

31961
4

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



CAMPUS IZTACALA

MAESTRIA EN MODIFICACION DE CONDUCTA

ESTRES Y LA CULTURA DEL GENERO
EN ENFERMERIA

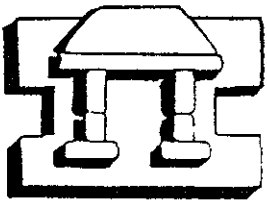
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN MODIFICACION DE CONDUCTA

P R E S E N T A :
MARGARITA RAMIREZ TRIGOS

273247

ASESOR: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
COMITE DE TESIS: DRA. PATRICIA TRUJANO RUIZ
MTRO. JUSTINO VIDAL VARGAS SOLIS
MTRA. MARITZA LANDAZURI ORTIZ
MTRA. LAURA EVELIA TORRES VELAZQUEZ





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 esta 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.

DEDICATORIA

A mis Padres,

operadores de vida, que con su ejemplo muy característico de lucha, valentía y esperanza, han contribuido a que sea una mujer de éxito.

A mis hermanas (os), sobrinas (os), cuñadas (os),

porque los amo y fueron un motivo para el presente logro.

A mi esposo Andrés,

por su constante apoyo y compañía amorosa.

A mi hijo Ihuantzin Andrés,

como ejemplo de esfuerzo, constancia y entrega.

A todas las Enfermeras,

impulsoras de la vida.

A Mario Tarín,

maestro de la Verdad, que con sus enseñanzas contribuyó a encontrar en mí

la Mujer.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente a todas las personas que aportaron sus ideas para la realización de este trabajo: maestros, amigos.

Especialmente quiero hacer un reconocimiento muy especial a mí misma porque como mujer, madre, esposa y enfermera, proveniente de una familia trabajadora que ha sabido salir adelante gracias al esfuerzo y perseverancia, reconozco que puedo hacer obras importantes además de valorarme integralmente.

Quiero agradecer a mi hijo Ihuantzin Andrés su apoyo porque cuando inicié los estudios de Maestría, muchas veces fue necesario robarle tiempo para la realización de los mismos y la culminación de la tesis.

A mi esposo que supo aplicar su amor apoyándome en cada momento de mis estudios, sobre todo en la elaboración y finalización de la tesis.

**Quiero resaltar a una persona quien para mí es un gran Maestro, Terapeuta, Padre y Amigo, que con sus enseñanzas supo en todo momento motivarme para terminar los estudios hasta lograr titularme:
Gracias Mario.**

Agradezco fraternalmente a Patricia Trujano que ha sido un ejemplo excepcional de mujer desde que la conocí. ¡Gracias por todas tus aportaciones!

A Marcela Márquez porque con su amistad fue un impulso desde que iniciamos los estudios de la maestría hasta la culminación de la tesis.

Gracias Leo y Vidal por su apoyo y colaboración para la finalización de ésta Tesis.

A todas aquellas personas, mujeres y hombres que en algún momento de mi vida han contribuido con su experiencia, conocimientos y testimonio, a enriquecer mi espíritu y lograr éxitos como el presente.

MUJER

*UN SER QUE AÚN NO ACABA DE SER
NO LA REMOTA ROSA ANGELICAL
QUE LOS POETAS CANTARON
NO LA MALDITA BRUJA
QUE LOS INQUISIDORES QUEMARON
NO LA TEMIDA Y DESEADA PROSTITUTA
NO LA MADRE BENDITA
NO LA MARCHITA Y BURLADA SOLTERONA
NO LA OBLIGADA A SER BELLA
NO LA OBLIGADA A SER MALA
NO LA QUE VIVE PORQUE LA DEJAN VIVIR
NO LA QUE DEBE SIEMPRE
DECIR QUE SI
UN SER QUE TRATA DE SABER QUIÉN ES
Y QUE EMPIEZA A EXISTIR.*

*ALAÍDE FOPPA
(POETISA GUATEMALTECA)*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	5
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	7
HIPÓTESIS	7
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
CAPÍTULO I.- LA CULTURA DEL GÉNERO EN ENFERMERÍA.	
1.1 Desarrollo del concepto de Género.....	8
1.2 Socialización y Roles de Género.....	15
1.3 La cultura del Género en la Enfermera como mujer mexicana.....	21
CAPÍTULO 2.- ESTRÉS.	
2.1 Antecedentes	33
2.2 Causas y consecuencias del Estrés.....	39
2.3 Papel del Estrés en el ejercicio profesional de la Enfermería.....	43
CAPÍTULO 3.- LA CARRERA DE ENFERMERÍA EN MÉXICO.	
3.1 Inserción de la Mujer en el campo laboral (breves aspectos históricos).....	48
3.2 Breve desarrollo histórico-social de la Enfermería en México:	
a) Características de la Enfermería.....	51
b) Aspectos históricos de la profesión.....	55
c) Aspectos sociopsicológicos de la profesión.....	57
CAPÍTULO 4.- LA CARRERA DE ENFERMERÍA EN LA ENEP IZTACALA.	
4.1 Antecedentes históricos.....	65
4.2 La enseñanza clínica.	72
CAPÍTULO 5.- PROGRAMA DE INOCULACIÓN DE ESTRÉS PARA ENFERMERAS.	
5.1 Antecedentes.	81
5.2 Implementación.	83
METODOLOGÍA	88
RESULTADOS.....	91
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	97
REFERENCIAS BIBLIOHEMEROGRÁFICAS	102
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

En México la profunda transformación ocasionada por la industrialización y urbanización, produjo cambios importantes que alteraron la vida cotidiana de mujeres y hombres en su organización familiar, sistemas de reproducción, división del trabajo, procesos de socialización, vida pública, así como los patrones de relación entre hombres y mujeres.

En términos generales puede afirmarse que en el proceso de construcción del género, algunas mujeres mexicanas han logrado en su quehacer feminista, separar la sexualidad de la reproducción, otras aún con su mentalidad tradicional no lo han logrado a pesar de haberse incorporado al mundo laboral.

Es a partir de los años 90's cuando la presencia social de la mujer representó un desafío a una legitimidad que debía reconocer al asumir la diversidad y la diferencia de su identidad.

Respecto a lo anterior, considero que un aspecto relevante fue la necesidad de profundizar en el proceso de construcción de la identidad de género en la profesión de Enfermería, la cual se considera una extensión del rol femenino tradicional.

Construir la identidad de género en una profesión que por su naturaleza condiciona constantemente el estrés, debido al tipo de responsabilidad que conllevan sus funciones ya sea, en un hospital o en la escuela como docente, además de los diferentes roles que juega ya sea como ama de casa, madre o esposa, requiere concientizar aspectos sobre este tema con el propósito de ofrecer alternativas que mejoren la salud de las enfermeras.

En términos históricos, el estudio científico del estrés inició a partir de la década de 1930, ya que en el siglo XIX tanto el hombre común como los médicos siempre consideraron que la angustia, los conflictos personales, el trabajo excesivo y cierto tipo de condiciones en el espacio laboral podían provocar enfermedades físicas y emocionales.

Dentro de la Psicología existen muchos campos de estudio en donde el ejercicio profesional multidisciplinario participa en la prevención y solución de problemas del comportamiento humano, tal es el caso de la Psicología Ambiental y la Modificación de conducta.

Actualmente en la Ciudad de México los estilos de vida como fumar, comer en exceso, la vida sedentaria, el estrés cotidiano y la contaminación, entre otros, ocasionan graves problemas en la salud y el comportamiento humano. Es así que en la vida cotidiana los individuos se encuentran ante pérdidas, frustraciones, ataques y amenazas que adquieren una significación diferente, según la historia personal y la constitución psíquica de cada uno. Aprender a vivir con el estrés y a estar mejor a pesar de los problemas que genera, nos ayuda a evitar deterioros psicológicos y conductuales.

Enfocar lo anterior en el trabajo de la enfermera, nos permitirá implementar programas de prevención que mejoren su calidad de vida.

Sin embargo, para que la implementación de estos programas logren eficazmente sus objetivos, se requieren hacer estudios de investigación sobre las condiciones laborales, de vida y necesidades de las enfermeras, de los cuales existen muy pocos.

Durante la realización de esta investigación pude constatar que en esta profesión nos hace mucha falta investigar y difundir conocimientos para desarrollar alternativas de salud, que retomen la riqueza de experiencias con las que contamos las enfermeras.

No hay duda de que la investigación científica es la búsqueda permanente de la superación académica, como tarea principal, independientemente de otras estrategias de desarrollo profesional que debieran orientarse hacia un compromiso de transformación de la realidad.

Al respecto me parece pertinente citar el estudio de Nájera (1992) quien comenta que existe un déficit de recursos humanos en las instituciones para la investigación en Enfermería En

esta circunstancia la participación y el desarrollo hacia la investigación suele ser una decisión más personal que institucional.

Me parece importante dejar claro que se presentaron dificultades en la aplicación de inventarios y considero que hacen falta mayores datos para comprobar hipótesis y lograr los objetivos de la investigación. Por lo que finalmente, la importancia de la investigación radica en la integración teórica y una propuesta de intervención con el Programa de Inoculación de estrés que no se pudo aplicar debido a las condiciones en que se encuentra la Universidad Nacional, por lo que se aplicará posteriormente

Es así como esta investigación, aunque se realizó como requisito de titulación de la Maestría en Modificación de Conducta, tiene el propósito de analizar las condiciones del estrés y el género en las enfermeras docentes de la ENEP-Iztacala en un periodo en que México se ve enfrentado a un proceso de profundas transformaciones que origina crisis en esta profesión en especial por su heterogeneidad, y por otra parte, un periodo de inestabilidad por el que está pasando la UNAM con la huelga estudiantil más larga de la historia de la Universidad que repercutirá en la formación y la enseñanza de la Enfermería.

En esta situación, espero que toda la recopilación de información de esta tesis deje caminos abiertos a futuras investigaciones en la ENEP-Iztacala y otras escuelas, además de permitir impulsar el desarrollo profesional tanto a docentes como a alumnos de la carrera de Enfermería.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

El presente trabajo abordará un análisis sobre cómo se percibe la cultura del Género y el Estrés en la profesión de Enfermería, particularmente sus posibles consecuencias sobre el sector docente de la Carrera de Enfermería en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, UNAM.

Actualmente en la profesión de Enfermería se experimentan algunos cambios importantes como consecuencia del desarrollo tecnológico y la crisis económica del país, ya que este gremio se ha insertado en diversos niveles y sectores productivos, lo que ha generado necesidades como la superación profesional.

Respecto a este último punto, se ve reflejado en que muchas escuelas de Enfermería en México, han empezado a desaparecer el nivel técnico de la carrera fomentando programas a nivel de licenciatura, maestrías y especialidades, niveles que en otros años no existían.

Pero aún con el impulso que muchas instituciones están dando para esta superación, parece existir mucha resistencia en el personal de Enfermería a causa de factores culturales, familiares y personales de la misma enfermera, los cuales podrían tener alguna relación con su falta de conciencia respecto a los orígenes de la profesión relacionados con factores como el género y el estrés.

Este proceso de superación, por sí mismo puede originar estrés, debido entre otras razones, a que las profesoras se tienen que nivelar o estudiar aun con la doble jornada laboral diaria.

De aquí la necesidad de enfocar el estudio hacia el sector educativo debido a que es el área profesional en la que estoy inmersa y en donde se puede observar el proceso de estos cambios

Considero que este tema en específico, en la ENEP-IZTACALA no ha sido estudiado en la Carrera de Enfermería, motivo por el cual puede ser de importancia que a las docentes se les considere para realizar una investigación que posteriormente traerá beneficios individuales y profesionales como ser conciente del origen de la profesión y tener la necesidad de prepararnos más profesionalmente y así, realizar investigación que promueva el desarrollo individual mediante la implementación de cursos, talleres y la divulgación de escritos más científicos que le de a la profesión un mayor estatus social y profesional.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

- Conocer las causas y consecuencias del Estrés, y su relación con aspectos de Género, que pueden influir en las profesoras de Enfermería de la ENEP-IZTACALA, para implementar un programa de Inoculación de Estrés.
- Identificar cómo los aspectos de Género relacionados con el Estrés, influyen en las *profesoras de Enfermería*.

