

29
2ej-



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
C. U.

EL TRABAJO: PROMOTOR DE BIENESTAR EMOCIONAL EN LA MUJER CON ARTRITIS REUMATOIDE

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MARISELA BRITO MARTINEZ

Director de Tesis: Lic. Carlos Peniche Lara
Asesor de Tesis: Lic. Arturo Puente Lomelín

México, D. F.

1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

AGRADECIMIENTOS

AL LICENCIADO:

CARLOS PENICHE LARA

Con profunda gratitud por todo su apoyo, estímulo, paciencia y atinada dirección.

AL LICENCIADO:

ARTURO PUENTE LOMELIN

Por el entusiasmo que me infundió para la realización de esta investigación, la ayuda técnica y su valiosa asesoría.

AL DOCTOR:

GUSTAVO FERNANDEZ PARDO

Con gran admiración, respeto y cariño a quien inició y fijó el curso de este trabajo, a su memoria dedico este modesto estudio.

A LA MAESTRA:

CORINA CUEVAS R.

Por su inestimable asesoría en estadística.

A LAS AUTORIDADES DEL INSTITUTO
NACIONAL DE LA NUTRUCION "SALVA
DOR ZUBIRAN" Y DEL HOSPITAL RE-
GIONAL "20 DE NOVIEMBRE" DEL --
ISSSTE:

Por su valiosa colaboración para
la aplicación del instrumento de
Medición.

CON CARINO ADMIRACION Y RESPETO:

A TODOS MIS MAESTROS

Quienes con sus enseñanzas me --
orientaron en la tierra desier--
ta e inculta.

A TODAS LAS PERSONAS QUE CON SU
AYUDA HICIERON POSIBLE LA REA--
LIZACION DE ESTA INVESTIGACION _
MI MAYOR AGRADECIMIENTO.

UNA MENCIÓN MUY ESPECIAL A LOS MAESTROS:
QUE ME HICIERON EN HONOR DE SER MIS SINODA
DALES:

LIC. CARLOS PENICHE LARA
MTRO. LUCIO CARDENAS RODRIGUEZ
LIC. ANGEL SAN ROMAN VAZQUEZ
MTRO. RUBEN MIRANDA SALCEDA
LIC. PATRICIA BEDOLLA MIRANDA

A todos ellos un profundo reconocimiento.

A MIS PADRES:

MARIA Y ENRIQUE

Con gran cariño, admiración y respeto
a quien con ejemplar integridad alen-
tō en mī, la búsqueda de la verdad.

Gracias Papá

Por su amor, generosidad y por
haberme dado este maravilloso_
don que es la vida.

Gracias Mamá

A ambos por que fueron el estímulo
más grande para terminar mi carre-
ra.

A MIS HERMANOS:

**ROGELIO, ROSALINDA, ENRIQUE, MARIA,
DAVID, ELODIA, LETICIA, RAFAEL, GLO-
RIA, Y JESUS**

Con quienes he compartido la miel -
y la hiel en momentos que no se ol-
vidan.

A MI ENTRARABLE COMPAÑERO Y ESPOSO:

ARTURO

Por lo que representa para mí por su gran apoyo y aliento para la culminación de este trabajo.

A MI HIJA:

CIRCE

Ser único y maravilloso que despierta en mí inmensa ternura. Recuerda Hija mía:

"Por la noche miraras las estrellas. La mía es demasiado pequeña para que te enseñe dónde se encuentra. Así es mejor mi estrella será para tí, una - de tantas estrellas. Entonces te gustará mirar todas las estrellas, todas serán tus amigas.

SAINT-EXUPERY A.
"EL PRINCIPITO" p.85.

INDICE

I.- Introducción y resumen.....	1
II.- Clasificación de las enfermedades reumáticas.....	6
III.- Definición y estadísticas de personas afectadas por Artritis Reumatoide.....	8
IV.- Etiología de la Artritis Reumatoide.....	10
V.- Grupos patológicos que influyen en la capacidad laboral de la mujer y planteamiento del problema.....	13
VI.- Método.....	14
VII.- Análisis de resultados.....	23
VIII.-Discusión.....	33
IX.- Conclusiones.....	40
X.- Resumen final.....	41
XI.- Bibliografía.....	42
Anexo I.....	45

INTRODUCCION Y RESUMEN

La salud no es solamente "la ausencia de afecciones o de enfermedades", sino también "un estado de completo bienestar físico, mental y social" (18).

Salud y enfermedad no son conceptos aislados e independientes que puedan definirse estáticamente, sino que son términos mutuamente dependientes que se definen como un proceso dinámico e integral. Así que cuando se presenta la enfermedad disminuye la salud.

Por tratarse de un proceso integral (salud-enfermedad), el hombre nunca está plenamente sano o plenamente enfermo, por lo que su estado, sólo es definido y mensurable en base a dimensiones de malestar y bienestar.

Aproximarse a uno u otro de estos polos depende de diversos factores como serían los biológicos, los psicológicos y los sociales. Entre sentirse enfermo y estar enfermo media la intervención decisiva de los agentes establecidos (instituciones, médicos, etc.) de salud, que definen y codifican para el paciente la "verdadera" enfermedad y la distinguen de la simple dolencia, malestar o trastorno pasajero (24).

No obstante la dificultad que entraña llegar a una definición universalmente aceptada de enfermedad, cabe mencionar dos estados de la enfermedad: crónica y aguda.

Laviets en 1974, describió la enfermedad crónica (aspecto relacionado con esta investigación) de la siguiente manera: una de las características de la enfermedad crónica es su permanencia, definida por su larga duración y prolongación en el tiempo, sin límite definido, no es episodio sino destino, con repetidas exacerbaciones. Frecuentemente está presente mucho antes de evidenciarse y a menudo es irreversible. Además, el curso usual es el deterioro progresivo, aunque a menudo lento.

Para la mayoría de las enfermedades crónicas no hay curación; afortunadamente, a menudo existen recursos paliativos útiles.

Las enfermedades crónicas dan origen a incapacidades, pérdida de eficiencia laboral, necesidad de cuidado médico, y tal vez lo más importante, a una disminución en la calidad y plenitud de la vida de quienes las padecen.

El comienzo de la enfermedad crónica obliga a muchos pacientes a percatarse de un defecto permanente, no importa cuán leve sea, y a enfrentarse a la necesidad de aprender a vivir con algo menos que la "perfección", que hasta entonces se había tomado por obvia (24).

Otra característica de la enfermedad crónica, es según el mismo Laviets (24) la de globalidad, y que alude al paciente: la

enfermedad crónica no se detiene en el órgano afectado o en el menoscabo parcial. Afecta a todas las esferas de la vida, el trabajo, las obligaciones sociales, la vida familiar e individual; no es un accidente, es una alteración que reduce la capacidad de los individuos para el desempeño autónomo y socialmente útil de sus actividades cotidianas como consecuencia de una deficiencia permanente y/o progresiva de orden físico, psicológico y social.

La enfermedad crónica con sus caracteres de permanencia y de globalidad, según Lolás (24), nos lleva a objetar una tajante división entre causas y consecuencias de la enfermedad, ya que el hecho de enfermar se constituye en una nueva fuente de tensión, incertidumbre, angustia y otras reacciones psicológicas que pueden en buena medida constituirse en causas de nuevos desarrollos, agravaciones o retrocesos en el proceso mórbido.

No obstante, es apropiado medir las consecuencias de la enfermedad crónica no sólo por el impacto que tiene sobre la salud sino porque abarca aspectos psicosociales y emocionales, como en el caso de las enfermedades reumáticas, que de manera bastante sencilla pueden definirse como aquellas que afectan el sistema músculo-esquelético causando dolor y rigidez (33).

La American Rheumatism Association (ARA), propone que las enfermedades reumáticas pueden dividirse en articulares y extrarticulares (33).

Una de las secuelas más graves de las enfermedades reumáticas articulares es que producen grados variables de incapacidad, hasta llegar a la pérdida total de la movilidad.

En los Estados Unidos de Norteamérica, en un estudio realizado en 1951 se estimó que más de diez millones de personas mayores de 14 años sufrían de artritis o de enfermedad reumática, con exclusión de los que sufrían cardiopatía reumática. Cerca del 25%, o sea dos y medio millones de personas estaban tan afectadas que tuvieron que modificar, cambiar o suspender su trabajo. También se estima que en ese país, cada año 144,000 personas son invalidadas por las enfermedades reumáticas (33).

En México no tenemos datos estadísticos acerca de la incidencia y de la prevalencia de invalidez originada por enfermedades reumáticas, pero sabemos que es alta, especialmente si se toman en consideración los problemas articulares degenerativos, los traumáticos y los extrarticulares. De manera parcial sabemos por estadísticas provenientes del IMSS que constituyen la tercera causa de incapacidad, parcial o permanente. En otro estudio, también realizado en el IMSS se encontró que la principal causa de incapacidad parcial o permanente, son alteraciones del sistema músculo-esquelético. Entre las enfermedades del tejido conectivo, predomina la artritis reumatoide y el lupus eritematoso (33).

En este contexto, la artritis reumatoide (AR) es la poliartritis inflamatoria más común, y quizá la mejor conocida de las

enfermedades reumáticas; se manifiesta principalmente en las articulaciones y casi siempre se acompaña de síntomas generalizados, sistémicos o sea complicación inflamatoria de órganos no articulares (2). Esta enfermedad, además de provocar incapacidad funcional, produce dolor que a su vez origina espasmo muscular y actitud viciosa de los distintos segmentos del sistema músculo-esquelético, deformidad, atrofia muscular e invalidez de carácter físico con limitación para que el individuo se desempeñe en forma autosuficiente (33).

Hasta la fecha tanto en la AR como en otras enfermedades del tejido conectivo, aún no se ha definido ningún agente causal. Ninguna de estas enfermedades es curable en el sentido estricto y semántico de la palabra. Estos padecimientos son progresivos y van a ser permanentes por el resto de la vida del paciente.

Al comparar las consecuencias de otras enfermedades crónico-degenerativas, como por ejemplo de la arteria coronaria o en el cáncer, observamos que la única consecuencia sería la muerte, pero en las enfermedades reumáticas este criterio único resulta inadecuado, pues ocurre que el paciente, por ejemplo, con AR ni se cura con la medicación ni se muere como consecuencia de la propia enfermedad (33) y en cambio sí requiere de cuidados y atención médica, dado que la incapacidad física es la consecuencia más importante de la enfermedad.

Además, el conjunto de fenómenos que conducen a la invalidez física origina una serie de cambios psicológicos y en el ámbito familiar que son de gran importancia. Cuando se trata de individuos adultos, la invalidez repercute en su capacidad laboral y productiva (33). Desde luego que esto significa perder la independencia económica con los costos sociales que esto significa. Al dejar el empleo surge otro efecto no menos importante que consiste en un menoscabo del bienestar emocional del paciente, ya que existen reportes (18) respecto a que el trabajo formal puede ser saludable.

