoestima que estuviera estandarizado en México, por lo cual se adaptó el cuestionario de autoconcepto de La Rosa J. (1986) para poder medir la autoestima.

A P P E N D I X

CUESTIONARIO

CATEGORIA _____ ANTIQUEDAD EN EL PUESTO _____
 SEXO _____ EASC _____

A continuación encontrará un conjunto de adjetivos que sig-
 ven para describir cómo es usted y cómo le gustaría ser. Ejem-
 plo:

YO SOY:

Flaco	<u>muy</u>	<u>bastan</u>	<u>poco</u>	<u>ni fla-</u>	<u>poco -</u>	<u>bastante -</u>	<u>muy</u>	Obeso
	flaco	te fla	flaco	co ni -	obeso	obeso	obeso	
		co		obeso				

ME GUSTARIA SER:

Flaco	<u>muy</u>	<u>bastan</u>	<u>poco</u>	<u>ni fla-</u>	<u>poco</u>	<u>bastante</u>	<u>muy</u>	Obeso
	flaco	te fla	flaco	co ni -	obeso	obeso	obeso	
		co		obeso				

En el ejemplo de arriba se puede verificar que hay 2 colum-
 nas, en cada una de ellas hay siete espacios entre "flaco" y "obg
 so". El espacio cuanto más cerca está de un adjetivo, indica el
 grado en que se posee o quisiera poseerse dicha característica.-
 El espacio central indica que el individuo no es ni flaco ni obg
 so.

En la primer columna usted podrá una "X" en el espacio más
 cercano a la palabra que mejor le describa, mientras que en la -
 segunda columna colocará una "X" en el espacio que más se acur-
 que a lo que a usted le gustaría ser.

Conteste en los renglones siguientes como el ejemplo de arriba, tan rápido como lo sea posible, sin ser descuidado, utilizando la primera impresión. Conteste en todos los renglones, dando una única respuesta en cada renglón.

Acuérdese que, en general, hay una distancia entre lo que somos y lo que nos gustaría ser, conteste cómo es usted y cómo le gustaría ser.

Invertido	_____	Invertido
Invertido	_____	Extrovertido
Ahoroso	_____	Odioso
Ahoroso	_____	Odioso
Callado	_____	Comunicativo
Callado	_____	Comunicativo
Accesible	_____	Inaccesible
Accesible	_____	Inaccesible
Rencoroso	_____	Noble
Rencoroso	_____	Noble
Comprensivo	_____	Incomprensivo
Comprensivo	_____	Incomprensivo
Incumplido	_____	Cumplido
Incumplido	_____	Cumplido
Leal	_____	Desleal
Leal	_____	Desleal

B I B L I O G R A F I A

- 1) Afanador V. FUNDAMENTOS DE FILOSOFIA. 2a. ed. Ed. Progreso, Moscú 1972.
- 2) Allport W. LA PERSONALIDAD. Ed. Herder, Barcelona, 1977.
- 3) Allport W. PERSONALITY SOCIAL ENCOUNTER. Ed. Beacon, Boston 1968.
- 4) Arce C. HISTORIA DE LAS PROFESIONES EN MEXICO. Ed. Programas Educativos; México 1982.
- 5) Alvarez A. LA MUJER JOVEN EN MEXICO. Ed. El Ceballito; México 1979.
- 6) Barton M. ROLES. Ed. Tavistock Publications, London 1965.
- 7) Barqain C. HISTORIA DE LA MEDICINA. 4a. ed. Ed. Librería de Medicina; México 1979.
- 8) Barrea R. ESTUDIOS DE MOVIMIENTOS Y TIEMPOS. 5a. ed. Ed. Aguilar; México 1979.
- 9) Bee H. EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD. 2a. ed. Ed. Harla; México 1987.
- 10) Benavente O. Sobrevives como mujer profesionista. FEM. Vol. 1, No. 3 abril-junio, 1977.
- 11) Bonilla Muñoz M. EL PERFIL DE LA MUJER EN EL TRABAJO. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM 1986.
- 12) Calvin S. y Linixen G. LA TEORIA DEL SI MISMO Y LA PERSONALIDAD. Ed. Paidós, Buenos Aires 1977.