HIPÓTESIS:

- La percepción de los aspectos de Género (socialización y roles), están relacionados con el Estrés, en las docentes de la Carrera de Enfermería de la ENEP-IZTACALA.
- El estrés, producto de los problemas de Género en las profesoras de Enfermería, repercute en la enseñanza clínica

PROBLEMA DE INVESTIGACION:

- Identificar y conocer la relación de los aspectos de Género (socialización y roles) con el Estrés que repercuten en la enseñanza clínica de la Carrera de Enfermería.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

- Conocer las causas y consecuencias del Estrés, y su relación con aspectos de Género, que pueden influir en las profesoras de Enfermería de la ENEP-IZTACALA, para implementar un programa de Inoculación de Estrés.
- Identificar cómo los aspectos de Género relacionados con el Estrés, influyen en las profesoras de Enfermería.

HIPÓTESIS:

- La percepción de los aspectos de Género (socialización y roles), están relacionados con el Estrés, en las docentes de la Carrera de Enfermería de la ENEP-IZTACALA.
- El estrés, producto de los problemas de Género en las profesoras de Enfermería, repercute en la enseñanza clínica

PROBLEMA DE INVESTIGACION:

- Identificar y conocer la relación de los aspectos de Género (socialización y roles) con el Estrés que repercuten en la enseñanza clínica de la Carrera de Enfermería.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

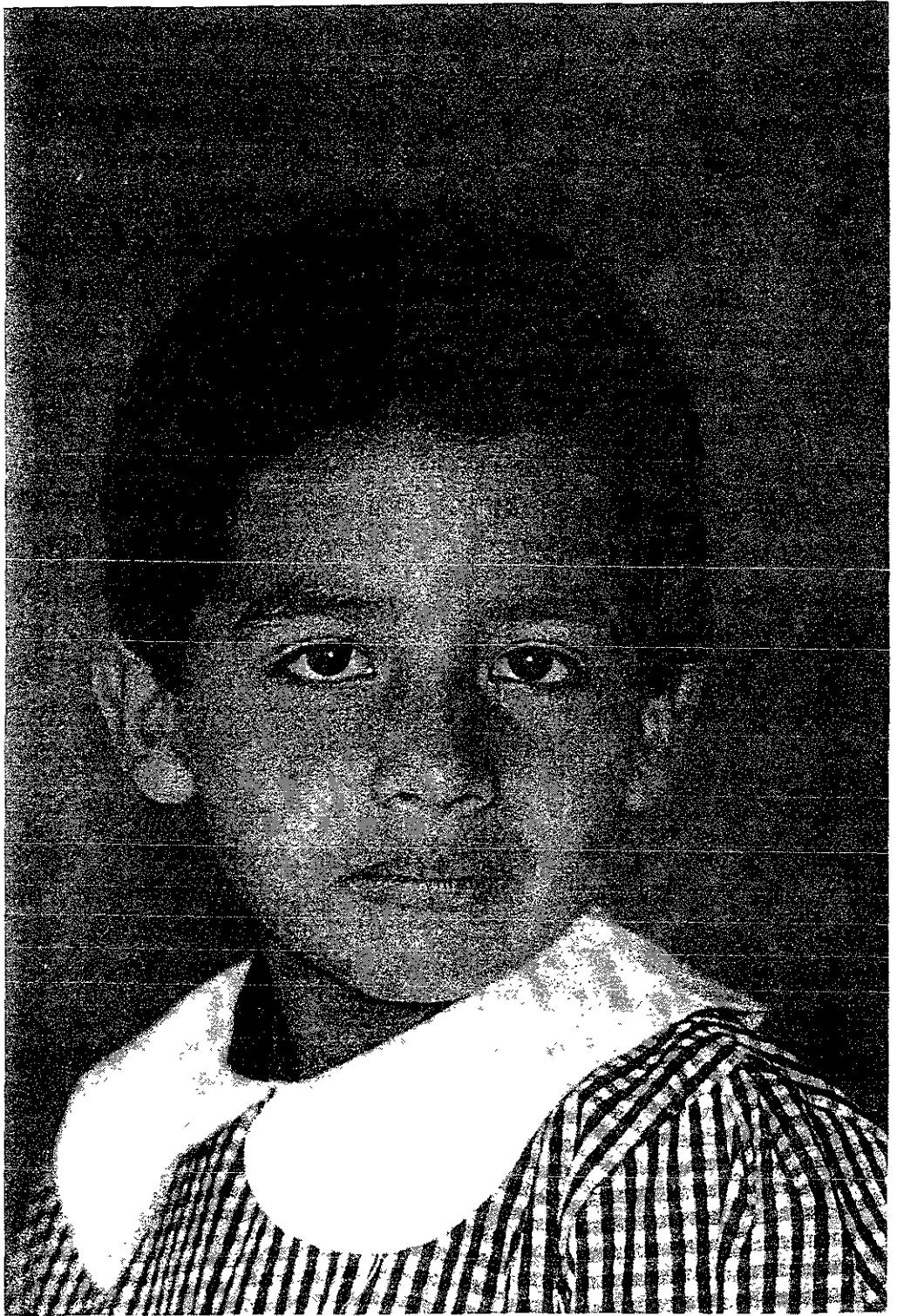
- Conocer las causas y consecuencias del Estrés, y su relación con aspectos de Género, que pueden influir en las profesoras de Enfermería de la ENEP-IZTACALA, para implementar un programa de Inoculación de Estrés.
- Identificar cómo los aspectos de Género relacionados con el Estrés, influyen en las profesoras de Enfermería.

HIPÓTESIS:

- La percepción de los aspectos de Género (socialización y roles), están relacionados con el Estrés, en las docentes de la Carrera de Enfermería de la ENEP-IZTACALA.
- El estrés, producto de los problemas de Género en las profesoras de Enfermería, repercute en la enseñanza clínica

PROBLEMA DE INVESTIGACION:

- Identificar y conocer la relación de los aspectos de Género (socialización y roles) con el Estrés que repercuten en la enseñanza clínica de la Carrera de Enfermería.





CAPÍTULO I.- LA CULTURA DEL GÉNERO EN ENFERMERÍA.

1.1 Desarrollo del concepto de género.

De acuerdo a la revisión de lecturas sobre este tema, he encontrado diversos problemas para entender y comprender este concepto e integrarlo a la profesión de Enfermería, considero que en esta profesión se puede palpar cotidianamente la problemática como mujeres y enfermeras

El concepto de *género* toma auge con el desarrollo del feminismo en México y actualmente se le estudia en muchos medios por investigadoras e investigadores. Así, en los últimos 25 años ha originado diversas tendencias en su estudio como *fenómeno cultural*.

El estudio del *género* en este trabajo se enfoca en estudiar a las mujeres (género femenino) debido a que ocupan un mayor porcentaje en la profesión de Enfermería, y mi interés es estudiar a las enfermeras como un grupo social integrado en la sociedad mexicana.

Gramaticalmente, "género" significa hablar de personas y criaturas del género masculino o femenino.

En un estudio de Olga Bustos, cita a Roldan y Beneria (1987) quienes dan un concepto de género y dicen que es la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores y actitudes diferenciadas, entre hombres y mujeres, a través de un proceso de construcción social (macro y micro) como el Estado, el mercado de trabajo, la escuela, los medios de comunicación masiva, las leyes, la casa, la familia y las relaciones interpersonales.

Marta Lamas (1996) en su capítulo sobre "*Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género*", inicia con la definición de género: en inglés (término anglosajón) tiene una acepción que apunta directamente a los sexos, diferente al castellano, donde se refiere a la *clase, especie o tipo* a la que pertenecen las cosas, a un *grupo taxonómico*, a los artículos o mercancías que son objeto de comercio. Al respecto argumenta que se oye hablar de *perspectiva de género* pero que esto se ha orientado al *sexo o mujeres*, cuando tendría que hablarse de *femenino y/o masculino*, por lo que tiene que ver con el lenguaje, que es un medio fundamental para *estructuramos culturalmente y para volvemos seres sociales*. Sostiene que el *lenguaje* no se utiliza a voluntad, sino para que lo *introyectemos inconscientemente*.

La misma autora explica que desde la *perspectiva psicoanalítica* de Lacan, el acceso del sujeto al uso de una *estructura de lenguaje* que lo precede coincide con la organización y establecimiento de su *inconsciente*. Al respecto sostiene que cualquier comprensión del inconsciente requiere la *comprensión del lenguaje* y de su ciencia particular, *la lingüística*, acerca de la cual Lacan seleccionó y adaptó ciertos aspectos a sus fines.

Desde la *lingüística moderna*, se puede ver que el lenguaje posee una estructura que está fuera del control y de la conciencia de los hablantes individuales, quienes sin embargo hacen uso de esa estructura que está presente en cada una de sus metas.

En este sentido Lamas (op.cit.) argumenta que lo que define al *género* es *la acción simbólica colectiva mediante el proceso de construcción del orden*

simbólico, en una sociedad se fabrican las ideas de lo que deben ser las mujeres y los hombres.

Por otra parte se habla de los mecanismos mediante los cuales la cultura marca a los seres humanos con el *género*, y éste marca la percepción de todo lo demás: *lo social, político, religioso y cotidiano.*

Se dice que la lógica del género es una *lógica de poder, de dominación*, y según Bourdieu (1988), es la forma *paradigmática de violencia simbólica*, cuya dificultad para analizarla estriba en el hecho de que se trata de una institución que ha estado inscrita por milenios en la *objetividad de las estructuras sociales* y en la *subjetividad de las estructuras mentales o estructuras cognitivas inscritas en los cuerpos y en las mentes.*

Estas estructuras cognitivas se inscriben mediante el mecanismo básico y universal de la oposición binaria; así las personas *dominadas*, o sea, las *mujeres*, aplican a cada objeto del mundo (natural y social) y en particular a la relación de dominación en la que se encuentran atrapadas, así como, a las personas a través de las cuales se realiza, *esquemas de pensamiento* que son el producto de la encarnación de esta relación de poder en forma de pares (alto-bajo, grande-pequeño, afuera-adentro, recto-torcido, etc.) y que llevan a construir *esta relación dominante como natural.*

Scott (1996) dice que las feministas han empezado a emplear el género como forma de referirse a la organización social de las relaciones entre sexos.

Natalie Davis (1975) sugería que nuestro propósito debería ser comprender el *significado de los sexos*, de los *grupos de género en el pasado histórico*, así como descubrir el alcance de los *roles sexuales y del simbolismo sexual* en las diferentes sociedades y periodos, para encontrar qué significado tuvieron y cómo funcionaron para mantener el orden social o para promover su cambio.

En este sentido, al estudiar los *sistemas de género* se puede comprobar que no representan la asignación funcional de papeles sociales biológicamente preestablecidos, sino un medio de *conceptualización cultural y de organización social*. Los que estudian el género pueden comprender claramente los conceptos de *humanidad y de naturaleza*, lo que permite ampliar la percepción acerca de la condición humana, por lo que *aprender de las mujeres implica aprender acerca de los hombres*.

Se considera al *género* como un tema relativamente nuevo para la investigación histórica, pero Scott (1996) sostiene que dicho concepto carece de capacidad analítica para enfrentar y cambiar los paradigmas históricos existentes. Destaca que las *historiadoras feministas* han empleado diversos enfoques para el análisis del *género* y muestra tres posiciones teóricas:

La *primera* intenta explicar los orígenes del patriarcado y la subordinación de las mujeres, remarcando que las teóricas de esta corriente histórica se han enfrentado con la desigualdad entre los hombres y mujeres porque presentan algunos problemas, ya que ofrecen un análisis desde el propio *sistema de género*. En este sentido afirman la *primacía* de ese sistema en toda organización social, sin embargo, Scott (op.cit.) destaca que las teorías del patriarcado no demuestran

cómo la desigualdad de género estructura el resto de desigualdades o en realidad, cómo afecta el *género* a aquellas áreas de la vida que no parecen conectadas con él; por otra parte, si la dominación procede de la forma de apropiación por parte del hombre de la labor reproductora de la mujer o de la objetivización sexual de las mujeres por los hombres, el análisis descansa en la diferencia física.

La *segunda posición teórica* se fundamenta en la tradición marxista, en esta filosofía el concepto de género ha sido tratado como el *producto accesorio* en el *cambio de las estructuras económicas* por lo que el *género carece de estatus analítico independiente y propio*.