Por otra parte, conviene mencionar que la severidad de AR. en ocasiones se evalúa usando las clases funcionales establecidas por la ARA para clasificar a los pacientes (2): en la clase I (15% de la población), se considera que los pacientes están en remisión y tienen la capacidad para realizar todas las actividades. En la clase II (40%), los pacientes tienen restricciones moderadas pero son capaces de llevar a cabo sus actividades cotidianas. En la clase III (30%), los pacientes son incapaces de realizar la mayoría de sus actividades cotidianas y de atención a su salud. En la clase IV (15%), los pacientes se encuentran confinados a la cama o a una silla de ruedas.

Podemos decir entonces que cerca del 55% de los pacientes con AR se encuentran en condiciones físicas que les permite desempeñar una actividad laboral formal y no sólo las actividades domésticas como es el caso de muchos pacientes femeninos en quienes la AR se presenta en una proporción mayor (de 3:1) que en los hombres.

Consecuentemente y partiendo de la relevancia de esta información, surgió la inquietud por conocer el efecto que puede tener el trabajo en la salud psicológica de las mujeres que padecen AR, ya que, cuando la enfermedad o la incapacidad es considerada como cualquier otra situación de la vida que impone unas demandas y obliga a una labor específica para manejarla con los medios de que se dispone, estamos ante actitudes y estrategias flexibles y calificadas como deseables (22).

Desde el punto de vista del fomento de la salud, el trabajo tiene un valor incalculable. Por ejemplo, da a la persona la sensación de pertenecer a un sector de la sociedad que se considera importante, necesario y valioso; le proporciona una oportunidad para ejercer sus aptitudes, utilizar y ampliar sus conocimientos, así como adquirir otros nuevos; le permite formar parte de un medio social en el que puede hallar un lugar donde interactuar con los demás, orientándose hacia metas, y tener el apoyo mutuo dentro de una red de relaciones interpersonales; le proporciona la oportunidad de asumir funciones muy diversas en su actividad cotidiana, aumentando así sus posibilidades de hacer realidad distintas facetas de su personalidad; crea también la necesidad de estructuración del tiempo, proporciona una sensación de significación a través de la participación en la toma de decisiones. El trabajo produce así mismo, la compensación financiera que permite atender las necesidades básicas. Así pues, muchos de los ingredientes esenciales de satisfacción, salud y bienestar en la vida están intrínsecamente vinculados al trabajo y a la profesión(18).

RESUMEN

Desde luego que la mujer ama de casa que padece AR, desconoce toda esta gama de situaciones que ofrece el trabajo. No obstante que las actividades que realiza el ama de casa son Trabajo, pero que carece del reconocimiento social y económico del mismo y como consecuencia, en las estadísticas oficiales aparecen como población no activa (5).

Es así que me propuse comparar la salud psicológica de dos grupos de mujeres con AR. El primer grupo estuvo formado por amas de casa, denominándose de una jornada (1J). El segundo grupo estuvo formado por mujeres que además de estar empleadas eran amas de casa; a este grupo lo denominé de doble jornada (2J).

Los resultados de la investigación apoyaron la hipótesis de que el trabajo económica y socialmente reconocido es un promotor de la salud psicológica (medida a través de las categorías de ciclo de vigilia-sueño, interacción social y depresión) de las mujeres investigadas y que padecen AR.

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES REUMATICAS

La palabra "reumatismo" es de origen griego y tiene sus raíces en la noción de que un líquido o humor (rheuma) causante de dolor y rigidez podía infiltrar las articulaciones, los tendones o los músculos. Inicialmente, la palabra también implicaba la asociación de estas molestias con el frío y la humedad, y a menudo, con los gases o "miasmas" que surgen de los pantanos (1).

En realidad, las enfermedades reumáticas son muchas ya que hay por lo menos 200, y para evitar ser confundidos por tan gran número de enfermedades causantes de un sólo síntoma, dolor a nivel del sistema músculo esquelético, es conveniente clasificarlas, lo cual puede ayudarnos a distinguir entre ellas. En principio podemos determinar el punto de partida de las enfermedades y clasificarlas de acuerdo con éste.

Pueden dividirse en aquellas enfermedades que afectan articulaciones y en aquellas que no afectan a las articulaciones, sino solamente el resto de las partes blandas de los miembros sean estos músculos, tendones, ligamentos o bursas (fig.1).

Al reumatismo que afecta a las articulaciones o reumatismo articular, se lo puede dividir en aquél que causa inflamación y por eso se denomina artritis y, en el que aunque afecta las articulaciones, lo hace sin inflamarlas. En cambio cuando se enferman otras partes del sistema músculo-esquelético, si lo hacen con inflamación se habla de tendónitis, bursitis o miositis, según los afectados sean tendones, bursas o músculos (1).

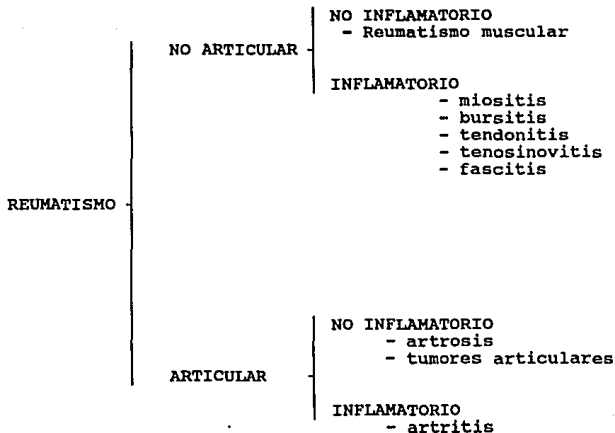


Figura 1.- Clasificación de las enfermedades reumáticas. Se incluyen las categorías principales. Hay diversos tipos de artritis y de muy variadas causas, al igual que múltiples causas de artrosis y diversos tipos de miositis. Las bursitis y las tendonitis también varían de acuerdo a su localización (1).

DEFINICION Y ESTADISTICAS DE PERSONAS AFECTADAS POR ARTRITIS REUMATOIDE

En la década de los 70's, México no disponía de estadísticas sobre los padecimientos reumáticos, pero su incidencia parecía ser similar a la de otros países; en los Estados Unidos de Norteamérica era del 10% de la población general, pero en las estadísticas del IMSS constituían la tercera causa de incapacidad parcial o permanente y, de entre las enfermedades del tejido conectivo, predominaban la artritis reumatoide y el lupus eritematoso (33).

La artritis reumatoide (AR) es la poliartritis inflamatoria más común y, probablemente la mejor reconocida de las enfermedades reumáticas (2), donde la "guerra civil" que padece el sistema inmunológico ocurre fundamentalmente a nivel de las articulaciones (6). Además, la AR es una enfermedad crónica y probablemente sea la enfermedad reumática con mayor potencial de causar invalidez (1).

Por otra parte, en México, durante 1982 se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Inválidos (E.N.I.), con el propósito de determinar en la población, la frecuencia y distribución de las principales secuelas invalidantes de etiología diversa. De conformidad con esta encuesta (10) de las 21 secuelas de etiología diversa, las que ocuparon el primer lugar por su frecuencia fueron las enfermedades articulares.

Uno de los datos sobresalientes de dicha encuesta consiste en que las secuelas de las enfermedades articulares afectan a un 66.6% de mujeres en contraste con un 34.4% de hombres de la población.

No obstante y a pesar de que ignoramos la frecuencia y distribución por sexos de la artritis reumatoide en México, se puede inferir con cierto grado de confiabilidad, que la población femenina se vé más afectada, al igual que en otras naciones, por esta enfermedad.

Para Anderson (2), aunque hay variaciones a través de los diversos estudios, la mayoría de los autores concuerdan en que aproximadamente el 1% de la población general sufre de AR, y cerca de 750 casos de personas por millón son diagnosticados anualmente.

La condición puede afectar a personas de todas las edades y sexos pero es más vista comúnmente entre las edades de 20 a 50 años.

Las mujeres, sin embargo, son afectadas más frecuentemente que los hombres en una proporción de 3 a 1 (4).

En conclusión, el impacto social de las enfermedades articulares

invalidantes y particularmente la AR se refleja en que:

- 1.- se considera que el 1% de la población general sufre este padecimiento,
- 2.- es una de las enfermedades articulares con mayor potencial de causar invalidez
- 3.- la mujer se vé más afectada que los hombres, en una proporción de 3 por cada hombre

ETIOLOGIA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

FACTORES BIOLOGICOS:

A la fecha se ha investigado profusamente acerca de los mecanismos involucrados en el comienzo y perpetuación de la AR, tanto en las articulaciones como en otros sistemas.

La evidencia actual apoya el concepto de que la patología de la AR tiene sus bases en una respuesta inflamatoria que involucra al sistema inmunológico (2), proponiéndose como factores etiológicos de la AR a: endócrinos, metabólicos y nutricionales. Sin embargo, aunque estos pueden influir en las manifestaciones de la enfermedad, no hay evidencia de que sean los causantes de ésta.

Las líneas de investigación de la AR se han concentrado actualmente en el estudio de los posibles agentes infecciosos que pueden iniciar la alteración del proceso inmunológico involucrado en las manifestaciones de la enfermedad. Así mismo, se investiga sobre los factores genéticos que participan en estos procesos (2).

No obstante, se puede concluir que a pesar de la extensa investigación que se realiza en este campo, la etiología biológica de la AR se desconoce.

FACTORES PSICOLOGICOS:

Aunque la literatura no apoya el concepto de una "personalidad artrítica", las observaciones sugieren que muchos de los pacientes con AR experimentan estrés psicológico significativo. Por consiguiente, la investigación sobre los factores psicológicos que podrían estar comprometidos en la etiología de la AR se ha dirigido a investigar el papel potencial que juega el estrés psicológico en esta enfermedad (2).

Algunos estudios han examinado el estrés causado por factores socioeconómicos y eventos significativos de la vida así como relaciones familiares negativas (2).

De este modo, según Anderson (2) los estudios de: Levitan en 1981, los de Medsger & Robinson en 1977 y los de Sochet y cols. en 1969; nos revelan que se ha observado como estresor significativo, altos niveles de disfunción marital entre los pacientes con AR.