- 13) Canel Aquino. LA AUTOESTIMA DE LOS HOMBRES CASADOS MEXICANOS. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM - 1987.
- 14) Carrillo C. Riesgos profesionales para la Enfermera en el área de quirófano, control de equipo y esterilizaciones. - Tac. marzo 1989.
- 15) Chisoy E. INTRODUCCION A LA SOCIOLOGIA. Ed. Paidós, Buenos Aires 1972.
- 16) Colledo A. MEDICOS Y ESTRUCTURA SOCIAL. Ed. F.C.E. México 1976.
- 17) Coopersmith S. THE ANTECEDENTS OF SELF ESTEEM. Ed. W. H. - Freeman and Company. San Francisco 1967.
- 18) Cruz D. LA SUPERVISION EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA. Ed. Prensa Médica, México 1983.
- 19) De la Rosa J. ESCALAS DE LOCUS DE CONTROL Y AUTOCONCEPTO, - CONSTRUCCION Y VALIDACION. Tesis de Doctorado. Psicología. UNAM 1986.
- 20) Darbes J. LAS PROFESIONES UNIVERSITARIAS. Ed. USAM 1960.
- 21) Díaz Guerrero R. PSICOLOGIA DEL MEXICANO. Ed. Trillas. - México 1977.
- 22) Díaz Loving R., Díaz Guerrero R., Helmreich R. Comparación transcultural y Análisis Psicométrico de una medida de rasgos masculinos (instrumentales) y femeninos (expresivos). - REVISTA DE LA ASOCIACION LATINOAMERICANA DE PSICOLOGIA SOCIAL. 1981. Vol. 1, No. 1, pp. 3-37.
- 23) Donelson E. PERSONALITY. Ed. Meredith Corporation. Nueva York 1968.

- 24) Elliot F. PSICOLOGIA DE LAS PROFESIONES. Ed. Tecnos. Madrid 1974.
- 25) Flores y Troncoso F. HISTORIA DE LA MEDICINA EN MEXICO. 2a. ed. Ed. IMES Tomo III. México 1982.
- 26) Gert H. CARACTER Y ESTRUCTURA SOCIAL. Ed. Paidós. Buenos Aires 1963.
- 27) Bergeon K. THE CONCEPT OF SELF. Ed. Holt, Rinehart and Wington. USA 1971.
- 28) Herbert H. SOCIAL PSYCHOLOGY: INDIVIDUALS, GROUPS AND SOCIETIES, Ed. A. Harper International Edition. 1975.
- 29) Horton B. SOCIOLOGIA. 2a. ed. Ed. Mc. Graw-Hill de México. 1969.
- 30) James R., Techorg, Richardson y Pritchard K. Person-Situation Effects in the prediction of performance: An Investigation of Ability, Self-Esteem and Reward Contingencies. - JOURNAL OF APPLIED PSYCHOLOGY. 1980. Vol. 65, No. 5, 574-581.
- 31) Kimball Y. PSICOLOGIA DE LA PERSONALIDAD. Ed. Paidós. Buenos Aires 1969.
- 32) Krach D. PSICOLOGIA SOCIAL. 2a. ed. Ed. Biblioteca Nueva.- Madrid 1978.
- 33) Kuznet J. Ciencia, Medicina y Hombre. GACETA MEDICA DE MEXICO. Vol. 123, Nos. 5-6, May.-Jun. 1976, pp. 100-103.
- 34) Lagache D. LOS MODELOS DE LA PERSONALIDAD. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires 1963.