La *tercera* se basa en distintas *escuelas psicoanalíticas* para explicar la producción y reproducción de la *identidad de género* del sujeto, planteada por postestructuralistas franceses y teóricos angloamericanos de las relaciones objeto.

Las escuelas psicoanalíticas francesa y angloamericana están interesadas en *los procesos* por los cuales *se crea la identidad del sujeto*, ambas se centran en las primeras etapas de desarrollo del niño en busca de las claves para la formación de la identidad del *género*. Las teorías de las *relaciones objeto-sujeto* hacen hincapié en la experiencia real (el niño ve, oye, se relaciona con quienes cuidan de él, sus padres generalmente) y los *postestructuralistas* recalcan la *función central del lenguaje* (a través de significados y órdenes simbólicas) en la *comunicación, interpretación y representación del género*.

Joan Scott, (op.cit.) propone en el artículo una *definición de género* que tiene dos partes y varias subpartes interrelacionadas pero analíticamente distintas. El núcleo de la definición descansa sobre una conexión integral entre dos proposiciones:

- *el género es un elemento constitutivo* de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y,

- *el género es una forma primaria* de relaciones significantes de poder.

En este sentido, el *género* comprende cuatro elementos interrelacionados:

1) *Símbolos y mitos culturalmente* disponibles que evocan representaciones múltiples (y a menudo contradictorias) por ejemplo: *Eva-María (Biblia), luz-oscuridad, purificación-contaminación.*

2) *Conceptos normativos* que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos, esos conceptos se expresan en doctrinas religiosas, educativas, legales y políticas, que afirman categóricamente varón-mujer, masculino-femenino.

3)El *análisis de género* incluye nociones políticas y referencias a las instituciones y organizaciones sociales entre las que destaca, el mercado de trabajo (segregado por sexos) que forma parte del *proceso de construcción del género*, así como también la existencia de instituciones educativas de un solo sexo, políticas aplicadas (como el sufragio universal masculino) y en la familia, el sistema de parentesco.

4) La *identidad subjetiva*, que no solo se basa en el miedo a la castración sino en la investigación histórica.

Los conceptos de género estructuran la percepción y la organización concreta y simbólica de toda la vida social.

Por su parte, Olga Bustos (1987) en su artículo hace referencia a Bleichmar (1985) quien describe tres aspectos que comprende el género:

- 1.- La asignación, atribución o rotulación del género (al recién nacido).
- 2.- La identidad de género que se establece aproximadamente a los tres años de edad.
- 3.- El rol de género que es el conjunto de prescripciones y proscipciones para una conducta.

Respecto a la atribución de género, la autora sostiene que es la identificación que se hace del recién nacido, la primera expresión de rotulación: es hombre o mujer. De ahí que se tenderá a estereotipar de acuerdo al modelo que le corresponda, la niña se vestirá de rosa, el niño de azul y así empezará la diferenciación que más tarde con el proceso de socialización, se convertirá en discriminación.

La *atribución de género*, es la identificación más importante del ser humano porque es la que da el sentido de pertenencia a la categoría grupal, una confusión de atribución puede acarrear problemas de *identidad sexual*.

En la *identidad de género* se pertenece a un grupo sexual y el factor biológico genital en esta etapa, es más determinante.

En lo que se refiere al *rol de género*, es el conjunto de expectativas acerca de los comportamientos sociales, apropiados para las personas que poseen un sexo determinado.

Por otra parte, es importante destacar cuatro elementos básicos de la subjetividad femenina que menciona Fátima Flores (1989):

maternidad

goce sexual

seducción

generosidad

Con respecto a la *maternidad*, afirma que desde su narcisismo se considera procreadora de la vida, de sentirse indispensable y nutriente, el rol más determinante para la mujer es el *ser madre*, como cuando cuidaba a sus muñecas. La mujer al ser entrenada para satisfacer al otro, al confirmar su carencia de poder, se olvida de su propia sexualidad, de su goce, de su realización, y delimita su propia estructura a partir de las necesidades de los demás. Con relación a este punto, Bleichmar (1985) sostiene: la mujer cuanto más bella, máspreciada, más amada, más deseada; la niña descubre la admiración y privilegios que obtiene a partir de la posesión o explotación de su belleza tempranamente.

En cuanto a la generosidad, la naturaleza es proveedora y generosa; al igual que las mujeres, desde lo maternal, es nutriente, es dadora de cuidados, capaz de renunciar a sí misma y hacer de su realidad un estado de complacencias.

1.2 Socialización y roles de género.

En la historia, el *patriarcado* significó el poder del padre sobre la vida y la propiedad de la familia (esposa, hijos, esclavos). *Familia* del latín *familius*, significa criado-esclavo doméstico, por tanto, uno de los orígenes de la *familia patriarcal* son los *roles de género*.

En el siglo XV surge la conformación de la familia "nuclear" (compuesta por padre, madre e hijos), y trae consigo la exclusión de los no consanguíneos, es en este momento cuando los roles de género se acentúan, ya que el mando del padre es absoluto, la madre es autoridad doméstica, las hijas solteras permanecen bajo la tutela familiar, los hijos hombres se independizan de la tutela paterna a la mayoría de edad y aunque la madre tuviera un trabajo productivo fuera del hogar, el aporte económico-material del padre era mayor, lo que garantizaba a éste el control familiar, la tarea doméstica recae en la madre y las mujeres de la familia así como el cuidado de los hijos.

Cuando la mujer realiza *doble jornada* (trabajo asalariado y trabajo doméstico) le puede traer como consecuencia el desgaste físico y psicológico (como el estrés).

Al respecto, Graciela Hierro (1988) en el capítulo de "Mujeres enfermeras", afirma que a la mujer no se le concede la posibilidad de un proyecto personal de trascendencia, sino que es a través de otros, situación que conlleva a "características propias" de la mujer: *pasividad, ignorancia, docilidad, pureza e ineficiencia, control de la sexualidad femenina por el matrimonio y su limitación a la maternidad*, como parte de su función de pareja sexual y encargada del cuidado de la especie, pero a cambio de ella obtiene beneficios o "privilegios femeninos"

- 1) la ventaja económica de ser "mantenida"
- 2) la obtención de un rango social preferente (estar casada)
- 3) para conservar ambos, las mujeres desarrollan la actitud de conservadoras del orden social establecido por lo que se convierten en defensoras y socializadoras de la ideología patriarcal.

Por otra parte, como ya lo mencioné anteriormente, los roles se suelen aprender en el hogar a través de las actitudes o “maneras de ser” y se socializan los caracteres sexuales en dos estereotipos:

femenino=inferior masculino= superior

También la *educación (formal e informal)* tiene que ver con lo anterior, ya que es ahí en donde paralelamente se llega a conformar el carácter de los niños hombres, hacia la agresividad, la competencia, el mando y la eficiencia.

Y la suavidad, la obediencia, la paciencia, la emotividad y la ineficiencia son los rasgos de carácter que generalmente se fomentan en las niñas. Así, la *socialización de los roles de género* se da a través de la educación y es la familia patriarcal quien impone los roles sexuales.

Al respecto me parece importante mencionar el estudio de Federico Engels en la *Familia, la propiedad privada y el Estado (1884)*, ya que analiza cómo surgió históricamente la *primera división del trabajo en función del sexo*, cuando el poder obligó a las mujeres a que se dedicaran a la procreación y los hombres a la producción.

Desde esta perspectiva histórica y socialmente, a partir de la primera infancia se condicionó a las mujeres a realizar el interés de los otros, nunca el suyo propio. Es por ello que desde la primera socialización en el hogar hasta la educación formal, se enseña a las mujeres a actuar como “mujeres”, a ser obedientes, así, la hija obedece al padre aunque sus mandatos no sean debidos, la *enfermera obedece al médico* aunque sus indicaciones no sean correctas.

En este contexto se puede decir que la misión histórica de las mujeres de nuestro tiempo es: *socializar los valores humanos*, confiados para el cuidado de la familia

Sobre estos aspectos. Graciela Hierro (1988) habla sobre *la reproducción de roles de género y la socialización* a través de las instituciones de salud, debido a que las funciones femeninas tradicionales se extienden (ama de casa, esposa y madre) en el trabajo de la enfermera, ya que la *enfermera organiza, sirve, consuela y alivia a los pacientes*, tal como las mujeres atienden a los rituales de la familia, preparan y ofrecen los alimentos, acarician a sus hijos y esposo y remedian el sufrimiento de toda la familia. En este sentido afirma que para comprender lo que significa *ser enfermera*, es necesario investigar lo que es *ser mujer* en una sociedad patriarcal como la nuestra

Sobre el tema, la investigadora Olga Bustos (1987), aporta elementos acerca del origen de los *roles de género y la socialización*, argumentando que *históricamente las funciones o papeles asignados a las mujeres por la sociedad han sido los de esposa-madre-ama de casa, propios del ámbito del hogar, y al hombre se le han asignado otros en el ámbito público*. Afirma que la diferenciación de funciones (roles) entre hombres y mujeres se da desde el nacimiento a través de *instancias de socialización o aparatos ideosocializadores* como: *la familia, la escuela, la religión y los medios de comunicación masiva*, los cuales son encargados de mantener, transmitir y perpetuar los *valores, normas, creencias y actitudes* que influirán en la forma de pensar de las personas, lo que obedece a cierta ideología dominante. Y con estos *roles asignados* socialmente a la mujer se avala su subordinación, su discriminación y su desvalorización.

Los roles son asimétricos dentro de la familia porque a pesar de que la pareja tenga una participación en lo laboral, la prioridad asignada socialmente a *la mujer*

está en la familia y la del hombre, en el mercado de trabajo remunerado: de esta forma cuando las mujeres realizan una *doble jornada laboral*, no suelen diferenciar claramente en su pensamiento sus "obligaciones" como *mujer, madre y esposa*, aspecto que al hombre no le es difícil diferenciar debido a que sus roles están claramente definidos.

Por otra parte, existe un determinante *social/psicológico* que se refiere a su papel de ser *madres* antes que *trabajadoras asalariadas*. En cambio, el hombre antes de ser *padre*, es el *proveedor, es el jerarca, es la autoridad*, es quien decide y determina desde afuera lo que se marca al interior de la familia. En general la independencia que se genera en el hombre le permite una mayor dedicación a su trabajo, aumentando su competencia y calidad en las tareas que se propone, situación que no siempre sucede con la mujer.

Respecto a las *actividades económicas de la mujer* dentro y fuera del hogar, también cambian a veces drásticamente, y en ocasiones necesitan incorporarlas gradualmente para compatibilizar las demandas de sus varios roles. La vida de la mujer comúnmente no es independiente, sino producto del lugar que históricamente ha ocupado, es decir, *su sentido y su valor* ya están definidos y designados en lo cual ella se tiene que adecuar.

Tocante a la *socialización*, se define como el proceso mediante el cual un sujeto humano integra e incorpora las consignas y determinaciones de la *estructura social* en las que interactúa, e incluye todas las *instancias* mediante las cuales una persona se hace individuo o individualiza en una persona aquellas características

generales que connotan una estructura social (Kaminsky, 1985; en Bustos Olga, 1987).

En este ámbito me interesa resaltar que la *familia* suele ser la primera institución del ser humano, ya que aquí se inicia la *transmisión de valores y creencias que conforman actitudes y comportamientos*. Aquí la mujer actúa como responsable directa del cuidado y crianza de los hijos desempeñando un papel muy importante en la *transmisión de valores*.

Desde el momento en que nace una persona en una familia, normalmente el trato que se le da es distinto si es *niña* o *niño*. Así, en los *niños* se enfatiza *la libertad, la audacia, la inteligencia*, se fomentan y desarrollan sus capacidades físicas, la rebeldía, la agresividad, y se le proporcionan juguetes que desarrollan su imaginación.

En cambio, en las *niñas* es común que se enfaticen las *cualidades femeninas* máspreciadas: *la abnegación, el autosacrificio por los demás, la sumisión, la docilidad, la seducción*; se les limita el desarrollo físico, evitando juegos bruscos, a las niñas se les hace creer que son *débiles, inferiores física e intelectualmente* en relación a los hombres.

Iguamente, la escuela suele *fomentar y reforzar valores y comportamientos* que la familia se encargó de iniciar.

En el mismo sentido, la *iglesia* también ha jugado un papel importante en la transmisión de valores y creencias con una marcada orientación sexista (subordinación de la mujer).