Anderson (2), también nos comenta que las observaciones clínicas de Rimón sugirieron en 1977 que puede haber importantes diferencias individuales con respecto al papel del estrés psicológico en el principio y exacerbación de la AR, tanto entre pacientes adultos como en juveniles. Años más tarde, en otra investigación Rimón (29) señaló: durante las últimas cuatro décadas se ha acumulado evidencia de que los eventos emocionalmente traumáticos, tales como la pérdida de una persona clave por muerte o separación, crisis marital, problemas sexuales, dificultades financieras, enfermedad grave de un miembro de la familia, conflictos con las autoridades y otra clase de preocupaciones personales, frecuentemente preceden los primeros síntomas de la artritis reumatoide y precipitan su comienzo. Desgraciadamente, algunas de estas investigaciones, han sido obstaculizadas por diversos factores que incluyen aspectos conceptuales como: dificultades de evaluación asociadas con el diagnóstico de la artritis reumatoide y el constructo de estrés psicológico(2).

Otras dificultades a las que se han enfrentado este tipo de estudios son de tipo metodológico donde se incluyen las críticas hechas a los estudios de carácter retrospectivo, en los que previo al momento del estudio, las variables ya ocurrieron y tuvieron sus efectos (20); además de las dificultades obvias para realizar investigación experimental con sujetos humanos.

En conclusión, aún y cuando se pudiese desarrollar un modelo experimental de la AR, al momento no puede evitarse el investigar, a pesar de las deficiencias de orden experimental, con humanos y en este caso el estudio de los factores de tipo psicológico involucrados es imprescindible, aunque la recomendación se dirige a tratar de evitar al máximo los problemas de tipo metodológico involucrados.

SALUD, AMBIENTE Y TRABAJO DE LA MUJER:

Salud y medio ambiente son dos conceptos que se hallan íntimamente relacionados.

Según Company (7), el conjunto de condiciones físicas, psíquicas y sociales puede ser favorable o desfavorable, determinando el estado de salud, enfermedad o muerte de los individuos. El desarrollo de la técnica, la industrialización creciente, el abandono de las zonas rurales y la creciente incorporación masiva de importantes capas de la población al trabajo, han provocado una transformación de las formas de vida y, por tanto, de los factores de riesgo para la salud. Con ello han aparecido nuevas enfermedades a la vez que asistimos a un aumento de las enfermedades crónico degenerativas, cardiovasculares, tumores, etc.; que se califican como enfermedades del progreso o de la civilización y que afectan principalmente a los países industrializados, y cada vez más a los que están en vías de serlo.

Además, la misma Company (7)(5), menciona en lo particular, que las mujeres no han sido ajenas a estos cambios y que progresivamente se están incorporando al moderno mercado de trabajo, con las consecuencias que esto acarrea.

Consecuentemente, la autora refiere que, si bien en la década pasada se realizaron esfuerzos de carácter técnico, higiénico y legislativos para mejorar el ambiente de trabajo en su conjunto, las modernas condiciones del mercado de trabajo, sus características y la insuficiencia de las estructuras sociales, actualmente imponen a las trabajadoras y sobre todo a las madres, una sobrecarga ligada a la necesidad de compaginar el trabajo rentable o reconocido socialmente, con el doméstico no rentable o no reconocido socialmente. Así, aunque las actividades domésticas, inclusive el cuidado de los hijos, son a las que históricamente ha estado atada la mujer, éstas se constituyen actualmente en una jornada más de trabajo que se añade a la otra.

En este sentido, la mayoría de las mujeres trabajadoras actualmente, además del desarrollo de una actividad profesional, deben cumplir cada día con un cierto número de trabajos domésticos de los que no son relevadas. Para J. Bourret y J. Mehl (7) esta "doble jornada" (6) implica, la presencia de por lo menos un hijo menor de tres años de edad que involucra un incremento en dos horas y media más al trabajo doméstico diario.

Otros factores negativos que vive la mujer, por contraposición a lo que sería una sola jornada de trabajo, es la utilización habitual de los días festivos para actividades domésticas, lo que implica una reducción real del tiempo a dedicar para el descanso y el ocio, y con ello, estas mujeres presentan una mayor predisposición a accidentes y enfermedades profesionales, además de que parece que el tiempo de descanso está correlacionado con procesos patológicos crónicos(7).

Bajo este contexto se puede intentar explicar la elevada frecuencia de trastornos psicosomáticos (digestivos, del sueño, cefaleas, agotamiento nervioso, etc.) entre mujeres. Según Caccuri (7) este tipo de trastornos tiene una incidencia de 10.5% entre las trabajadoras frente al 6.9% para los hombres, con la consecuencia, entre otras, de un indiscriminado uso de psicofármacos.

GRUPOS PATOLOGICOS QUE INFLUYEN EN LA CAPACIDAD LABORAL DE LA MUJER Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En resumen, para Vicinelli G.C. (7), se destacan tres grupos de patología que influyen de un modo decisivo sobre la capacidad laboral de la mujer:

- 1.- Enfermedades reumatológicas (entre las que se incluye la AR).
- 2.- Enfermedades genitourinarias.
- 3.- Trastornos neuropsíquicos.

En conclusión y desde nuestro punto de vista, es indudable que las condiciones de una o dos jornadas de trabajo juegan algún papel (quizá como un estresor más) en la estabilidad psicológica de la mujer. Pero por lo antes expuesto, ¿será acaso que las condiciones de trabajo (una o dos jornadas de trabajo, reconocida o no reconocida económica y socialmente), a las que se vé expuesta la mujer con artritis reumatoide (AR), inciden en su salud psicológica?

Si esto fuera así, podría esperarse entonces que la mujer con AR que cubre dos jornadas de trabajo (una reconocida económica y socialmente y la otra no, por ser dedicada a actividades de tipo doméstico) ¿estaría más predispuesta a trastornos de tipo psicológico, que aquellas mujeres con la misma enfermedad pero con una sola jornada de trabajo? (en este caso no reconocida económica y socialmente, la cual consiste en actividades de tipo doméstico), o ¿será acaso que ¿el trabajo reconocido económica y socialmente sea una condición favorable a la salud psicológica de las mujeres con AR?

METODO

OBJETIVO:

Conocer si la formalidad del trabajo realizado -económica y socialmente, reconocido o no - se relaciona con la salud psicológica de la mujer que padece artritis reumatoide.

HIPOTESIS DE TRABAJO:

Si la mujer que padece artritis reumatoide desempeña un trabajo, económica y socialmente reconocido, entonces tendrá una mejor salud psicológica, a un nivel de significancia de 0.05, en comparación con la mujer en la misma condición, pero cuya ocupación no es reconocida económica y socialmente.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

TRABAJO: Con dos acepciones:

- 1.- Actividad productiva formal, remunerada y reconocida socialmente y que se realiza en una organización laboral.
- 2.- Actividad productiva informal, no remunerada y desconocida socialmente y, que se realiza en el ámbito doméstico (quehaceres domésticos).

VARIABLE DEPENDIENTE:

SALUD PSICOLOGICA:

La salud psicológica de la mujer expresada en términos del desarrollo de una vida emocionalmente equilibrada; estabilidad evaluada a través de la manifestación de aspectos psicosociales tales como: ciclo de sueño y vigilia

sin alteraciones, demanda de interacción social y ausencia de depresión.

OTRAS VARIABLES:

Otras categorías a estudiar, vinculadas a nuestro objeto de estudio fueron: antecedentes heredofamiliares de AR y edad de inicio en el trabajo.

DISEÑO DE INVESTIGACION Y TIPO DE ESTUDIO

TIPO DE ESTUDIO:

Por la procedencia de los sujetos y por el lugar de la realización del estudio, pacientes de la consulta externa de instituciones públicas de salud (11) (21), este fué un estudio de tipo exploratorio de campo.

DISEÑO:

La investigación fué no experimental o ex-postfacto, de comparación entre dos grupos o muestras en las que, de acuerdo con Kerlinger (20), resulta imposible manipular las variables pues, "las variables independientes llegan al investigador ya confeccionadas o integradas, y para decirlo de algún modo, éstas ya han ejercido sus efectos, si es que originaron alguno"

Considerando lo anterior, en este estudio, la variable "trabajo", se encuentra previamente integrada a los sujetos de la muestra, y ya ejerció sus efectos por lo que no puede ser manipulada por el investigador, a excepción de su reconocimiento como característica de los sujetos para asignarlos a uno de los grupos de investigación.

MUESTRA y SUJETOS:

De la población anual de pacientes de consulta externa de la especialidad de Inmunología y Reumatología del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" y del Hospital Regional "20 de Noviembre" del ISSSTE, se extrajo una muestra de tipo no probabilístico por cuota (30); y se obtuvo una muestra total de 53 mujeres con diagnóstico de Artritis Reumatoide (AR).

Las características consideradas como requisitos para su inclusión en la muestra fueron:

I.- MEDICAS: Contar con el diagnóstico médico de Artritis Reumatoide.

II.- SOCIODEMOGRAFICAS:

1.-Tener una edad dentro del rango de 20-60 años y a la fecha, haber formado una familia con lo menos un hijo y,

2.- Poseer una escolaridad mínima de secundaria o equivalente

III.- LABORALES: Por ocupación ser: empleadas y/o amas de casa.

Las pacientes así seleccionadas, se distribuyeron en uno de los dos grupos formados con base a su ocupación:

1.- Grupo de una jornada (1J), formado por 23 amas de casa (actividad no remunerada ni reconocida socialmente).

2.- Grupo de doble jornada (2J), formado por 30 mujeres empleadas (actividad remunerada y reconocida socialmente), además de amas de casa.

MATERIAL:

El mobiliario que se ocupó para la realización del trabajo fué: sillas, mesa y un cubículo como escenario en donde se llevó a cabo la entrevista y la aplicación de los instrumentos. También se utilizaron los expedientes clínicos de la población de los pacientes con AR y, que fueron elaborados previamente por el personal médico especializado.

INSTRUMENTOS:

Para la selección de la muestra y la obtención de los datos de investigación se emplearon los siguientes instrumentos:

1.- Expedientes clínicos.

Se utilizaron los expedientes clínicos de la consulta externa de la especialidad de Inmunología y Reumatología de las instituciones ya mencionadas.

2.- Evaluación indirecta del comportamiento de las mujeres con AR.

El instrumento a utilizar para el presente trabajo (ANEXO I) se integró a partir de otros instrumentos procedentes de E.E.U.U. y que cuentan entre sus

características, además de haber sido elaborados por expertos, con una validez y confiabilidad ya establecidas.

No obstante, este instrumento (Anexo I), forma parte de otros que no se expondrán en esta ocasión por varias razones de entre las que destacan: el hecho de que forma parte de una línea de investigación sobre el tema, por la variedad del tipo de análisis de datos empleados y, entre otros, por la variedad de procedimientos de estructuración de los instrumentos de medición; en este último caso destaca por ejemplo, la construcción de una de las secciones (aquí no considerada) destinada a evaluar la capacidad funcional y que se desarrolló con base a la clasificación que la OMS hace acerca de los niveles o consecuencias de la enfermedad: Impairment-Disability-Handicap, esto es, Daño (pérdida, anormalidad, dificultad o menoscabo) en las funciones o estructuras anatómicas, fisiológicas y/o psicológicas; Impedimento (carencia, falta o restricción) en la ejecución hábil y normal de una actividad y; Desventaja en la ejecución de roles psicosociales adquiridos respectivamente (27).