- 35) Laing R. PERCEPCIONES INTERPERSONAL. Ed. Amarroutu, Buenos Aires 1969.
- 36) Lingren H. INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA SOCIAL. 4a. ed. - Ed. Trillas. México 1982.
- 37) Linton S. ESTUDIO DEL HOMBRE. Ed. F.C.E. México 1971.
- 38) Linton S. CULTURA Y PERSONALIDAD. Ed. F.C.E. México 1971.
- 39) Martínez S., Latapi P. SOCIOLOGIA DE UNA PROFESION. Ed. - Novcomar. México 1985.
- 40) Mc. Carrey M. Impact of supervisor's sex-role stereotypes on performance evaluation of male and female subordinates in non traditional jobs. University of Ottawa. IACCP 1984.
- 41) Mc. Keown. EL PAPEL DE LA MEDICINA. Ed. Siglo XXI. México 1982.
- 42) Morales de Salazar. CRONOLOGIA DE LA E.N.E.O. Tesis de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. UNAM 1989.
- 43) Morris E. Social class and self esteem among childrens and adults. AMERICAN JOURNAL OF SOCIOLOGY. 1978. Vol. 84. No. 1. 53-77.
- 44) Murphy R. STATUS AND CONFORMITY. Ed. Time Life Books, New York 1974.
- 45) Neff W. EL TRABAJO. EL HOMBRE Y LA SOCIEDAD. Ed. Paidós. - Buenos Aires 1972.
- 46) Orbera F. PSICOLOGIA SOCIAL. Mináeff, 8va. ed. Ed. Aguilar Madrid 1971.

- 47) Parsons. THE SOCIAL SYSTEM. Ed. The Free Press of Glencoe, New York 1951.
- 48) Predvichni G. PSICOLOGIA SOCIAL. Ed. Letras. México 1985.
- 49) Ramírez S. EL MEXICANO: PSICOLOGIA DE SUS MOTIVACIONES. Ed. Grijalbo. 3a. ed. México 1977.
- 50) Richard W. SOCIAL PSYCHOLOGY. Ed. Holt Richard Winston. - New York 1965.
- 51) Robinson P., Mahle T. and Jensen W. But what about girls? Adolescent self-esteem and sex role, perception as a function of academic achievement. JOURNAL OF EDUCATIONAL PSYCHOLOGY. 1984. Vol. 76, No. 1, 179-183.
- 52) Rodríguez E. LA AUTOESTIMA: CLAVE DEL ÉXITO. Ed. Manual Moderno. México 1985.
- 53) Salazar J. PSICOLOGIA SOCIAL. 2a. Ed. Ed. Trillas. México 1980.
- 54) Seccord F. y Backman. PSICOLOGIA SOCIAL. 2a. ed. Ed. Tr. Graw Hill de México. 1981.
- 55) Shibutani T. SOCIEDAD Y PERSONALIDAD. Ed. Paidós. Buenos Aires 1971.
- 56) Spratt K. J. INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA SOCIAL. 3a. ed. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1969.
- 57) Super E. INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA SOCIAL. Ed. Rialp. Madrid 1952.
- 58) Thibaut y Kelly. THE SOCIAL PSYCHOLOGY OF GROUPS. Ed. Wiley. New York 1959.

55. Turner N. The role and the person. AMERICAN JOURNAL OF SOCIOLOGY, Vol. 84, No. 1, 1-23, 1978.
56. Velázquez Gómez M. CONCEPTUALIZACIÓN Y EXPECTATIVAS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA. Tesis de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. UNAM 1984.
57. Vico San Pedro S. AUTOESTIMA DE MADRES CON TRABAJO DOMESTICO Y MADRES CON TRABAJO REMUNERADO. Tesis para obtener el grado de Maestría. Psicología, UNAM 1984.
58. Wells L. SELF-ESTEEM: ITS CONCEPTUALIZATION AND MEASUREMENT. Beverly Hills, Sage Publications, 1976.