Referente a los medios de comunicación masiva, Anilú Elías (1989) en un estudio realizado respecto al tema, afirma que estos medios son reforzadores de roles que casi siempre presentan a la mujer en sus prototipos de: *mala, sufrida, la madre abnegada, la prostituta, la bonachona abuelita, la sirvienta casi esclava*, etc. Los medios presentan una imagen de la mujer que aún nos parece mala, rechazable, incongruente con las nuevas metas que proponen *las feministas*.

1.3 La cultura del género en la enfermera como mujer mexicana.

Para el desarrollo de este punto, retomaré algunos aspectos ya descritos anteriormente y así integrarlos específicamente a la Enfermería.

En primer lugar hago referencia al estudio de Graciela Hierro (1998) quien hace una caracterización de la forma como la *mujer* ha sido educada desde la *época precolonial* en donde histórica y socialmente se han determinado *aspectos de género*, que le ha tocado reproducir y mantener a través de rescatar la experiencia de nuestras mujeres (madres y abuelas); esta semblanza la hace con el compromiso y la invitación a las mujeres contemporáneas a "tomar sobre sí la amorosa tarea de descubrir, fomentar y enriquecer la cultura femenina milenaria." (pag. 15).

Al recorrer el pasado de las mexicanas, Hierro (op.cit.) desarrolla la *crítica feminista de la educación* que tradicionalmente se ha dado a las mujeres y que se acepta como "natural". La propuesta de la autora es que "domésticos" han de ser *nuestros conocimientos*, "domésticas" *nuestras habilidades y domésticas nuestras actitudes*, para que se abran las puertas de nuestras casas y el mundo se convierta en el espacio compartido de *los géneros (femenino, masculino)*.

Menciona a las madres: *Coatlicue, Tonantzin y María de Guadalupe* como *arquetipo de la finalidad educativa* para las mujeres mexicanas y sostiene que somos educadas para *ser madres*, que es el *alfa y el omega* del destino femenino. Coatlicue representa una mujer y se desprende de su figura un sentido de maternidad que es amenazado por su embarazo. Sobre esto, la recomendación básica a la joven en esa época era: *"no vivas vida vana, no vivas sin cordura, no andes por lugares inciertos"*. Ella debía cumplir con las labores domésticas propias de su sexo. En la sociedad prehispánica mujeres y hombres nacían señalados para la misión específica que se les imponía de acuerdo a la posición social y a la influencia astrológica, según su calendario: así, el hombre se consideraba apto para la guerra y la mujer para el matrimonio.

En la *época colonial*, los españoles trajeron una idea de la *condición femenina* de acuerdo a la *cultura cristiana medieval*, copiada de las enseñanzas de *Platón y Aristóteles* en las que se consideraba a las *mujeres inferiores a los hombres*; para las mujeres la educación religioso-política se resume en una *actitud de obediencia*.

Al respecto me parece importante destacar la descripción que Hierro (op.cit.) hace de *Sor Juana Inés como una mujer clásica* de ese tiempo; en su historia se resume una de las etapas que siguió la *educación femenina novohispana* y se centra en la de la autodidacta, el modelo de excelencia mayor al que ha llegado mujer mexicana alguna. Su relato inicia con la *educación formal* que recibió de las *"amigas"* donde aprende a leer y a hacer los oficios mujeriles, luego las lecciones de *gramática latina* de un profesor particular (instrucción media) y la lectura de los

libros de la biblioteca del abuelo completa su instrucción. Esta es su preparación intelectual antes de ingresar al convento, así es como ve la necesidad de que las mujeres se eduquen a través de la formación intelectual.

En la época siguiente, Juárez afirma que *"la educación de las mujeres también tendrá sitio prioritario, dada la importancia que merece por la influencia que las mujeres ejercen en la sociedad"* (p.64); sin embargo, la secundaria para señoritas se abrió hasta 1869, cuando también surgieron escuelas técnicas de carreras femeninas, todas ellas con extensión de las labores domésticas: *bordado, costura, relojería*, etc. Una autora más reciente es *Rosario Castellanos*, quien en 1950 realiza su tesis de maestría en Filosofía, su vida constituye un testimonio viviente de la lucha de una mujer por alcanzar su identidad, y una de sus preocupaciones esenciales fue *la falta de identidad que descubre en la mujer así como su carencia de ser propio, la ausencia de imágenes positivas de sí misma, su escasa o ninguna realización*. En este ámbito, en su obra *Hierro* (op.cit.) se plantea un paralelismo entre la teoría del "segundo sexo" propuesto por Simone de Beauvoir y el pensamiento de Castellanos, argumentando que existe en ambas pensadoras una resistencia inicial a tratar temas femeninos que las dos enmascaran a través de la ironía. El remedio para las mujeres mexicanas que propone Rosario es doble. *primero, la toma de conciencia y la creación de la nueva imagen, segundo, desembarazarse de los mitos y ponerse frente al espejo*.

Así, con respecto a lo anterior y con el objetivo de integrar los aspectos de *género*, existen estudios realizados que muestran el grado en que las categorías de *género* varían a lo largo del tiempo, en diversos periodos históricos, en donde las

percepciones populares han cambiado respecto al temperamento del hombre y la mujer, lo cual ha ocasionado nuevas fronteras sociales. En este ámbito hay que destacar que en América del Norte los avances en la educación superior para mujeres y la resultante aceptación de un trabajo remunerado fuera del hogar para las de clase media, crearon nuevas fronteras para separar a las profesiones de mujeres relacionadas con la prestación de servicios como. *la Enfermería, la enseñanza y el trabajo social*, separadas de profesiones destinadas para hombres como: la ingeniería, el derecho y la investigación científica.

Respecto a la Enfermería, Graciela Hierro (1988) es una mujer investigadora que junto con las enfermeras, realizó planteamientos importantes acerca del *género* en este sector profesional. En este artículo muestra cómo las categorías en Enfermería la hacen verse diferente con respecto a otras profesiones:

- *la enfermera práctica*, que tiene entrenamiento informal
- *la enfermera técnica*, instruida formalmente en escuelas u hospitales y
- *la enfermera licenciada*.

Pero aún con estas categorías, son consideradas social y económicamente como trabajadoras y profesionistas de "segunda clase" (en el tabulador de salarios de México, la enfermería se considera como actividad artesanal); comenta que esta profesión es femenina ya que el 95% que la componen son mujeres.

Tocante a este punto, en el campo de la salud tradicionalmente es un hecho natural que el *hombre desempeñe el papel de médico y la mujer el de enfermera*.

Históricamente las *mujeres se encargaron de la salud* como parteras y comadronas y su labor fue valorada hasta que los hombres se hicieron parteros

Fue así que este ejercicio profesional alcanzó posteriormente una categoría más alta entre los varones, ya que actualmente a los ginecólogos se les otorga más importancia en su práctica médica supuestamente por ser más compleja.

Por su parte, Hierro (op.cit.) argumenta que en la sociedad actual las mujeres son consideradas inferiores ya que la *condición femenina* ha sido de *opresión*. En su artículo pretende mostrar que la *condición femenina de opresión y de inferioridad* es fruto del condicionamiento de las *sociedades patriarcales*; sin embargo esta condición puede ser superada por las mujeres y así el trabajo de Enfermería podrá alcanzar un *valor social, estatus y retribución económica como otras profesiones*.

Respecto al tema, Antrobus (1993) describe el *contexto de los factores económico-sociales, culturales y políticos* que afectan a la salud de la mujer y su función en el sector salud, lo cual me parece importante mencionar debido a que la profesión surge y se ve influenciada por estos factores; la autora considera que *culturalmente* la mujer ha sido la proveedora tradicional de atención de salud. Esto le ha dado responsabilidades en el cuidado de la salud para todos, el conocimiento de las plantas medicinales (conocimiento holístico) y otros remedios, le han llevado a *ser agente principal* de la socialización, debido a que ha transmitido las prácticas de sus antepasados a sus hijos y vecinos, por tanto, la función de la enfermera en los servicios de salud y como docente encargada de la formación de otras enfermeras, se puede considerar como extensión de sus funciones de cuidado en el medio doméstico.

En realidad, la función de *la enfermera como mujer* en el campo público refleja a menudo la desempeñada en el hogar, esto es, la *división del trabajo en el hogar según el sexo se traslada al lugar de trabajo*.

Ser enfermera entonces, implica ejercer una profesión compatible con el rol social dependiente que se le ha asignado a la mujer, actualmente en el *área de la salud* tiene una estrecha relación con las características de su integración al mercado laboral.

Por otro lado, es evidente que las condiciones de servicio existentes en la profesión de Enfermería guardan relación, con el hecho de que pese a los esfuerzos de las madres fundadoras de la profesión, la tarea de cuidar a los enfermos es parte de la función tradicional de la mujer y por tanto, su costo no se debe calcular de la misma forma que el de las tareas de otras profesiones menos tradicionales, este es el caso de las profesiones dedicadas a la docencia y asistencia social.

Es cierto que las *enfermeras* se han visto afectadas por las medidas de austeridad, no sólo por la pérdida del empleo sino por tener que soportar el *deterioro del lugar de trabajo*. También sufren, al igual que otras mujeres en su propio hogar, el efecto que tienen las políticas en otros servicios y recursos. Aquí es necesario apuntar que el *enfoque de género en la perspectiva de desarrollo humano* implica la necesidad de tener en cuenta las diferencias biológicas y las maneras como las mismas pueden condicionar culturalmente una asimetría en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales. La construcción del

género incide en la cantidad y calidad de la participación de hombres y mujeres dentro de las esferas formal e informal de la salud.

Con respecto a lo anterior, en los modelos de atención primaria a la salud, a la mujer se le continúa asignando un papel fundamental en la producción de la salud. La mujer es la responsable de hervir el agua, preparar alimentos nutritivos, llevar a los hijos a vacunar, cuidar a los niños, los enfermos y los ancianos, mantener la higiene en el hogar, etc., paralelamente a esto, el médico es el que sabe y cura, y la enfermera es la que limpia, se trasnocha y cuida.

Por lo tanto, el *enfoque de género en salud* demanda reconocer la importancia de la cotidianidad, de lo privado y lo familiar como un espacio fundamental de crecimiento individual, familiar y colectivo en donde tienen lugar las prácticas de socialización, de salud y de reproducción social.

A la fecha, la relación entre enfermeras y médicos es jerárquicamente diferente, donde la enfermera asume el rol de apoyo y ejecución de órdenes y así, reproduce los valores genericos imperantes de la mujer que trabaja: *obediencia y sumisión*.

Al respecto es importante mencionar lo siguiente: el hospital es una institución que funciona las 24 horas del día de los 365 días del año, por tanto, la organización del trabajo es por *turnos*; esto conlleva a la alteración de la vida cotidiana de la enfermera, aunado a esto, si su turno es nocturno, repercute directamente en su salud y en sus relaciones sociales con el entorno

Es evidente que el trabajo de la enfermera ocupa un lugar de *mediación, de represión de sentimientos, de contención de emociones y angustias*, en que su cuerpo se juega en relación a otro cuerpo (el del paciente hospitalizado) en una

lucha continua entre *la vida y la muerte*; ante esto, la enfermera generalmente adopta un alto grado de responsabilidad y en ocasiones tienen que reprimir sus sentimientos y emociones a fin de poder promover el bienestar de las personas que atiende.

De aquí la importancia de que las enfermeras, como prestadoras de un servicio de salud, cuenten con un *apoyo físico y/o psicológico* para el desarrollo humano y pleno de su persona.

Sobre las características de *socialización de la enfermera*, Hierro (1988) en su artículo de "Mujeres enfermeras" comenta algunas características:

- *La enfermera se ve en la necesidad de sacrificar su carrera, porque ha internalizado desde la infancia, que ella es la única encargada de la tarea doméstica y que los hijos son responsabilidad de la mujer.*

- *La enfermera no aprende a delegar responsabilidades hogareñas y si lo hace, le es difícil escapar al sentido de culpa al no cumplir sus "obligaciones femeninas" (puede reflejar su baja estima), esto hace que pierda su eficiencia en el trabajo.*

- *La enfermera lleva al mundo profesional de la salud lo que se espera de ella, las actitudes aprendidas en el seno de su familia, hace lo que debe hacer una mujer, sabe lo que se supone que conoce una mujer, se somete a la autoridad masculina tal como lo aprendió en el hogar, es así como la actitud de la enfermera se da por el aprendizaje impuesto en la familia.*

Considero importante destacar aquí la *doble jornada* que lleva la enfermera y que concierne a la mayoría de las mujeres (*amas de casa, madres y esposas*) que trabajan fuera de sus hogares; la doble jornada se refiere a las tareas que

implican una extensión de las labores del hogar (como lo son, la secretaria, la enfermera, la maestra) asociadas a la condición de subordinación.