DESCRIPCION, ESTRUCTURA Y PROCEDIMIENTO DE CONSTRUCCION DEL INSTRUMENTO EMPLEADO EN ESTA INVESTIGACION:

Los instrumentos fuente, utilizados para construir el empleado en esta investigación fueron:

- 1.- The Sickness Impact Profile (SIP), de Bergner M. y cols. (4).
- 2.- The Arthritis Assesment of Polyarticular Disability, de Convery F.R. y cols. (8).
- 3.- The Health Assesment Questionnaire, de Fries J.F. y cols (12).
- 4.- A functional Index, de Lee P. y cols. (16).
- 5.- The Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS), de Meenan R. y cols. (25).

El procedimiento seguido en la construcción del instrumento base aquí reportado (Anexo I) fué:

- 1.- Una vez traducidas las pruebas se delimitaron las categorías que constituyen la dimensión de bienestar o

salud psicológica y que serían exploradas: ciclo vigilia-sueño, interacción social y ausencia de depresión. También se delimitó como parte a investigar los antecedentes heredofamiliares de AR y la edad de inicio al trabajo.

- 2.- A continuación se seleccionaron todos los reactivos que explorarían las categorías delimitadas.
- 3.- Dichos reactivos se organizaron en indicadores de cada una de las categorías delimitadas.

Este proceder en la elaboración del instrumento, le confirió validez de contenido ya que "incluye una muestra representativa de todas las preguntas provenientes de los instrumentos fuente" (31).

- 4.- Con base a un piloteo se determinó el nivel de escolaridad mínimo de las personas que podrían contestar el instrumento. Este procedimiento también permitió adecuar el estilo y la redacción.
- 5.- Se revolió el orden de los reactivos, evitando que quedaran agrupados por categoría.
- 6.- Se estructuró el instrumento aquí reportado (ANEXO I) con 35 reactivos que corresponden a los indicadores de las categorías denominadas: variables sociodemográficas, antecedentes heredofamiliares trabajo y bienestar o salud psicológica. La sección que cuestionó a las mujeres investigadas sobre algunos aspectos clave en torno a su bienestar o salud psicológica, aunque no fueron explorados en forma exhaustiva, son considerados como indicadores de las funciones que normalmente se relacionan con la presencia de algunos mecanismos neurofisiológicos y psicológicos que dan cuenta del bienestar emocional o de su alteración (27).

En resumen, las categorías exploradas con el instrumento así elaborado (AnexoI) fueron:

I.- Ficha de identificación:

- 1.- Variables sociodemográficas

II.- Antecedentes heredofamiliares

III.- Bienestar o salud psicológica:

- 1.- Ciclo de vigilia y sueño.
- 2.- Interacción social.
- 3.- Ausencia de depresión.

IV.- Trabajo (edad de inicio en el trabajo).

I.1.- VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS:

Con la categoría denominada "ficha de identificación" se exploró lo que se denominó "variables sociodemográficas", entendiéndolo por ellas a las características físicas, sociales, y de procedencia de las mujeres a investigar; el conocimiento de estas variables posibilita un mejor control (2).

Las variables sociodemográficas se exploraron a través de siete reactivos (del cero al seis). Cuatro de ellos (el 1, 2, 4 y 6) se construyeron en forma de pregunta abierta; dos reactivos (el 3 y el 5) se construyeron en forma de opción múltiple en tanto que un reactivo (el 0) se presentó en forma dicotómica.

En esta categoría se incluyeron los siguientes indicadores: edad, estado civil, escolaridad, ocupación y número de hijos, así como la procedencia institucional.

II.- ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DE AR:

Los factores genéticos pueden jugar un papel importante en la aparición de la AR (2), por lo que se exploraron estos antecedentes en la familia del paciente.

Esta categoría se exploró a través de un reactivo (el 7) el cual se construyó en forma de opción dicotómica.

III.- BIENESTAR O SALUD PSICOLOGICA:

Esta sección se compuso de 25 reactivos (del 9 al 33) diseñados en forma similar a una escala de actitud tipo Lickert, sólo que en este caso las opciones se diferenciaron no por el valor de la intensidad de la respuesta, sino por la frecuencia de emisión del comportamiento explorado. Las categorías que conformaron esta dimensión fueron:

III. 1.- CICLO DE VIGILIA Y SUEÑO:

Existe una estricta periodicidad para dormir a lo largo del ciclo vital. El ciclo vigilia-sueño es uno de los ritmos endógenos del cuerpo que transcurre a lo largo del ciclo día y noche (19).

El sueño es un proceso neuronal activo y rítmico. Fué reconocido en 1960 como un proceso activo caracterizado por una sucesión cíclica de diferentes fenómenos

psicofisiológicos. Durante el sueño se interrumpe (relativamente) la interacción con el mundo social y físico (16), y es esencialmente un factor de adaptación que permite la restauración de la actividad nerviosa superior en sus operaciones más complejas (26).

El interés en el presente estudio se enfocó a la exploración de la existencia de trastornos de sueño, específicamente el insomnio. El insomnio como incapacidad para dormir o permanecer despierto cuando no es apropiado constituye un problema pasajero, que se presenta en momentos de pasar, tensión o esfuerzo (13).

Una definición ampliamente aceptada es que el insomnio es la incapacidad crónica para obtener la calidad o cantidad de sueño necesario para mantener la conducta diaria adecuada (19).

Es importante señalar que el sueño no es un evento conductual aislado y que su alteración puede estar vinculada a otros cambios conductuales y de ánimo, los cuales en su oportunidad pueden ejercer efectos de mucho alcance en la vida de las personas.

El insomnio puede ser un síntoma crónico de enfermedad física y mental; los trastornos de sueño pueden constituir una advertencia temprana de estados de depresión y ansiedad (14).

Los indicadores explorados fueron: dificultad para dormir, uso de somníferos, duración del período de sueño, presencia de somnolencia durante el día, número de descansos o siestas hechos al día y disposición al trabajo como consecuencia del buen dormir.

III. 2.- INTERACCION SOCIAL :

A partir de la premisa básica de la necesidad del ser humano por establecer contacto social, y de la consideración de que la enfermedad (AR) puede afectar en forma notoria las percepciones, las reacciones y las interacciones con el ambiente psicosocial (28) fué que se incluyó esta categoría, conceptualizada como la estimulación recíproca de una persona por otra y las respuestas que resultan de ella. En otras palabras, durante la interacción social se propician modificaciones mutuas en la conducta de los individuos que intervienen en la misma (9).

Entre otros, los indicadores fueron: la frecuencia de las visitas hechas a familiares y amigos, la comunicación telefónica con ellos y la realización de actividades recreativas en grupo.

III. 3.- AUSENCIA DE DEPRESION:

Depresión es un estado de inaccesibilidad a la estimulación o a tipos particulares de estimulación, de pérdida de la autoestima, de baja producción, iniciativa y de pensamientos tristes (9)(13).

Se incluyeron como indicadores de depresión: ánimo, apatía, valoración de sí mismo y de su entorno, inactividad, desesperanza e irritabilidad. El interés o desinterés por la gente se exploró con la categoría "interacción social" antes citada.

IV.- TRABAJO:

En la noción de trabajo existe ambigüedad, no obstante este término es usado para referirse al menos a dos cosas diferentes: a la actividad de producción de bienes y servicios y, a la identificada generalmente como empleo. Así, cuando se habla de "no tener trabajo" en realidad se está refiriendo a un empleo remunerado. La actividad de un ama de casa es sin duda un trabajo pero que carece del reconocimiento social como ocupación o empleo (5).

De este modo se reconocen dos entidades del mismo fenómeno trabajo; el formal y el informal. El formal o empleo es en realidad una institución social con características determinadas que permite la participación de las personas en una organización (pública o privada), sindicato, el mercado, etc, otorgando un estatus y una remuneración (5). En el segundo o informal se comprende al realizado por el ama de casa y que se traduce en un rol específico con sus causas y sus consecuencias de tipo social.

Como en nuestro caso la muestra estuvo formada exclusivamente por mujeres, a éstas las ubicamos en un tipo de trabajo u otro en función de si realizaban sus actividades laborales en el hogar como amas de casa, o si realizan sus actividades en una empresa o institución como empleadas.

El indicador de trabajo se exploró en el presente instrumento a través de tres reactivos (8, 34 y 35). El primero se construyó como pregunta abierta y los otros dos en forma de opción múltiple.

PROCEDIMIENTO

Cuando se contó con la aprobación de las autoridades hospitalarias de las instituciones correspondientes, se procedió a la revisión de los expedientes clínicos de la especialidad de Reumatología e Inmunología. Esto permitió hacer una preselección, con base en los criterios y características médicas, sociodemográficas y laborales de las pacientes asistentes a la consulta externa.

Ya seleccionadas las mujeres que cubrieron con los requisitos, se procedió a entrevistarse con las mismas para solicitar su colaboración en la investigación.

ENTREVISTA:

Como parte de la entrevista, la misma incluyó:

- 1.- Presentación e identificación profesional del entrevistador.
- 2.- Información al paciente, de los objetivos del estudio.
- 3.- Solicitud de colaboración del paciente. De contar con la anuencia del paciente para participar en el estudio, se procedió a darle las instrucciones pertinentes a la forma de aplicación de los instrumentos.
- 4.- Aplicación del instrumento a las pacientes. Se aplicó el cuestionario utilizando una entrevista personal, siendo el entrevistador quien leyó las preguntas y quien anotó las respuestas del paciente.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se analizaron uno a uno los reactivos que conformaron la prueba.

Inicialmente se procedió mediante el uso de la estadística descriptiva, a la representación de los resultados que para cada grupo se tuvieron en cada uno de los reactivos. También se procedió a describir los resultados por cada categoría de análisis.

Posteriormente, se compararon los resultados entre los grupos, mediante la aplicación de pruebas T y, también mediante la aplicación de un análisis de varianza de una vía (ANOVA). Cuando procedió, se analizaron las diferencias entre grupos a un nivel de significancia de 0.05 .

RESULTADOS

I.1.- VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS:

- 1.- **PROCEDENCIA INSTITUCIONAL:** No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al analizar la procedencia de las 53 pacientes femeninas investigados (Tabla 1 y Gráfica 1).
- 2.- **EDAD:** Sus edades se comprendieron en un rango de 28 a 60 años (Tabla 2).
- 3.- **ESTADO CIVIL:** El estado civil predominante fué casadas en más de un 80% (Tabla 3).
- 4.- **ESCOLARIDAD:** Al igual que en las variables anteriores (procedencia institucional, edad y estado civil; no hubo diferencias significativas entre los grupos al analizar los datos con la prueba "t" del SPSS para PC. (Tabla 4 y Gráfica 2).
- 5.- **DESCENDENCIA:** Sin embargo, al analizar el número de hijos en ambos grupos sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ellos. El grupo 1J formado por amas de casa tuvo tres hijos en promedio (2.95), en tanto que las mujeres del grupo 2J tuvieron dos hijos (2.16). El nivel de significancia fué de 0.02 con una $t = 2.35$ (Tabla 5 y Gráfica 3).

II.- ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

Al analizar los antecedentes heredofamiliares de las mujeres con A.R. se encontró que el grupo de mujeres de una jornada (1J), reportó no tener (60.9%) familiares con AR o con otra enfermedad reumática, en tanto que el grupo de doble jornada (2J) reportó sí tener (63.3%) familiares afectados con alguna enfermedad reumática. Estos resultados fueron significativos estadísticamente al nivel de 0.009 ($T=2.70$) (Gráfica 4).

III.- SALUD PSICOLOGICA:

1.- CICLO DE VIGILIA Y SUEÑO:

- 1.- Las mujeres del grupo 1J, presentaron más dificultades

para dormir o problemas de sueño (3.2), caracterizados por el hecho de que al acostarse no podían "conciliar" el sueño de manera pronta; mientras que las mujeres del grupo 2J presentaron este problema en una cuantía menor (2.6).

Estos resultados fueron estadísticamente significativos al 0.07, $F = 4.03$, ANOVA.

- 2.- Congruentes con lo anterior, el grupo (1J) reportó sentirse más somnoliento (3.2) que el grupo 2J (2.5); los resultados para esta variable fueron significativos al 0.07 $F=3.3$, ANOVA.
- 3.- Además, se encontró que el grupo 1J (aún y cuando el resultado no fué significativo), durante el día se tomaba más descansos (3.3) y siestas (2.1) que el grupo 2J, (que obtuvo puntuaciones de 2.8 y 2.0 para los descansos y siestas respectivamente).
- 4.- Así mismo, se encontró, aunque tampoco fué significativo, que las mujeres del grupo 1J toman un poco más frecuentemente pastillas para dormir en comparación con las mujeres del grupo 2J.
- 5.- Otro resultado consistente con los anteriores, aunque tampoco fué significativo, es aquél relacionado con las horas dedicadas a dormir. Se encontró que el grupo 1J (amas de casa) reportó dormir alrededor de ocho horas, lo que da un promedio de 1:30 hrs más que el grupo 2J.

2.- INTERACCION SOCIAL:

- 1.- Las mujeres de una jornada (1J) tuvieron una menor interacción social (3.00) por vía telefónica, que las mujeres del grupo de doble jornada (2.40), ya que reportaron comunicarse telefónicamente menos con sus amigos y familiares. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas al 0.04 ($F= 4.03$ ANOVA).
- 2.- En el caso de la visita a amigos o familiares los resultados fueron similares, pues las mujeres del grupo 1J reportaron visitar menos a sus amigos o parientes (3.2) que las mujeres del grupo 2J (2.6) Estas diferencias fueron estadísticamente significativas a un nivel de 0.05 ($F=3.46$, ANOVA)

3.- AUSENCIA DE DEPRESION:

- 1.- Esta categoría (depresión) se exploró con 14 reactivos, de los cuales sólo en el reactivo 83 se encontraron diferencias significativas entre los grupos de mujeres investigadas.
- 2.- Las mujeres del grupo 1J expresaron con mayor frecuencia (3.1) "sentir que nada les sale como ellas lo desean" a diferencia del grupo 2J (2.1). Esta diferencia fué estadísticamente significativa a un nivel de 0.0001 ($F=19.55$ ANOVA).

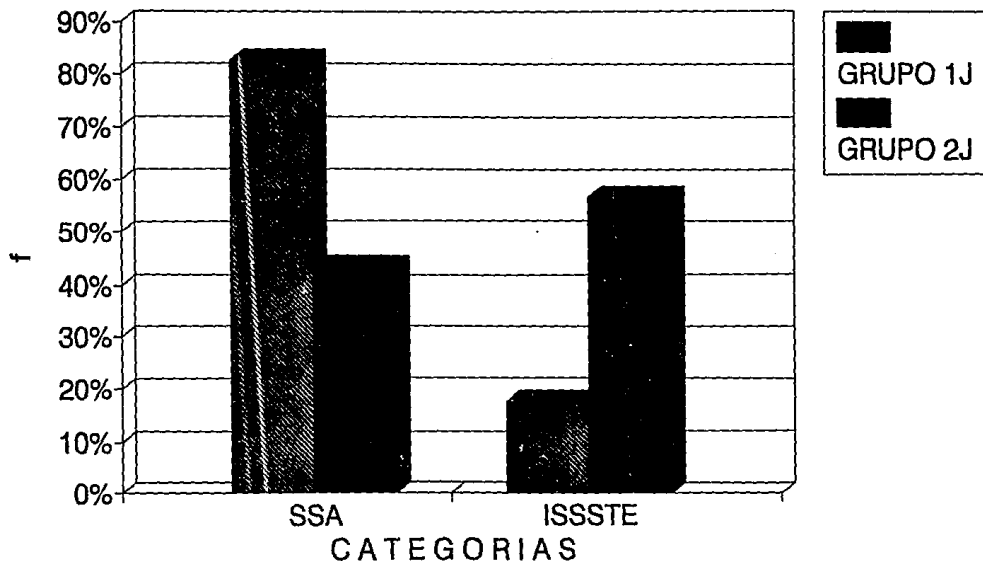
IV.- TRABAJO:

- 1.- Las mujeres del grupo 1J, reportaron haberse iniciado más tempranamente al trabajo -responsabilidades domésticas- a los 16.8 años, mientras que el grupo 2J lo hicieron a una edad promedio de 19.1 años (datos significativos al nivel 0.08 $T=1.78$).

TABLA 1.- PROCEDENCIA INSTITUCIONAL. Al analizar la procedencia institucional de las pacientes (mujeres con diagnóstico de A.R.) de 1 y 2 jornadas se puede apreciar que aún y cuando hubo diferencias por cuanto al número de pacientes y su procedencia; estadísticamente no se presentaron diferencias significativas.

GRUPO 1J			GRUPO 2J	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SSA	19	82.6	13	43.3
ISSSTE	4	17.4	17	56.7
Mean = 1.74 Std Err = .081			Mean = 1.567 Std Err = .092	

PROCEDENCIA INSTITUCIONAL

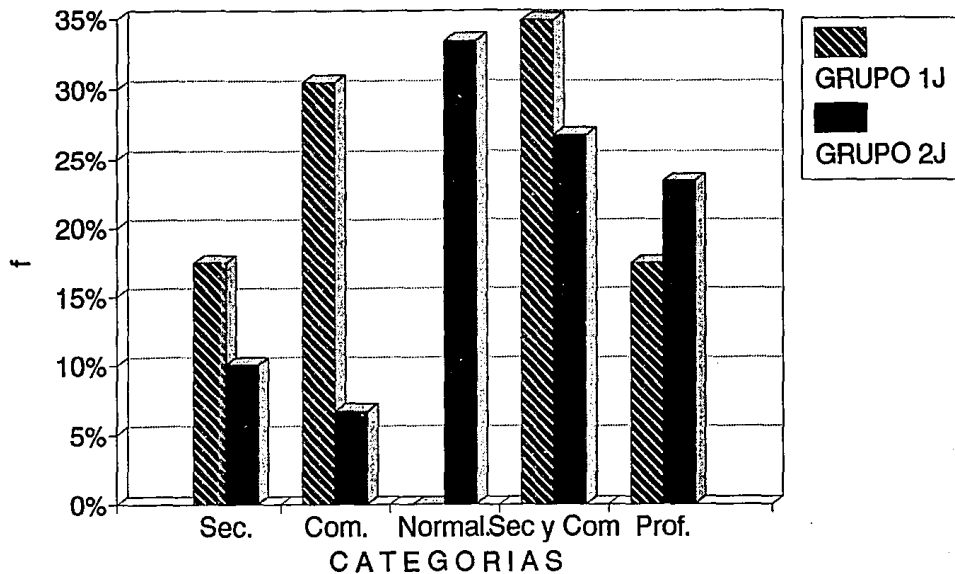


Gráfica No. 1. No hubo diferencias en cuanto a la procedencia institucional de las pacientes .

TABLA 2.- EDAD DE LAS MUJERES CON AR. Respecto a la edad, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos

GRUPO 1J			GRUPO 2J		
años	f	%	años	f	%
28	1	4.3	30	1	3.3
29	1	4.3	31	1	3.3
34	2	8.7	33	1	3.3
37	3	13.0	35	4	13.3
38	1	4.3	36	1	3.3
39	2	8.7	37	2	6.7
40	2	8.7	39	2	6.6
43	1	4.3	40	2	2.7
44	2	8.7	43	2	6.7
46	1	4.3	44	1	3.3
49	3	13.0	48	2	6.7
50	2	8.7	49	4	13.3
53	1	4.3	52	1	3.3
58	1	4.3	53	1	3.3
			54	1	3.3
			55	1	3.3
			56	2	6.7
			60	1	3.3
total	23	100	30	100	
Mean= 42.043 Std Err = 1.595 Std Dev = 7.648			Mean = 43.667 Std Err = 1.552 Std Dev = 8.499		

ESCOLARIDAD

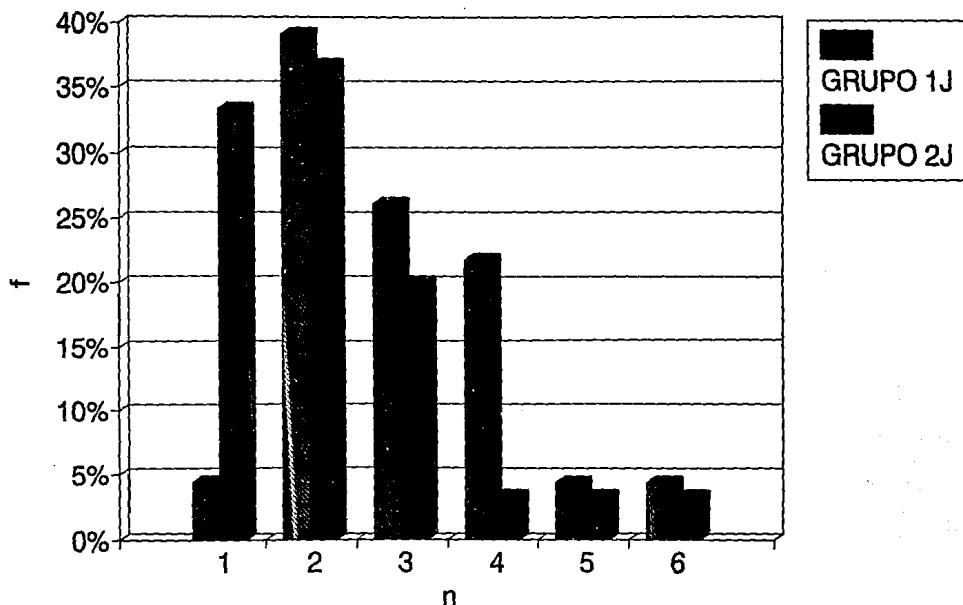


Gráfica No. 2. Se observa un nivel de escolaridad superior en el grupo de doble jornada, pero no hubo diferencias estadísticamente significativas.