Tocante a estos aspectos, Hernández Tezoquipa (1988) enfermera y socióloga, hace un análisis de los informes oficiales realizados en las ceremonias del día de la enfermera, y explica cómo se ha socializado la percepción de la enfermera y su ideología, esta última al ser internalizada por las enfermeras, contribuye a que ellas mismas reproduzcan y mantengan los valores, actitudes, conductas y percepciones necesarias para continuar reforzando esta formación económico-social. Menciona que la ideología es la causa del *reforzamiento de los roles de género* en Enfermería, ya que la misma contribuye a reforzar la organicidad de la profesión con el sistema social vigente y específicamente refuerza los *arquetipos femeninos dominantes*, por ejemplo: las características maternas de ser sacrificadas y abnegadas, conductas que singularizan la función femenina en la familia

En otra parte de su análisis, describe lo que se piensa de las enfermeras socialmente, las que deben tener espíritu de servicio y vocación, pero bajo este concepto se encuentran determinantes socioeconómicos del acceso a las oportunidades escolares; así, la mayoría de las que estudian Enfermería en nuestro país pertenecen a familias de escasos recursos económicos, entonces, la que estudia Enfermería, lo hace no por vocación, sino por el hecho de pertenecer a una clase social popular que necesita trabajar "pronto" para contribuir al sostén familiar.

Por otra parte, la enfermera se enfrenta a la *doble jornada laboral*, y le han transmitido una serie de valores "necesarios" para poder prestar atención a la

salud como son: *caridad, amor y espíritu de sacrificio*; es por ello que la ideología discursiva con que se bombardea a la *enfermera mexicana* enfatiza que sólo la mujer puede desempeñar las tareas de caridad, amor, y sacrificio que requiere esta profesión.

Respecto a la consideración de *la Enfermería como una profesión subordinada a la profesión médica*, la autora encontró que el hecho de que las enfermeras ejecutan predominantemente actividades de tipo manual y los médicos de tipo intelectual, se debe a la posición que ambos ocupan en la división del trabajo resultado de su respectiva *clase y sexo*, aspecto que se puede observar en el trabajo que se realiza en las instituciones de salud que siguen las formas tradicionales de la división social del trabajo; en estas, los médicos son los que planean, dirigen y deciden, y las que ejecutan son las enfermeras.

Por otro lado, la ideología y la forma de percibir a la Enfermería es transmitida también por las docentes que imparten clases en esta profesión, así, se contribuye al reforzamiento de la cultura de género en enfermería

Puedo decir, que *la socialización y la reproducción del rol de género* la recibe la enfermera en su casa, en su formación académica (escuela) así como en su propia práctica profesional. Y que las características de las condiciones reales de vida de las mujeres o de las enfermeras, tienen que ver con una serie de factores inmersos en la formación social en que nace, vive y muere cada una, estos son: *las condiciones de producción, reproducción, la clase, el tipo de trabajo, la actividad vital, los niveles de vida, la lengua, la religión, los conocimientos, las definiciones políticas, el grupo de edad, las relaciones con las otras mujeres y con*

los hombres, las preferencias eróticas, las costumbres, las tradiciones propias y la subjetividad personal.

Quiero terminar este capítulo con un breve análisis de los aspectos de la *doble jornada*:

Trabajo Doméstico: considerado como una categoría consensualmente femenina.

Trabajo Asalariado: Como función determinada por las condiciones económicas y sociales de la estructura capitalista / patriarcal.

El trabajo doméstico es el satisfactor de las necesidades sociales organizado en forma privada; la fuerza de trabajo por otro lado, es un atributo individual y no remunerado. Es el trabajo de la ama de casa que genera vida, produce para la auto-subsistencia, y crea valores de uso, y por falta de claridad se considera que la ama de casa sólo crea valores de uso para sí y su familia, particularizando con ello su función social determinada también por el contexto social y cultural.

La palabra doméstico se deriva del latín, *domus*, que significa casa, en donde se gestan las relaciones sociales afectivas y de poder de manera natural, es decir, que en el interior de la casa, la construcción ideológica y subjetiva del individuo se conforma para salir al espacio social (nivel macrosocial); de ahí que la madre juega un papel de transmisora de la cultura y, de los roles, que le confieren una situación de educadora natural. En el nivel objetivo (económico), el trabajo doméstico contribuye de alguna manera indirecta al ahorro del dinero, ya que la mujer hace las actividades domésticas, y esto al capitalismo le representa un ahorro, al ser la mujer un sujeto que genera transformaciones de materia prima

(alimentos), que limpia lo que se ensucia, que sacude lo que se empolva, etc. así, está contribuyendo al ahorro del pago de un salario por la ejecución de dicho trabajo.

El trabajo doméstico no marca una jornada, es un trabajo aislado y apropiado de manera individual, en donde no se dan relaciones humanas de trabajo.

En la medida en que la mujer es la procreadora de la vida y de fuerza de trabajo, tiene como tarea cultural y social la crianza, amamantamiento y cuidado de los hijos, como resultado de su función biológica. Así, la maternidad se convierte en una diferencia de tipo social-política.

La asociación de la mujer con las actividades domésticas, aún sin hijos, determina su rol social. Lo doméstico tiene muchas implicaciones de orden ideológico, subjetivo y cultural, que se manifiestan en ventajas y desventajas al interior de la familia, en las relaciones sociales, laborales y económicas.

La tendencia de la incorporación de la mujer al trabajo asalariado ha originado que el capital produzca más elementos domésticos para ahorrar mano de obra como comida preparada, lavanderías, etc.

En este sentido, la *doble jornada* es la conjunción de las tareas asalariadas y no asalariadas que la mujer debe desarrollar desde dos perspectivas distintas: *lo doméstico "natural"* y *lo asalariado público*, esto puede traer como resultado una situación de estrés acompañada de repercusiones psicológicas que será el punto a tratar en el siguiente capítulo.

CAPITULO 2. ESTRÉS.

2.1 Antecedentes

El presente capítulo es un recorrido por el tema del *estrés* con el objetivo de desarrollar los *antecedentes históricos, causas y consecuencias* del mismo, y analizar concretamente cómo se ve influenciado el *estrés en el ejercicio profesional de la enfermera*.

El término de *estrés* se utilizó desde el siglo XIV (Lazarus, Folkman; 1986) para expresar *dureza, tensión, adversidad o aflicción*, aunque hubo muchos autores antes que Hans Selye que intentaron explicar el término; uno de ellos fue el fisiólogo de E.E.U.U. Walter B. Cannon (1932), quien consideró al *estrés como una perturbación de la homeostasis ante situaciones de frío, falta de oxígeno, hipoglucemia y otras*. Se considera que sus investigaciones dieron pie a los trabajos de Selye

Selye (1978) sostiene que el *estrés no consiste en un agotamiento nervioso, ni en una excitación emocional muy intensa como suele creerse usualmente. El estrés consiste en la reacción no específica del organismo a toda demanda que le sea hecha*.

En este sentido cabe destacar que el trabajo de Selye ha sido muy importante para impulsar el estudio sobre este tema. En el trabajo de este autor (1970), surge el concepto de "*Síndrome de Adaptación General*" o "*Síndrome de Estrés Biológico*", el cual es considerado como un modelo biologicista ya que en el se interpreta la fisiología del *estrés*.

En este síndrome se describen tres etapas en la respuesta orgánica del individuo a las condiciones productoras del *estrés*:

1a. Etapa: La reacción de alarma: En ésta el cuerpo muestra los cambios característicos de la primera exposición al *estresor*, al mismo tiempo disminuye su resistencia, si el *estresor* es muy fuerte la muerte puede sobrevenir. Por ejemplo: la temperatura extrema.

2a. Etapa Resistencia: Esta surge si la exposición continuada al *estresor* es compatible con la adaptación

CAPITULO 2. ESTRÉS.

2.1 Antecedentes

El presente capítulo es un recorrido por el tema del *estrés* con el objetivo de desarrollar los *antecedentes históricos, causas y consecuencias* del mismo, y analizar concretamente cómo se ve influenciado el *estrés en el ejercicio profesional de la enfermera*.

El término de *estrés* se utilizó desde el siglo XIV (Lazarus, Folkman, 1986) para expresar *dureza, tensión, adversidad o aflicción*, aunque hubo muchos autores antes que Hans Selye que intentaron explicar el término; uno de ellos fue el fisiólogo de E.E.U.U. Walter B. Cannon (1932), quien consideró al *estrés como una perturbación de la homeostasis ante situaciones de frío, falta de oxígeno, hipoglucemia y otras*. Se considera que sus investigaciones dieron pie a los trabajos de Selye.

Selye (1978) sostiene que el *estrés no consiste en un agotamiento nervioso, ni en una excitación emocional muy intensa como suele creerse usualmente. El estrés consiste en la reacción no específica del organismo a toda demanda que le sea hecha*.

En este sentido cabe destacar que el trabajo de Selye ha sido muy importante para impulsar el estudio sobre este tema. En el trabajo de este autor (1970), surge el concepto de "*Síndrome de Adaptación General*" o "*Síndrome de Estrés Biológico*", el cual es considerado como un modelo biologicista ya que en el se *interpreta la fisiología del estrés*

En este síndrome se describen tres etapas en la respuesta orgánica del individuo a las condiciones productoras del estrés:

1a. Etapa: La reacción de alarma: En ésta el cuerpo muestra los cambios característicos de la primera exposición al *estresor*, al mismo tiempo disminuye su resistencia, si el *estresor* es muy fuerte la muerte puede sobrevenir. Por ejemplo: la temperatura extrema

2a Etapa. Resistencia: Esta surge si la exposición continuada al *estresor* es compatible con la adaptación.

3a.Etapa. Agotamiento. Al ser expuesto al mismo *estresor* en forma continua y prolongada, llega a agotar la energía para la adaptación. En la corteza cerebral se registran los estímulos como una amenaza que desencadena la reacción de alarma, ésta es generada en el hipotálamo, el cual estimula la glándula hipófisis y las glándulas suprarrenales. Se afecta el timo a partir de las glándulas suprarrenales, la adrenalina y el cortisol entran en la sangre y nos prepara para el ataque o la huida; por ejemplo, reaccionamos así ante un jefe autoritario, un marido impositivo o una crisis financiera (esquema del proceso fisiológico del estrés).

El *Síndrome de Adaptación General* se explica de dos maneras.

- Por la reacción inmediata del organismo (reflejos).
- Dar al organismo habilidad a la respuesta.

En 1976, Selye utilizó el término *estresador* para definir a las situaciones o estímulos que producen respuestas al estrés, por tanto, el *estresador* es un estímulo que puede provocar cansancio y desgaste en el sistema corporal.

Concretizando, el *estrés* para Selye es la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda (exigencia) que se le hace, por ejemplo: ante una exposición al frío se tiembla más, para producir más calor, y los vasos sanguíneos de la piel se contraen para disminuir la pérdida de calor de las superficies del cuerpo.

Selye menciona tres etapas de la vida del hombre en relación al tema, que considera análogas:

- *La niñez:* con baja resistencia característica y excesiva respuesta a cualquier tipo de estímulo.
- *La adultez:* durante la cual se ha presentado la adaptación a los agentes, muy comúnmente encontrados y se incrementa la resistencia
- *La senilidad* caracterizada por la pérdida irreversible de la adaptabilidad y el agotamiento eventual.

Después del agotamiento completo por un trabajo sumamente estresante durante el día, un buen sueño nocturno y después de un agotamiento más severo, unas cuantas semanas de vacaciones pueden restablecer la resistencia y la adaptabilidad

Finalmente, Selye (op.cit) define al *estrés* argumentando que no es simplemente tensión nerviosa, y establece que se presenta en todos los organismos vivos incluyendo plantas y animales inferiores. Las actividades normales y hasta placenteras también pueden producir *estrés* sin daño y sostiene que la *naturaleza del estrés depende de "cómo lo toma la persona"*; manifiesta que no puede ser evitado, que esto solamente puede ocurrir con la muerte

Sobre el tema, varios autores han descrito su teoría sobre el *estrés* y cada uno hace énfasis en el *papel funcional que tiene el proceso evaluativo-valorativo en las respuestas del estrés*.