TABLA 3.- ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES CON AR. El estado civil que predominó con 80% en ambos grupos fué el de casadas

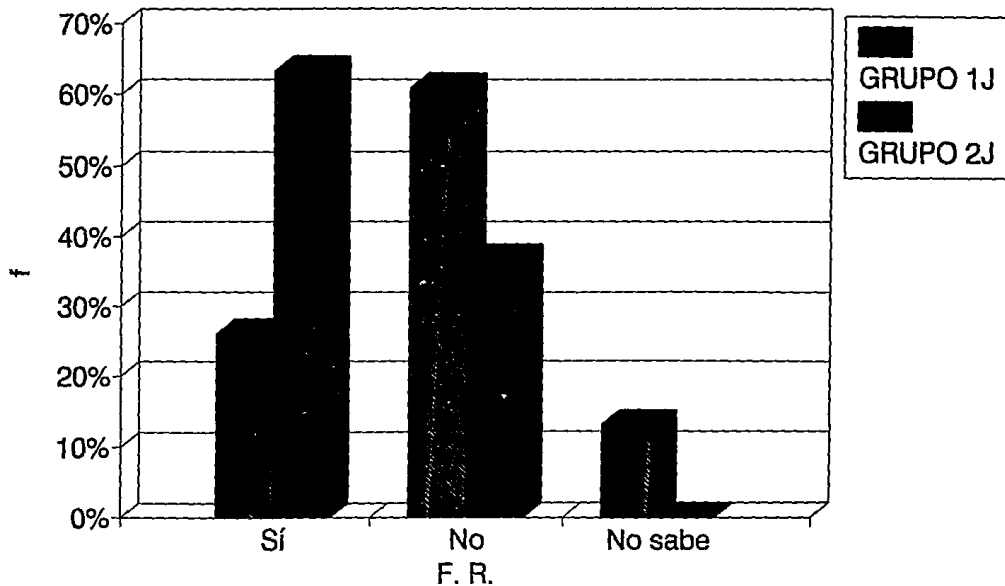
GRUPO 1J			GRUPO 2J		
	f	%		f	%
soltera	-	-		-	-
casada	20	87		24	80.0
viuda	2	8.7		-	-
divorciada	-	-		2	6.7
separada	1	4.3		3	10.0
unión libre	-	-		1	3.3
total	23	100		30	100
Mean = 2.217 Std Err = .140			Mean = 2.567 Std Err = .218		
Std Dev = .671			Std Dev = 1.194		

DESCENDENCIA



Gráfica No. 3. Las mujeres de doble jornada se reproducen menos que las de una jornada.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES



Gráfica No. 4. Porcentajes de familiares con alguna enfermedad reumática, reportados por las mujeres con AR.

TABLA 5.- NUMERO DE HIJOS DE LAS MUJERES CON AR. Las mujeres de doble jornada (2J) se reprodujeron menos (dos hijos en promedio), que las mujeres de una jornada (con tres hijos): Diferencia estadísticamente significativa

n	GRUPO 1 J		GRUPO 2J	
	f	%	f	%
1	1	4.3	10	33.3
2	9	39.1	11	36.7
3	6	26.1	6	20.0
4	5	21.7	1	3.3
5	1	4.3	1	3.3
6	1	4.3	1	3.3
total	23	100	30	100

Prueba t para muestras independientes, aplicada al número de hijos

	n	medias	Std Dev	Std Err
grupo 1J	23	2.95	1.18	.24
grupo 2J	30	2.16	1.23	.22

F	Prob 2 colas	valor t	gl	Prob 2 colas
1.08	.859	2.35	51	.02

TABLA 6.- FAMILIARES CON ALGUNA ENFERMEDAD REUMATICA REPORTADOS (FR), POR LAS MUJERES CON AR. Las mujeres de doble jornada reportaron tener más familiares (63.3%) con alguna enfermedad reumática que las mujeres de una jornada (26.1%)

F.R.	GRUPO 1J		GRUPO 2J	
	f	%	f	%
si	6	26.1	19	63.3
no	14	60.9	11	36.7
no sabe	3	13.0		

Prueba t para muestras independientes aplicada a familiares con alguna enfermedad reumática reportados.

	n	medias	Std Dev	Std Err
grupo 1J	23	2.65	2.55	.53
grupo 2J	30	1.36	.49	.08
valor F	probab 2 colas	valor t	gl	probab 2 colas
27.10	0.000	2.70	51	0.009

DISCUSION

I.1.- VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS:

Aunado a que el grupo 1J tiene más hijos que el otro grupo (2J), se encuentra el hecho de que este grupo (1J) dedica, en condiciones normales, más tiempo que el otro a actividades de crianza.

Lo anterior se desprende de considerar que "el tiempo dedicado a la crianza de un niño de edad preescolar es de 2:30 horas/día/niño" (7); cifra que al multiplicarla por el número de hijos correspondientes a cada grupo de mujeres estudiadas nos arroja los siguientes datos: GRUPO 1J = 7:30 Hrs, GRUPO 2J = 5 Hrs. Estas diferencias entre grupos fueron estadísticamente significativas al nivel 0.02

Efectivamente, en las últimas décadas las mujeres trabajadoras jóvenes (15) se han visto forzadas a reducir su "impulso" maternal por varias vías y aunque siempre se recurre a explicaciones de tipo individual, personal o privada, el fenómeno tiene un comportamiento social fundamentado en hechos, conscientes o no, como los siguientes: el período dedicado a la crianza les exige más tiempo para la realización de tareas rutinarias y agobiantes por cuanto a intensidad, frecuencia, sin una hora específica para concluir bajo condiciones normales; tareas que además de no ser remuneradas, se ven "agravadas" cuando hay enfermedad en cualquier miembro de la familia.

Con lo anterior no queremos decir que el trabajo reconocido socialmente es un importante factor que influye en la represión de la reproducción, sino que la reproducción humana está influida por diversas condiciones de tipo social, económico y político, así por ejemplo, se sabe que en Italia, Mussolini quería que en su país hubiera muchos niños y concidía con algunos demógrafos en que el trabajo era nefasto para la natalidad, por lo que promulgó leyes que limitaban el empleo de las mujeres en la administración y despidió de los Servicios Públicos a las mujeres casadas para así lograr su propósito de incrementar la natalidad en su país (32).

Sirva lo anterior para asentar que en el caso de las mujeres mexicanas investigadas, al igual que en las norteamericanas (15), algunos de los factores que podemos discriminar como intervinientes para que ocurra una menor reproducción en quienes tienen una doble jornada son:

- a) la reproducción implica involucrarse de manera importante en las actividades "domésticas" o "propias del hogar" que además de ser consideradas intrascendentes y como "no trabajo" ; no son rentables económicamente,

b) a su vez, estas actividades denominadas como "no trabajo", implican un desgaste físico y psicológico importante que no siempre se está dispuesta a "pagar",

c) porque la ausencia de "pago" también involucra la posible reducción de ingresos familiares y con ello la accesibilidad a distintos satisfactores,

d) y por último, la crianza limita la vida psicosocial de una mujer joven.

II.- ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

Respecto a los resultados obtenidos al explorar los antecedentes heredofamiliares podemos decir que la cantidad de familiares con AR, es un factor de riesgo predisponente.... (2).

A pesar de las diferencias significativas encontradas entre los grupos por lo que hace a la presencia de familiares afectados por AR (1J=26.1% ; 2J=63.3%), las respuestas de las entrevistadas, carecieron, en general, de precisión dado que al explorar más profundamente sus respuestas no se pudo establecer si se trataba de familiares con esta entidad nosológica o de alguna otra enfermedad reumática. Esta situación obedeció, entre otras, a las siguientes razones:

- 1.- se trataba de una información de hechos usualmente fuera del alcance de la entrevistada, ya que ocurrieron durante su infancia.
- 2.- La AR es confundida usualmente con "reumatismo", ya que la mayoría de la gente sin conocimientos médicos cree que es una misma enfermedad; hoy en día se sabe que existen más de 200 entidades diferentes pertenecientes a la familia de las enfermedades reumáticas (1).

No obstante y a pesar de lo lógico de la discusión anterior, cabe resaltar que los datos obtenidos, estadísticamente significativos, apoyan a los resultados de Rimón (29) en los que se encontró al comparar dos grupos de sujetos con AR que aquellos que presentaron mayor conflicto psicológico o social previo al inicio de la AR, no tuvieron familiares con AR pero ésta se inició súbita, inequívoca y severamente; mientras que en el grupo que no presentó dificultades psicodinámicas significativas antes del principio de su AR, los síntomas reumatoides se presentaron insidiosamente, la enfermedad evolucionó lentamente y sí tenían familiares con AR.

De todo lo anterior se puede concluir que por una parte, hay un paralelismo entre los resultados de Rimón y los aquí señalados dado que el grupo de mujeres con mayor conflicto psicodinámico

reportadas por él tienen una condición similar a las mujeres de una jornada aquí investigadas, pues éstas como se verá más adelante, presentan un mayor menoscabo en su salud psicológica, a la vez que en ambos estudios estos mismos grupos de mujeres no tuvieron familiares con la misma incidencia de AR, lo que parece sugerir finalmente que, entre otros, ciertas condiciones ambientales o eventos emocionalmente estresantes, como podrían ser entre otros, el tipo de ocupación: amas de casa versus mujeres de doble jornada que participa junto con las estrategias de afrontamiento al estrés empleadas, en el principio o exacerbación de la AR. Aunque por otra parte, en ambos estudios se presenta como dificultad metodológica insalvable la indagación retrospectiva de los antecedentes heredofamiliares con AR.

En resúmen, puesto que no se puede concluir contundentemente a favor o en contra de una u otra postura es preciso investigar más a fondo esta variable para lo cual se recomiendan los estudios de genética.