Las teorías, aunque difieren entre sí, tienen puntos importantes en común ya que intentan distinguir los *elementos del estímulo* de los *elementos de respuesta* de las situaciones del *estrés*.

A continuación menciono a algunos autores así como las características de su modelo de estudio del *estrés*.

El *modelo cognitivo del estrés* definido por Lazarus en 1966, formalizó conceptualmente que no todas las personas son alarmables por igual, sugirió que el *estrés fuera tratado como un concepto organizador* utilizado para entender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana, y en 1967 intentó delinear los componentes orgánicos y cognitivos de *estrés*; propone que las emociones sean consideradas como efectos más que como causas. Al respecto argumenta que el *estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno*, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

El *modelo de Lazarus* considera al *estrés* como resultado de una evaluación de *daño/pérdida, de amenaza o de desafío*. En el primer caso, el sujeto evalúa hechos consumados; en el segundo, los anticipa, y en el tercero se mueve entre la posibilidad de perder o ganar.

Se considera que la aportación más importante del trabajo de Lazarus respecto al *estrés* ha sido el de definir con particular precisión los *factores situacionales que hacen probable una evaluación estresante*. En otro ámbito de ideas, Lazarus y Folkman(1986) consideran que todos los planteamientos sobre *estímulo-*

respuesta del estrés son circulares un estímulo es estresante cuando produce una conducta o respuesta fisiológica estresada y una respuesta se considera estresada cuando responde a una demanda, un daño, una carga o una amenaza. Acerca del modelo psicológico del estrés, Leventhal y Nerenz (1987) describen un modelo secuencial del estrés y el afrontamiento e introducen un análisis de los mecanismos autorreguladores de afrontamiento. En su análisis subrayan el papel de los procesos de carácter cognitivo, aunque no siempre consciente en la determinación de las respuestas del estrés. Comentan que la naturaleza multinivel de las respuestas perturbadoras representa una complejidad para el investigador y el terapeuta; la otra es la diferenciación de las reacciones del estrés con respuestas emocionales específicas, por ejemplo: la diferenciación entre emociones perturbadoras como el miedo, la depresión, la cólera, la culpa, el disgusto. El objetivo de este modelo es comprender las respuestas del estrés que conectan al sujeto con las situaciones y describen sus esfuerzos de adaptación

Por otra parte, el modelo describe los pasos del proceso autorregulador que conduce a la adaptación a corto y largo plazo ante las situaciones de estrés.

Welfor (1973) estudió la relación entre la ejecución de una actividad y la demanda o presión medio-ambiental para llevarla a cabo, argumentando que cada individuo tiene un límite de resistencia.

Levin y Kagan (1971) sugirieron que los *cambios de vida* provocaban *respuestas de ansiedad* produciendo un incremento de cansancio y llanto en la persona y en muchas ocasiones generando daño funcional en el organismo como: *hipertensión, infarto al miocardio, úlceras gástricas, entre otros malestares*. Estas enfermedades son las más frecuentes y a largo plazo pueden ser causantes de *altos índices de mortalidad*.

Arnold(1967) y Burchfiel (1979) por su parte distinguen al estrés *psicológico del estrés físico*. El primero resulta de la pérdida, frustración, conflicto y fracaso, y está acompañado de emociones. El estrés físico consta de quemaduras e infecciones, y se acompaña de sensaciones.

Arnold habla del *proceso valorativo-cognitivo* en relación con las respuestas del estrés. El *proceso de valoración* consta de la evaluación de los estímulos,

basados en experiencias previas con las mismas situaciones o situaciones similares.

En este sentido, cabe remarcar que el *proceso de valoración provoca una memoria afectiva*, asociada con acontecimientos similares del pasado, el proceso depende de *funciones límbicas o conducta instintiva* (emociones, hambre-saciedad, miedo-alegría, sexo) y corticales asociativas (los sentidos, memoria y aprendizaje).

En el modelo de Arnold (op.cit.) las respuestas del estrés implican:

- 1) *el mantenimiento de la homeostasis.*
- 2) *la conservación de los recursos.*
- 3) *el desarrollo de defensas contra el estrés*

Por otra parte, el modelo de Burchfiel (1979) se dirige al aspecto de los mediadores psicológicos ambientales del estrés.

Shalit (1977) habla de los tres componentes del *enfrentamiento efectivo*:

- 1.- *Diferenciación del estímulo*: el número de interpretaciones de una situación de estímulo.
- 2.- *Articulación*: clasificación de interpretaciones y repertorio de respuesta para cada estímulo.
- 3.- *Pertinencia emocional* o valor de alguna situación

Appley y Trumbull (1967) argumentan que las *situaciones de estrés* se caracterizan como estímulos que son nuevos, intensos, cambiantes e inesperados, que llegan a límites de tolerancia del individuo. Los problemas en la definición son de *origen metodológico* así como conceptual, y sostienen que la metodología de investigación del estrés parece estar diseñada arbitrariamente por conveniencia y tradición y no con base en la teoría

Por otra parte, señalan que diferentes sujetos pueden responder de una manera distinta a los mismos estímulos. En este sentido, opinan que es inadecuado basar una *teoría del estrés* en los efectos de una sola *variable independiente* ya que los *organismos viven una multiplicidad de medios ambientes bioquímicos e interpersonales y socioculturales*

A su vez, los sociólogos más contemporáneos prefieren el término "*strain*", en lugar de estrés y lo utilizan para describir formas de distorsión o de desorganización; consideran que los tumultos, pánicos y otros trastornos sociales tienen incidencia elevada en: *suicidio, crimen y enfermedad mental que son consecuencia del estrés (strain) a nivel social (Lazarus y Folkman, 1986)*.

Aunque existen muchas otras teorías, por el momento creo que ha quedado planteado lo más relevante, sin obviar la necesidad de profundizar el nivel de *análisis psicológico, social o biológico*.

Es importante resaltar que las investigaciones acerca del estrés han aumentado a partir de los años 50's, aunque hay que destacar que en 1936 el *modelo de Selye fue la base principal teórica para su estudio*.

Finalmente, considero necesario hacer algunas precisiones respecto a los modelos de investigación del estrés:

- Las teorías presentadas, aunque difieren entre sí, tienen aspectos importantes en común, ya que todas intentan distinguir los *elementos de estímulo y los elementos de respuesta* de las situaciones de estrés; además, cada teoría hace énfasis en el papel funcional que tiene el *proceso evaluativo-valorativo* en las respuestas del estrés. Cabe resaltar que hasta el momento de las aportaciones de Lazarus en 1967, no hubieron modelos psicológicos capaces de proponer antecedentes psíquicos a las respuestas fisiológicas.
- La palabra *estrés* apareció en el índice de Psychological Abstracts en 1944, sin embargo, su definición más aceptada por los psicólogos es la que concibe como un estímulo y que incluye condiciones originadas en el interior del individuo como *el hambre, la sed, etc.*
- El estrés puede ser la acumulación de los estímulos normales y anormales de la vida diaria, que ponen a prueba la habilidad del individuo para enfrentarlos. Los diversos estímulos, penosos o felices, producen una reacción orgánica como la *descarga de adrenalina en la sangre*.
- El estrés no proviene solamente del ambiente exterior, es un proceso natural que no es nocivo mientras se mantenga dentro de ciertos límites. "Y si vivir es elegir, resulta normal el proceso del estrés." (González, a), 1991, p.18).

- Hay que considerar que la ausencia del estrés puede ser tan nociva como la elevación del mismo. Por un lado, el estrés por sí sólo no es suficiente para causar una enfermedad, sino que se requiere de otras condiciones internas y externas del individuo para que se dé.

- El *estrés psicológico* por otra parte, es una relación particular entre el individuo y su entorno, que es evaluado por él como amenazante de acuerdo con sus recursos y que pone en peligro su *salud*; todos los seres humanos difieren en las funciones de percepción y evaluación, así, en algunos habrá cogniciones amenazadoras y en otros, serán estímulos placenteros

Leventhal y Nerenz (1987) argumentan que un "modelo de estrés tendría que abordar el problema de los diversos niveles de las respuestas de estrés, además de diferenciar sus aspectos situacionales y de respuesta " Respecto a estos autores, estoy de acuerdo ya que las respuestas de estrés pueden ser psicológicas, neurofisiológicas e inmunológicas, como se ha descrito anteriormente. En este sentido, las diversas teorías descritas en este capítulo son una alternativa al modelo de Selye.

2.2 Causas y consecuencias del estrés.

Como ya se mencionó en el punto anterior, ha sido importante la contribución de Selye (op.cit.) el cual apoyó de forma importante la convicción general de que los *factores sociales y psicológicos son realmente importantes en la salud y en la enfermedad*. Ahora nos centraremos en las causas y consecuencias del estrés en la salud.

El estrés produce reacciones corporales en el sistema *cardiovascular, respiratorio, endócrino, digestivo y nervioso*. Cuando estos sistemas están constantemente sobrecargados durante largos periodos de vida de una persona, aumenta la probabilidad de que ocurra algún *trastorno físico y/o psicológico*.

Los *factores psicológicos* son importantes ya que la evaluación de una situación implica una serie de cogniciones por parte del sujeto, tras las cuales decidirá si la situación es agradable o no y por tanto, si produce estrés o no.

Se puede decir que el *estrés* ocurre ante las exigencias del medio, entendidas por el sujeto como demandas que no pueden ser satisfechas automáticamente con los *recursos disponibles*.

El repertorio *cognitivo-conductual* se conoce genéricamente con el nombre de "afrontamiento" y le posibilita al sujeto, en mayor o en menor medida, enfrentarse y afrontar los retos que la vida diaria impone, previa evaluación de la situación. Además, la historia del sujeto favorecerá o dificultará algún tipo de respuestas.

Una situación *estresante, psicológicamente*, se origina con una evaluación inicial en la que la situación demanda una respuesta efectiva para evitar o reducir el *daño físico o psicológico*; el sujeto entonces, puede no responder al estímulo o responder de manera inadecuada, por ejemplo insultar a un ser querido o golpear agresivamente a una persona sin necesidad.

Existe una serie de acontecimientos, evaluaciones, respuestas y transformaciones situacionales durante la vida del individuo, en que pueden ser repetidas las respuestas a los estímulos estresantes dejando secuelas marcadas en su vida. Estas secuelas dejan de ser estresantes cuando el sujeto evalúa que el reto ha pasado; así hay un juego complejo entre el individuo y la situación que determina el inicio, magnitud, duración y calidad del episodio estresante.

Al mismo tiempo existen múltiples fuentes de estrés que pueden estar también relacionadas con los aspectos de *género*, que se comentaron en el capítulo anterior (como *mujeres, amas de casa, esposas y enfermeras*):

- *La separación marital*
- *La muerte de un familiar cercano*
- *El matrimonio*
- *Los ajustes económicos*
- *El cambio de trabajo*
- *Discusiones con la pareja*
- *El éxito personal*
- *El cambio en las condiciones de vida.*

Por su parte, la Asociación de Psiquiatría Americana (citada en González, 1991) ofrece una lista de problemas cotidianos que pueden causar estrés; la escala es

descendente, con lo que el nivel de intensidad es mayor en los de arriba y menor en los de abajo:

- *Conyugales*
- *Paternalidad*
- *Interpersonales*
- *Ocupacionales*
- *Circunstancias en la vida*
- *Económicos*
- *Legales*
- *Enfermedad física o heridas*
- *Otras tensiones psicosociales.*

Paralelamente y de acuerdo al esquema del *proceso fisiológico del estrés*, se puede comprender que el *estrés* no se limita a producirnos sensaciones de tensión y sentimientos de malestar, nerviosismo e irritabilidad. Sus efectos químicos, que caracterizan la reacción no específica del organismo son muy precisos y muy nocivos, si se rebasan sus límites

Cuando el *estrés* se mantiene a un nivel adecuado para la persona, entonces puede ser placentero. Sin embargo, los que se sienten imponentes e incapaces de controlarlo suelen enfermar con mayor facilidad, ya que se pueden dañar el sistema inmunológico.

Con respecto a las consecuencias resultantes de la exposición a agentes estresantes, de manera cotidiana o por tiempo prolongado, son de dos tipos:

individuales y organizacionales, estos generan síntomas como:

- 1) Los relacionados con el *desempeño laboral*, como la capacidad para enfrentar situaciones conflictivas o situaciones de competencia, incapacidad para obtener éxito, falta de confianza para defender los propios puntos de vista, falta de originalidad y creatividad.
- 2) Los síntomas somáticos y/o psíquicos como. irritabilidad, mal humor, cefalea, fatiga, sueño, insomnio, anorexia, compulsión para comer, agotamiento nervioso, ansiedad, depresión, baja estima, adicciones.

3) A nivel institucional o laboral, se puede manifestar el estrés, con ausentismo elevado, baja productividad general, accidentes de trabajo frecuentes, relaciones conflictivas, incapacidad de negociación.

Lo anterior llega a reflejarse en consecuencias a nivel **corporal**, los signos que pueden indicar la presencia de estrés incluyen:

1.- **Cabeza y cuello:** *tensión muscular, dolor de cabeza (migraña), fatiga, confusión, agotamiento laboral, insomnio.*

2.- **Tórax:** *espasmo en bronquios y en músculos de la garganta (disfagia), depresión en el pecho y frecuencia respiratoria acelerada.*

3.- **Estómago:** *alteraciones intestinales (diarrea, estreñimiento), gastritis.*

4.- **Tracto uro-genital:** *orinar con excesiva frecuencia, impotencia o frigidez sexual, alteraciones menstruales.*

5.- **En general:** *enfermedades frecuentes, alteraciones en el peso corporal, problemas en la piel, aumento de enfermedades ya existentes como: artritis, hipertensión, diabetes.*

En el aspecto **social** puede observarse: *distracción en casa o en el trabajo, se cometen errores más frecuentemente, irritabilidad, distracción, tristeza, decaimiento, nerviosismo.*

María Teresa Lluch (1991) menciona las principales fuentes del estrés y la ansiedad que pueden ser variadas:

a) *factores personales:* baja autoestima y autoconcepto, necesidad de ser perfectos, necesidad de dominar a los demás, necesidad de ser amado por todo el mundo, situaciones personales de pérdida como enfermedad, hospitalización, separación, muerte de un ser querido, matrimonio, nacimiento de un hijo.

b) *factores familiares:* cambios en los roles familiares, demandas familiares (celebraciones, visitas) y dificultades en la dinámica familiar (falta de comunicación, pérdida de algún integrante de la familia).

c) *factores sociales.* los relacionados a la crisis económica (desempleo, cambios radicales en los ingresos), relaciones interpersonales, situaciones laborales

(exceso de trabajo, dificultades con autoridades/jefes), situaciones ambientales (ruido, tráfico, contaminación)

Por otro lado, *las consecuencias* resultantes de la exposición a agentes estresantes de manera cotidiana o por un tiempo prolongado pueden ser de dos tipos: *individuales y organizacionales*, éstos generan síntomas como:

1) Los relacionados con el desempeño laboral, como la capacidad para enfrentar situaciones conflictivas, incapacidad para enfrentar situaciones de competencia, incapacidad para obtener éxito, falta de confianza para defender los propios puntos de vista, falta de originalidad y creatividad.

2) Los síntomas somáticos y/o psíquicos como: irritabilidad, mal humor, cefalea, fatiga, sueño, insomnio, anorexia, compulsión para comer, agotamiento nervioso, ansiedad, depresión, baja autoestima, adicciones.

3) A nivel institucional o laboral se puede manifestar el estrés con ausentismo elevado, baja productividad general, accidentes de trabajo frecuentes, relaciones conflictivas, incapacidad de negociación.

Estos síntomas descritos, no sólo afectarán a la persona que los vive sino que también a su medio ambiente familiar, laboral, social, considerándolos así como un fenómeno multideterminado y en el caso de la profesión de Enfermería sobre todo hospitalaria, puedo decir que son muy palpables.

2.3 Papel del estrés en el ejercicio profesional de la Enfermería.

El ambiente laboral de la enfermera por sus características como se verán en el siguiente capítulo, puede involucrar diversas fuentes de estrés. Así, se ha considerado durante mucho tiempo que el trabajo en hospitales es muy estresante, ya que implica estar continuamente en contacto con el dolor y con la muerte.

Para las enfermeras algunas de sus tareas son desagradables, como ocuparse de la sangre, la orina o el vómito; aunado ésto a áreas críticas como la terapia intensiva y las salas de urgencia, lo que implica que su actividad puede ser fuente de estrés.

Sobre las fuentes de estrés relacionadas con el trabajo clínico, se han reportado otras relacionadas con aspectos de la organización y de las relaciones laborales como la sobrecarga de trabajo, relaciones humanas difíciles, el sistema de turnos, mala relación con médicos, la falta de reconocimiento, la desorganización y la antigüedad en la profesión.

También se ha reportado otro factor estresante para las enfermeras la falta o ausencia de retroalimentación positiva o constructiva por parte de sus superiores.

En un estudio realizado en Irlanda (Grath, Reid y Boore, 1989) las enfermeras enunciaron algunas fuentes de estrés como: el poco tiempo para realizar tareas, el racionamiento de recursos y servicios el encontrarse con plazos y límites impuestos por otros; sin embargo, no reportaron como fuente de estrés las demandas emocionales y el contacto con los pacientes. La aparente incongruencia de estos datos queda explicada al estudiar las formas con las que las enfermeras afrontan el estrés, pues se ha descubierto que una gran mayoría de ellas usaban el mecanismo psicológico de la evitación, y de esta forma reducían inconscientemente el estrés en su trabajo, restringiendo el contacto con las demandas emocionales del paciente, transformando así los objetivos de asistencia con los que fueron entrenadas a objetivos físicos en su desempeño diario.

Por otra parte, en un estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología Rojas (1998), se encontró un dato interesante: 23 enfermeras reportaron la presencia de ansiedad, gran inseguridad, intensos sentimientos de inferioridad y aislamiento, lo que las convierte en un grupo de riesgo en la presentación de depresión u otros trastornos emocionales.

Respecto a lo anterior, se tiene que considerar que la enfermera puede ser susceptible de generar una enfermedad adictiva a los narcóticos, por su contacto con medicamentos y la posibilidad de automedicarse. Las enfermeras dependientes se caracterizan por una baja en la productividad, ausentismo, deterioro en el cuidado personal, crisis emocionales, cambios en los hábitos de trabajo y preocupación.

En general, las enfermeras en especial las de áreas críticas, como terapia intensiva, urgencias o que se encuentran en salas de choque tienen que enfrentarse a diferentes situaciones de política laboral, tratan de conservar su empleo y se ven presionadas por el tiempo, la sobrecarga de trabajo, la disminución de los insumos, la poca remuneración económica y la necesidad de superación. Estos aspectos están relacionados a condiciones estresantes que tienen que ver con la crisis económica y la condición que como mujer suele enfrentar : bajos sueldos, limitadas prestaciones, baja categoría y discriminación en ascensos.

El trabajo de la enfermera genera propiamente fuentes de estrés, dice Fernández (1998), pero existen otros factores que sumados a los laborales lo hacen incrementar, como ser mujeres, madres y amas de casa. Las enfermeras tienen condiciones estresantes que caracterizan a la población trabajadora del sexo femenino, estas condiciones son de diferentes tipos:

Las laborales que incluyen bajos sueldos, limitación en sus prestaciones, puestos de menor categoría y discriminación de ascensos.

Otras condiciones están relacionadas socialmente con el lugar asignado como mujer: hostigamiento sexual, inconciencia en relación a cuestiones de género que la obligan a actuar como tradicionalmente se le ha enseñado, rechazo en algún empleo por estar embarazada.

Y las relacionadas con el desempeño de papeles múltiples que generan tensiones al multiplicarse las demandas y obligaciones en los ámbitos laboral y familiar.

En este contexto, el papel de la madre de por sí suele representar en sí mismo una fuente de estrés, sobretodo si se tienen hijos pequeños y no se cuenta con el apoyo del esposo.

En un estudio realizado a 101 enfermeras, residentes del Valle de México, (Rojas; op. cit.), que laboraban en un hospital de alto nivel de atención (especialidad) se encontraron datos como:

- Se encuentran síntomas más severos por estrés en enfermeras más jóvenes, con menos experiencia y con menor rango en el hospital.
- Los síntomas más frecuentes son los somáticos y trastornos del sueño.

Existe un modelo de la salud emocional de madres enfermeras, éste describe los efectos del estrés ocupacional sobre la salud emocional elaborado por Cervantes y Castro en 1986, y utilizado por Lara Cantú (1992), en un estudio con enfermeras y amas de casa; el modelo plantea que las variables condicionantes de las madres enfermeras tienen un papel ante dos situaciones estresantes: tensión ocupacional y tensión materna, que podrán resultar en una de las dos alteraciones emocionales: depresión o somatización, pero que la presencia de éstas depende del papel de las variables mediadoras como son: conflicto de roles (madre y mujer trabajadora), identificación con la ideología sobre la maternidad, satisfacción con la ayuda de un familiar y tensión con la pareja. En su estudio, las autoras plantean que la tensión ocupacional y materna se relaciona positivamente con síntomas depresivos y somáticos, sobre todo, en presencia de conflicto de roles, de poca identificación con la ideología sobre la maternidad, de tensiones con la pareja e insatisfacción con la ayuda de un familiar.

En otro modelo sobre estrés en instituciones de salud de Cooper (1986), se consideran seis fuentes de estrés: intrínsecas al ambiente de trabajo. el puesto en la organización (papeles ambiguos, conflictos de reponsabilidad); el desarrollo de la carrera profesional (promoción insuficiente, ambición frustrada); relaciones profesionales (malas relaciones con superiores, subordinados, colegas, dificultad para delegar responsabilidades); la estructura y clima de la organización o institución; y por último, la interfase trabajo/familia (problemas familiares, ambos cónyugues con carrera profesional, crisis del ciclo vital).

Considero necesario describir aquí al modelo psicobiológico del estrés y algunos de los mecanismos de su regulación en la vida cotidiana, debido a que se relaciona con el modelo de estrés-enfermeras, de acuerdo a Stora (1990):

- a) Algunas manifestaciones emocionales y fisiológicas, contribuyen a restaurar y preservar el equilibrio psicológico del individuo como reír, llorar o maldecir.
- b) Dormir excesivamente permite a algunas personas obtener un descanso o el insomnio pueden ser un signo de alto nivel de estrés.
- c) La verbalización de las emociones ayuda a una relajación de las tensiones (alivio temporal).

- d) Jugar, trabajar, el deporte, son formas para sublimar la energía agresiva.
- e) Los sueños diurnos bajan la tensión, esta actividad de fantasear disminuye la carga agresiva.
- f) El exceso de tensión puede provocar poliuria (aumento en la producción de orina), defecar con frecuencia, comer mucho o demasiado rápido, fumar en exceso, beber alcohol o una actividad sexual más frecuente que la habitual, lo que puede considerarse descargas somáticas.

De lo anterior se puede concluir que las enfermeras son profesionistas fácilmente sometidas a niveles considerables de estrés en relación con otros trabajadores de la salud, y para terminar este capítulo quiero describir algunos estresores que son característicos de la vida cotidiana de una enfermera, que es ama de casa, madre y esposa

- El horario inadecuado por sistema de turnos.
- La sobrecarga de trabajo.
- Dificultosas relaciones humanas en el trabajo con otras mujeres.
- Atención con pacientes en estado crítico.
- Falta de reconocimiento.

CAPITULO 3. LA CARRERA DE ENFERMERIA EN MÉXICO.

3.1 Inserción de la mujer en el campo laboral (breves aspectos históricos).

En el presente capítulo ubicaré aspectos relacionados con el *origen de la profesión de Enfermería*, para lo cual de manera breve retomo aspectos históricos de la inserción de la mujer en el campo laboral que han determinado ciertas condiciones socioeconómicas y psicológicas que prevalecen en esta profesión actualmente.