III.- SALUD PSICOLOGICA:

1.- CICLO DE VIGILIA Y SUEÑO:

En esta categoría, las mujeres con AR clasificadas como de una jornada (1J), obtuvieron los siguientes resultados consistentes entre sí: a) tienen insomnio temprano y como consecuencia, b) están más somnolientas, c) se toman más descansos al día siguiente y además, d) ingieren más frecuentemente pastillas para "conciliar" el sueño.

Por otro lado, puede considerarse que este insomnio temprano (al acostarse) es una condición mas de estrés (3), que repercute en ambos grupos. Sin embargo, aún y cuando no hubo diferencias significativas entre ambos grupos en lo que respecta a dormir la siesta y la toma de descansos durante el día, se observó una frecuencia mayor en el grupo 1J. Esto nos indica que:

- 1.- ambos grupos con AR no pueden conciliar el sueño al acostarse, por lo que padecen de insomnio temprano, a la vez que utilizan fármacos para "dormir".
- 2.- ambos grupos de mujeres con AR duermen la siesta (aunque muy pocas veces) y se toman al día varios descansos lo cual nos indica que estas personas al acostarse no tienen el sueño suficiente como para dormir dados los descansos y siestas que han tomado.

De lo anterior (y aunque el grupo 1J presenta más insomnio temprano que el grupo 2J), se desprende que el tratamiento al "insomnio" de ambos grupos debiera ser de tipo higiénico, o relativo a los hábitos y/o conductas pertinentes al dormir y, por ende no farmacológico, esto es, reposar durante el día más

eficazmente (proporcionándoles entrenamiento en relajación) y menos intensamente (en periodos de corta duración), pero con mayor frecuencia (si fuera posible) y sin siestas , para que al acostarse , el sueño ocurra de manera natural.

- 3.- Además, a partir de todos los datos aquí mencionados, se puede inferir, aunque habría que investigarlo más ampliamente, que las mujeres con AR sufren depresión.

Decimos que habría que investigarlo porque el insomnio temprano podría estar influido por las siestas y descansos que estas mujeres se toman durante el día. Además, estas siestas y descansos podrían estar asociadas a los fármacos que se utilizan para el control de su enfermedad, así como también a posibles conductas tendientes a evitar o atenuar el dolor (físico y/o psicológico) que padecen, razones que si fuesen válidas permitirían que la participación de los psicólogos se enfocase al entrenamiento de hábitos higiénicos en cuanto a las conductas de dormir y quizá al entrenamiento en técnicas de relajación, de bioretroalimentación o de autoajuste, con las que se contrarrestara la depresión, por contraposición a la intervención farmacológica, lo que sea dicho de paso, actualmente tampoco se realiza por el médico especialista en reumatología.

2.- INTERACCION SOCIAL:

En cuanto a la categoría interacción social, los resultados mostraron que el grupo de una jornada (1J) fué, respecto del grupo de doble jornada (2J), menos asiduo a visitar y a comunicarse por teléfono a sus amigos y/o parientes.

La mayor interacción social que presentaron las mujeres de doble jornada, es posible asociarla a las " mejores" oportunidades de contacto social que ofrece el ambiente laboral, por ejemplo, no hay costo por el uso telefónico, variabilidad en el uso de transporte y rutas que en un momento dado permiten visitar "camino a casa" a las amistades o familiares, etc. cuestiones que se ven apoyadas por los datos arrojados en una encuesta realizada entre mujeres que trabajan (32) de las que se concluye que estas mujeres aprecian fuertemente la amistad, la camaradería, los lazos que se traban en el lugar de trabajo, la ayuda mutua y hasta la alegría y quizá sean más confiadas y seguras en sí mismas; pues como dicen:

"- yo no digo que seamos felices, téngalo en cuenta, pero a veces nos reímos, realmente nos reímos; una mujer que se queda en su casa no puede saber lo que eso representa, no entendería lo que quiero decir"

"- se dice que las mujeres se ponen como un trapo entre ellas, cierto que las hay; pero también están las amigas, una no se siente sola, se sabe que en un caso de desgracia una puede hablarles de su pena y eso consuela".

"- en mi taller el trabajo es terrible, pero hay un buen ambiente, en una palabra hay amistad".

"- cuando voy al trabajo no pienso en la faena, pienso en las amigas que voy a reencontrar, en lo que nos vamos a contar, eso me hace reír sola a veces en el metro; si una estuviera sola no podría aguantar, pero ya vé, una no está sola..."

Podemos decir sin embargo, que la interacción social es un indicador de salud psicológica, por cuanto que promueve entre otras cosas el "apoyo" social (22), en tanto que el retraimiento está asociado a depresión, y de tal manera están asociadas estas características que según Klerman & Weissman (13), una de las principales características de las personas deprimidas es el deterioro en sus relaciones interpersonales. Estos pacientes (los deprimidos) normalmente sufren el rechazo de las personas que los rodean lo que a su vez reobra sobre ellos aislándolos aún más. Además, según Bruhn y Philips (34) cuanto mayores son los puntajes de soledad en un sujeto, más frecuentes son sus quejas somáticas y más probable es su malestar psicológico.

En el caso de este estudio, podríamos señalar que el grupo de doble jornada (2J), no solo presentó una mejor interacción social sino que, por lo antes citado podríamos decir que este grupo tiene una mejor salud psicológica (herramientas y/o actitudes de afrontamiento a la adversidad y al mundo psicosocial que lo rodea) que el grupo de una jornada (1J).

3.- AUSENCIA DE DEPRESION:

El hecho de que el grupo 1J refiriera más frecuentemente sentir que nada les sale como que ellas quieren, señala desesperanza o frustración, es decir, la visión totalmente pesimista del futuro es un factor casi siempre presente en éstos individuos lo que, en los casos más graves, les puede llevar a ideas de suicidio; desesperanza proveniente quizá del significado y actitudes hacia la enfermedad crónico-degenerativa que padecen, pues como se sabe (22) existen diferentes estilos y estrategias de afrontamiento en relación a la enfermedad y que, cuando la enfermedad es vista como un enemigo, hablamos de "combatir" la enfermedad o conquistar la salud. Las consecuencias emocionales de esta forma de conceptualización son la ansiedad, el miedo y/o el mal humor. Sentimientos y emociones que por otra parte predisponen a la lucha o a la huida y en este caso a la posibilidad de rendirse por indefensión (13) proveniente quizá de la enfermedad crónico-degenerativa que padecen (AR). No obstante, y en todo caso, las mujeres del grupo 2J debieron comportarse de la misma manera que el grupo 1J puesto que padecen del mismo mal, sin embargo, esto no fué así, pues las mujeres del grupo 2J salieron mejor libradas que las primeras.

Por otra parte, las mujeres que desempeñan doble jornada están ocupadas una parte del día en una actividad que es reconocida social y económicamente lo que tal vez les confiera un mejor estatus y con ello una mejor autoestima.

Es de suma importancia advertir la coherencia entre este resultado y los previamente reportados, pues el grupo 1J manifestó mayores trastornos en el sueño y menor contacto social. Este conjunto de información permite suponer la existencia de mayor depresión en las mujeres del grupo 1J que en las del grupo 2J.

Con todo, parecería que las mujeres del grupo 2J tienen un mayor control sobre los estímulos que les ofrece el medio ambiente 6, en otras palabras, este grupo de mujeres parece recibir un mayor número de recompensas a sus operantes "sociales" emitidas, cuestión que por otra parte, confirma la tesis propuesta por Seligman en 1975 en la teoría de la indefensión aprendida (o desesperanza aprendida) que como se sabe propone la participación de variables intrapsíquicas en la determinación de la conducta. Dichas variables están relacionadas con la apreciación que hace el organismo de sus posibilidades de controlar el medio con su conducta, y se alteran de modo peculiar cuando se da un fracaso adaptativo (34).

Esto es, las personas que no tienen o no han podido tener influencia o control sobre el medio ambiente sufren los inevitables efectos de la acción de éste sobre su cuerpo y psique y por ende, ahora responden no actuando sobre el medio porque, v.g. "no vale la pena hacer...", o "no hay esperanza de escapar de...", en suma, que quienes padecen de este síndrome, por sentirse impotentes ante el medio, no realizan conductas destinadas a su control o modificación.

En este sentido, las mujeres del grupo 1J dadas sus pocas o nulas posibilidades de influencia y control sobre los estímulos dolorosos y su aislamiento social sufren como contingencia una depresión aún mayor, probablemente como efecto de la indefensión o desesperanza aprendida (34) (22) (17).

IV.- TRABAJO:

Esta variable indicó, a un nivel de significancia de 0.08, que la edad de inicio a las tareas "laborales" -reconocidas y no reconocidas socialmente- tuvo un inicio diferencial entre ambos grupos. Así, para el grupo 1J el inicio a la vida laboral fue "temprano" (17 años), y "tardío" (19 años) para el grupo 2J.

Una de las explicaciones del inicio temprano en las diversas responsabilidades domésticas en la mujer, podría ser que estas contrajeron matrimonio muy jóvenes y/o bien, que sus familias nucleares delegaron en ellas las responsabilidades y obligaciones que no necesariamente les correspondía por la edad,

lo que, sea como fuere, influye necesariamente en un mayor desgaste físico y, psicológicamente con un posible menoscabo en esta esfera de su salud.

Bajo estas condiciones, podemos considerar entonces que las mujeres del grupo 10 posiblemente han estado sometidas a una "sobrecarga" de trabajo (físico y/o psicológico). Sin embargo, habrá que tomar con cautela los datos, dado que el nivel de significancia (0.08) tiene menos confiabilidad que el aceptado convencionalmente (0.05).

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

- 1.- Las mujeres del grupo de una jornada (1J) reportaron con menor frecuencia (26.1%) agregación familiar con alguna enfermedad reumática (no necesariamente AR) comparado con el 63.3% reportado por las mujeres del grupo de doble jornada (2J).
- 2.- De las mujeres estudiadas, las del grupo de una jornada o amas de casa (1J) tuvieron más hijos que aquellas que cubren dos jornadas (2J) o mujeres que además de ser amas de casa tienen un trabajo socialmente reconocido.
- 3.- Las mujeres estudiadas y que padecen AR normalmente utilizan somníferos y presentaron insomnio temprano aunque:
 - 3.1.- Las mujeres del grupo de una jornada o amas de casa (1J), tuvieron mayores dificultades para conciliar el sueño que aquellas que pertenecieron al grupo de doble jornada (2J).
 - 3.2.- También, y en concordancia con lo anterior, las mujeres del grupo de una jornada o amas de casa (1J), comparadas con el grupo de doble jornada (2J), padecieron más somnolencia durante el día.
- 4.- Las mujeres del grupo de una jornada o amas de casa (1J) tienen menor interacción social que las mujeres del grupo de doble jornada (2J).
- 5.- El grupo de mujeres del grupo de una jornada o amas de casa (1J) presentan más depresión que las mujeres del grupo de doble jornada (2J).
- 6.- Las mujeres del grupo 1J se iniciaron más tempranamente en la vida "laboral" que lo que lo realizado por las mujeres del grupo de doble jornada (2J).

RESUMEN FINAL

Con base en los resultados y discusiones precedentes podemos resumir, afirmar y concluir que se corroboró la Hipótesis de trabajo que refiere: "si la mujer que padece artritis reumatoide desempeña un trabajo económica y socialmente reconocido, entonces tendrá una mejor salud psicológica, al nivel de significancia de 0.05, en comparación con la mujer en la misma condición pero cuya ocupación no es reconocida socialmente"; porque las mujeres de 1 Jornada presentaron menor agregación familiar con AR (al nivel de 0.009 y una $T=2.70$) , menor interacción social (por vía telefónica con amigos y familiares al nivel de 0.04 $F=4.03$ ANOVA; y visitas a amigos o parientes al nivel de 0.05 $F=3.46$ ANOVA) y mayor depresión (al nivel 0.0001 $F=19.55$ ANOVA) que las mujeres del grupo 2J.

Además, con este estudio se alcanzó el objetivo previamente referido: "Conocer si la formalidad del trabajo realizado -socialmente reconocido o nó- se relaciona con la salud psicológica de la mujer que padece artritis reumatoide", por lo que finalmente se concluye que en el grupo de mujeres con Artritis Reumatoide estudiadas:

- 1.- La formalidad del trabajo se relaciona positivamente con su salud psicológica y,
- 2.- El trabajo económica y socialmente reconocido es un promotor de su salud psicológica.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alarcón S.D., Reumatismo, artritis y otros males, Ed. S.XXI, México, 1984
- 2.- Anderson K.O., Bradley L.A., Young, F.D., and Mc Daniel L.K., Rheumatoid Arthritis: Review of psychological factors related to etiology, effects and treatment, Psychol. Bulletin, vol. 98 (2); 358-387, 1985
- 3.- Bacon E. y Viennot F., La química de la ansiedad, Mundo Científico, vol 12 (121):132-139, sin año.
- 4.- Bergner M., Bobbitt R.A., Carter W.B. and Gilson B.S., The sickness impact profile (SIP): Development and final revision of health status measure, Medical Care, XIX (8): 787-805, 1981
- 5.- Casas J.I., Bases teóricas para el análisis de la situación laboral de la mujer, En: El trabajo de las mujeres, Serie debate, Ed. Ministerio de cultura, Instituto de la mujer, Madrid, Marzo, Vol. I: 35-38, 1987
- 6.- Caillavet F., La producción doméstica en el campo económico, En: Serie debate: El trabajo de las mujeres, Ed. Ministerio de cultura, Instituto de la mujer, Madrid, marzo, Vol. I: 41-47, 1987
- 7.- Company A., Mujer y salud laboral, En: Primeras jornadas sobre mujer y salud, 2ª Ed. Ministerio de cultura, España, mayo, 1984
- 8.- Convery F.R., Minter M.A., Amiel D., Connet K.L., Polyarticular disability: A functional assesment.. Archives of phvsical medicine and rehabilitation, 58: 494-499, 1977
- 9.- Diccionario de psicología y psicoanálisis, 1ª Ed., Ed. Paidós, Buenos Aires, 1977, p.p. 223 y 447
- 10.- Encuesta nacional de inválidos: Informe preliminar, Ed. Subsecretaría de asistencia, Dirección general de rehabilitación: S.S.A., México, 1982
- 11.- Festinger L. y Katz D., Los métodos de investigación en las ciencias sociales, Ed. Paidós, México, 1978, p.75
- 12.- Fries J.F., Spitz P., Kraines R.G. and Holman H.R., Measurment of patient outcome in arthritis, Arthritis & Rheumatism, vol. 23, (2), february, 1980, 137-145
- 13.- Fuentenebro F., Vázquez C., Psicología médica, psicopatología y psiquiatría, Ed. Interamericana, Mc Graw Hill, México 1990, p.901 y sigts

- 14.- Gaer L.G., El insomnio, Ed. Siglo XXI, México, 1971, p.11
- 15.- Hoffman L.W. y Nye F.I., La madre que trabaja, Ed. Ediciones Marymar, Buenos Aires, 1976, p.107, 216
- 16.- Hombre, ciencia y tecnología, Enciclopedia Británica, vol.8, Ed. Océano, México, 1986, p.2826
- 17.- Kalat J.W., Biological Psychology, Ed. Wadsworth, Publishing Company, California, 1980 p.p.36-37
- 18.- Kalimo, R., El-Batawi M. A., Cooper C. L., Comps. Los factores psicosociales en el trabajo (y su relación con la salud), Ed. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1988, p.p. 5,6, 18 y 26
- 19.- Kandel E. R., Principles of neural science, Ed. Elsevir, North Holland U.S.A., 1991, p.p. 792-793 y 806-809
- 20.- Kerlinger F.N., Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento, Ed. Interamericana, México, 1985,p.p.116-117
- 21.- Kerlinger F.N., Investigación del comportamiento, Ed. Mc Graw Hill, México, 1988, p.p.421-422
- 22.- Lazaruz R.S., Folkman S., Estrés y procesos cognitivos, Ed. Ediciones Martínez Roca, Barcelona, 1986, p.110, 226
- 23.- Lee P., Jasani M.K., Dick W.C., Buchanan W.W., Evaluation of functional index in rheumatoid arthritis, Scand J. Rheumatology, 2: 71-77, 1973
- 24.- Lolas F. S., Perspectivas biopsicosociales sobre la enfermedad crónica, Salud Mental, Vol. 11 (3): 19-24
- 25.- Meenan R.F., Gertman P.M. and Mason J.H., Measuring health status in arthritis, Arthritis and Rheumatism, vol. 23, N°2, february, 1980, 146-152
- 26.- Meulders M., Boisacq-Schepens N., Manual de neuropsicología: Comportamiento, vol 2, Ed. Toray Masson, Barcelona, 1981 p.p.21-22
- 27.- Organización mundial de la salud, Génova, 1980, p.57, 59, 63
- 28.- Perlman D. , Psicología social, Nueva editorial interamericana, México, 1986, p.149
- 29.- Rimón R., Laakso R.L., Life stress and rheumatoid arthritis: a 15 year follow-up study, Psychother. Psychosom, vol. 43:38-43, 1985
- 30.- Rojas S.R., Guía para realizar investigaciones sociales, 5ª Ed., Ed. UNAM, México, 1980, p.171

- 31.- Schultz D.P., Psicología industrial, 3ª Ed., Ed. Interamericana, México 1988, p.116
- 32.- Sullerot E., Historia y sociología del trabajo femenino, Ed. Península, Barcelona, 1970, p.191
- 33.- Tanur B., Kumate J., Exaire M.J.E., Ramos G.M., Ibarra L.G., Alarcón S.D., Biro D., Mesa redonda: Historia natural de las enfermedades reumáticas y del tejido conectivo, Ed. Revista de la Facultad de medicina, UNAM, México, vol.XVIII, año 18 (5), 1974-1975
- 34.- Valdés M., Flores T. de., Psicobiología del estrés, Ed. Ediciones Martínez Roca, Barcelona, 1985, p. 13, 36

ANEXO

CUESTIONARIO APLICADO A MUJERES CON ARTRITIS REUMATOIDE

- R. clave
0. (1).- Procedencia institucional: a) ISSSTE
b) SA
1. (0).- Nombre _____
2. (2).- Edad _____
3. (3).- Estado civil: a) soltera
b) casada
c) viuda
d) divorciada
e) separada
f) unión libre
4. (4).- Escolaridad _____
5. (5).- Ocupación:
a) ama de casa
b) trabajadora (describa) _____
6. (6).- Número de hijos _____
7. (9).- ¿Alguno de sus parientes padece o padeció Artritis Reumatoide?
a) si
b) no
8. (18).- ¿A qué edad comenzó a trabajar? _____

INSTRUCCIONES

Para cada una de las afirmaciones que a continuación se le presentan, seleccione una de las opciones siguientes, aquella que la representa a usted lo más fielmente posible, considere que no hay respuestas buenas ni malas. Deseamos que por favor sea lo más honesta posible y seleccione, para cada afirmación, la respuesta que normalmente la describe a usted.

Las opciones son:

- a) continuamente
b) La mayor parte del tiempo
c) algunas veces
d) muy pocas veces
e) nunca

9. (75).- Se comunica por teléfono con sus amigos cercanos o parientes
- 10 (76).- Se maldice a sí misma por cosas que pasan
- 11 (77).- Se aísla tanto como puede del resto de la familia y de los parientes
- 12 (78).- Le resulta fácil comenzar proyectos nuevos
- 13 (79).- Realiza actividades sociales con grupos de gente
- 14 (80).- Durante el día se toma varios descansos
- 15 (81).- Le parece que la vida es muy interesante
- 16 (82).- Habla usted confusamente cuando está tensa
- 17 (83).- Siente que nada le sale como usted quiere
- 18 (84).- Necesita tomar una pastilla para poder dormir
- 19 (85).- Se siente tan desanimada que nada podría animarla
- 20 (90).- Cree que el pasado fué mejor que el presente
- 21 (92).- Tiene dificultades para conciliar el sueño
- 22 (93).- Se encuentra somnolienta durante el día, a pesar de haber dormido bien
- 23 (94).- Antes de que se iniciara su enfermedad, ¿se divertía con su familia?
- 24 (95).- Disfruta de las cosas que le gustan
- 25 (96).- Logra tener un sueño reparador
- 26 (98).- Duerme la siesta durante el día
- 27 (99).- Se pasa el día acostada aunque esté despierta
- 28 (100).- Siente que otros estarían mejor si usted no existiera
- 29 (101).- Se irrita fácilmente
- 30 (102).- Visita a sus amigos cercanos o parientes en su casa
- 31 (104).- Antes de que se iniciara su enfermedad se encontraba alegre y de buen humor
- 32 (105).- Ríe o llora de repente
- 33 (107).- Antes de que se iniciara su enfermedad veía la vida con entusiasmo

A continuación para cada pregunta le presentamos nuevas opciones de respuesta entre las que usted debe seleccionar aquella que le describa más fielmente.

- 34 | (111).- Usted se siente más dispuesta a trabajar:
- a) todo el día
 - b) por la mañana
 - c) de preferencia por la tarde
 - d) a ninguna hora del día
- 35 | (112).- ¿Cuántas horas trabaja al día?
- a) más de 8 horas
 - b) alrededor de 8 horas
 - c) entre 6 y 7 horas
 - d) menos de 5 horas