En una segunda parte, hago aportes de carácter *histórico y sociológico* de la profesión de Enfermería con el objetivo de comprender y analizar las bases que fundamentan su práctica, su evolución y su estado actual en relación a los aspectos de *estrés y género* que tienen que ver con el desempeño académico. Empezaré con una breve descripción de la inserción de la mujer en el trabajo durante tres etapas de la historia:

1) *Prehistoria*, 2) *Edad media* y 3) *Moderna y contemporánea*.

Prehistoria. Esta etapa es importante por la aparición de la especie humana, marcada por un enfrentamiento entre dos categorías: *relación hombre-mujer*. Beauvoir (1990) comenta que cada una de estas categorías "*quiere imponer su soberanía a la otra y si una de las dos es privilegiada triunfa sobre la otra y se dedica a mantenerla en la opresión*" (p.87). Así el hombre cuenta con un privilegio, *la fuerza física*, que le da el poder de dominar. En esta época las mujeres también llegaron a ser guerreras pero tenían que renunciar a la maternidad.

En el *comunismo primitivo*, la mujer aumentó su participación en el proceso productivo del hogar (actividad doméstica) tomando el papel de objeto. propiedad del hombre. Esta etapa se resume con dos hechos importantes: el *aspecto biológico* en donde se resalta la fuerza física, característica primordial del *hombre* que se dedicó al trabajo pesado, mientras que la *mujer* se hizo cargo de los deberes de la familia convirtiéndose en el centro de ella (matriarcado).

El otro hecho se refiere a la división del género, el cual se dio junto con el aumento de la productividad, la especialización y la complejidad creciente de la propiedad privada.

Esta situación fue un reflejo de la condición de las mujeres en los países europeos en donde durante la **Edad Media** (Feudalismo), prevalecía el sometimiento según la clase social a la que se pertenecía; así, había mujeres dedicadas a realizar trabajos como *artesanas, hilados, comercios, etc.* Durante la conquista y colonización de México, se originó una doble opresión de la mujer ya que se impuso un *sistema económico-social y religioso* que se vió reflejado en la familia como una relación de dominio y sumisión.

Aunque en términos generales la situación para hombres y mujeres era muy difícil, para la mujer era más difícil aún, ya que se utilizaba como mano de obra barata con el fin de obtener más productos a menor costo. La **Revolución industrial inglesa (Época Moderna y Contemporánea)** no cambió la situación de la mujer ya que ella ganaba menos salario aunque trabajara lo mismo, además de realizar labores domésticas.

Actualmente la mujer se ha insertado en el mercado de trabajo, sobretodo en el sector servicios, y en la medida en que se incrementa esto, el capital se apodera de la satisfacción de las necesidades que eran cubiertas mediante el trabajo femenino en el hogar (*lavado de ropa, preparación de alimentos, cuidado de enfermos, cuidado de niños*).

La *crisis económica globalizada* es una de las causas por las cuales la mujer se ve en la necesidad de insertarse al mercado productivo, con esto, no se libera de sus "funciones", ya que más bien se da un proceso de acumulación de tareas y de exigencias que producen una contradicción para el equilibrio familiar y de la misma mujer.

En México a partir de 1940 existe un impulso a la *industrialización* y es cuando la mujer empieza a incorporarse masivamente al mercado de trabajo como consecuencia de la transformación radical de todos los sectores: *económico, social, político y cultural*. Actualmente la mujer constituye un 50.9% del total de la población mexicana y en el trabajo asalariado es del 23.5% mientras que los

hombres constituyen un 76.5% (INEGI,1993). Las amas de casa no se integran a las estadísticas ya que no se consideran Población Económicamente Activa (PEA). En México, la PEA ha aumentado de 13.6% en 1950 (INEGI,1980) a 34.7% en 1990 (Lara, Acevedo y López, 1992). Esta tendencia ha repercutido de manera importante en el rol de la mujer y en la organización de la familia, sobre todo en relación con el cuidado de los hijos.

La *ocupación femenina* se ha caracterizado en la mayoría de los países, por sueldos bajos y por una *frecuente explotación* sin buscar mejores condiciones laborales para las mujeres congruentes con sus roles múltiples.

Por otro lado, *la tensión y la falta de tiempo* generadas por la participación de las madres en roles múltiples, y otros factores estresantes asociados a la ocupación materna, se ha observado que interfieren con la habilidad de las mujeres para ser madres.

El empleo de la fuerza de trabajo femenina está sujeta a las fuertes variaciones en función de las coyunturas económicas. La raíz de la *condición marginal* de la mujer en el proceso económico capitalista se encuentra en la separación entre las actividades estrictamente *económico-productivas* y las *domésticas*, que implanta este *modo de producción*.

Esta separación refuerza la dificultad de conciliar los roles domésticos tradicionales de la mujer (*ama de casa y educadora de la niñez*) con sus roles profesionales. Por otra parte, se ve forzada a interrumpir su actividad profesional en el período procreativo para engendrar y cuidar a los niños pequeños, a emplearse en áreas de bajo prestigio, a someterse a salarios inferiores al de los hombres por actividades semejantes, y a ocupar posiciones subalternas en aquellos sectores en donde compete con el otro sexo.

La *diferenciación ocupacional por el sexo y la marginación laboral* de la mujer en el proceso de trabajo capitalista se ven reforzadas ideológicamente como ya se describió en el capítulo 1, por los medios de comunicación, la familia y la educación, entre otros.

Respecto a lo anterior y en relación a la Enfermería, profesión casi exclusiva de mujeres, se dice que sus actividades requieren de poco esfuerzo físico e

intelectual, que es un trabajo que no produce plusvalía y por lo tanto, no se puede pagar más porque no la produce.

3.2 Breve desarrollo histórico-social de la Enfermería en México.

a) Características de la Enfermería.

En su capítulo sobre heterogeneidad en Enfermería Victoria Fernández (1998), menciona que no obstante la gama de funciones y actividades, la imagen de la enfermera es la de una mujer con uniforme blanco que brinda cuidados a personas enfermas y generalmente hospitalizadas. Sin embargo, aún dentro de los hospitales sigue observándose la diversidad: encontramos a la *enfermera auxiliar, la técnica, la general, la especialista, la licenciada, la supervisora, la jefe*. Esta heterogeneidad del gremio está generando dificultades como:

- *Obstáculos para la comunicación*, en donde desde hace mucho tiempo se ha caracterizado el ambiente de escuelas y hospitales por la ansiedad y el bloqueo de la comunicación entre enfermeras que ocupan cargos directivos y las que laboran en otros niveles subordinados, de tal manera que en una situación de tensión personal muy agudizada y durante años de trabajo, estos problemas institucionales persisten influenciados por los conflictos de la vida diaria, familiares y personales, ocasionando en el personal de Enfermería problemas de salud y de personalidad.

- *Otra dificultad es el desarrollo de trabajo en equipo*, en donde se ha llegado a generalizar una creencia común que afirma: " *la enemiga de una enfermera es otra enfermera*".

Es necesario dejar claro que si bien los seres humanos son diferentes, estas diferencias se acentúan de acuerdo al perfil de los egresados, en donde a pesar de que compartimos otros intereses comunes, existen diferentes niveles de capacitación o formación académica. Por ejemplo: un rasgo que se comparte en el quehacer diario de la Enfermería es el contacto cercano con el usuario o paciente.

Otra característica común en México, es que el gremio está constituido fundamentalmente por *mujeres*, aspecto que conlleva a compartir problemas

relativos al género, como es la condición de subordinación u opresión, así como el desempeñar distintos roles como madres, hijas, esposas, etc.

De acuerdo a un estudio sobre las actividades del personal de *Enfermería en la República Mexicana* (ANEE, 1976), se aportan datos respecto a las características de la Enfermería:

El promedio de edad es bajo, en 1970 el 35% de las enfermeras tenían entre 15 y 24 años.

Respecto al estado civil, en el mismo año, el 61% de las enfermeras eran solteras y el 31% casadas.

Casi todas las enfermeras tienen personas que dependen económicamente de ellas.

En cuanto a los estudios, en 1970 el 91% de las enfermeras profesionales contaban con certificado de secundaria y sólo el 9% carecían de él, y un 8.4% del total tenía el certificado de bachillerato.

En 1970, el 56% del personal de Enfermería trabajaba de 33 a 45 horas a la semana, y el 42% lo hacía 46 horas o más. Esto significa que casi la mitad del personal tenía dos o tres turnos de trabajo, debido primordialmente a que su ingreso salarial es bajo.

Estos datos, aunque no son recientes, considero que revelan aspectos que tienen que ver con la cultura del *Género y Estrés* que se mantienen vigentes.

La categoría a la que está adscrita el personal de Enfermería dentro de los *salarios mínimos profesionales* en México, D. F. (Diario Oficial del 30 de diciembre 1971), es el de "*artesana*", según el tabulador de sueldos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, equivalente a la misma categoría que el *velador, oficial de albañilería, yesero* y otros oficios. (Martínez, Latapí, Hernández y Rodríguez; 1985). Esta situación nos habla de la necesidad de que la práctica de la Enfermería se profesionalice, ya que de esta forma, la mujer adquiere una *cultura* más sólida que le permite, en determinado momento, defender su condición de género y profesional, desarrollando así mejores alternativas de vida social, económica, profesional y cultural.

La práctica de la Enfermería está determinada por los objetivos y políticas de la institución en donde la Enfermera presta su servicio ya que no hay criterios nacionales para definir *niveles, categorías, condiciones de trabajo, funciones, etc*. Falta un organismo central con poder de decisión que planee, organice, dirija y evalúe los aspectos de la Enfermería en los ámbitos legales, académicos, laborales, etc.

A partir de la década de los 60's, se generan Teorías y Modelos de Enfermería mediante la investigación de la práctica y reflexión de la misma por enfermeras, principalmente norteamericanas, que acceden a niveles de maestría y doctorado, con lo cual se clarifica el dominio de estudio de la disciplina. En esta etapa, la enfermera profesional se basa en el concepto de *diagnóstico y tratamiento* de la respuesta humana con un *enfoque holístico*. Una consideración fundamental que emana de este análisis histórico es que la Enfermería se originó en el quehacer práctico que parte de la realidad concreta hacia lo abstracto. En este sentido la Enfermería se deriva y nutre del conocimiento humano en dos grandes ramas: *las ciencias y las humanidades*.

Las disciplinas profesionales como Enfermería y Medicina tienen fundamentalmente una finalidad práctica, por lo que generan teorías descriptivas y prescriptivas del "saber y hacer" (Donalson y Crowby, 1992).

El objeto de estudio en las Ciencias de la Salud, tanto en Enfermería como en Medicina, es el hombre en su *proceso salud-enfermedad* y abarca diferentes niveles.

El dominio de estudio de la Enfermería es el *diagnóstico y el tratamiento* de la respuesta humana ante el proceso salud-enfermedad desde un enfoque holístico con el fin de lograr el bienestar funcional.

Al ser la Enfermería una disciplina que incorpora los conocimientos de diversas profesiones, tiene como base común el *método científico y epidemiológico*, entre otros, y cuenta con una metodología propia que es el *Proceso de Enfermería*, en la cual existe un "atraso científico" considerable entre su ejercicio y la aplicación de la investigación.

Doris Grinspun (1992) Maestra en Enfermería, comenta en una conferencia sobre *identidad profesional* que en viajes realizados por varios países del mundo ha encontrado que la gran mayoría de las enfermeras que trabajan en hospitales:

- *No tienen conocimiento* de los conceptos fundamentales que guían el pensamiento teórico de Enfermería (persona, entorno, Enfermería y salud).

- *No basan su práctica profesional* en un marco conceptual de Enfermería

- *Tienen gran dificultad* en articular una definición de Enfermería.

- *Saben identificar formas* de atender a las necesidades biofísicas del enfermo, pero están menos capacitadas para atender a las necesidades psicológicas y socioeconómicas del enfermo y, agregaría yo, de ella misma.

Sostiene que las enfermeras basan su práctica profesional en los conceptos fundamentales del *metaparadigma de Enfermería* o en un marco conceptual específico, por lo que tienen mayor facilidad en articular qué es enfermería y lograr una identidad profesional. Grinspun (1992) da una definición de Enfermería que me parece muy interesante: “*es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera , junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud.*” (p 4).

Como se observa, esta definición incorpora los cuatro conceptos del metaparadigma de Enfermería: *persona, entorno, Enfermería y salud*. Habla también acerca de los modos de conocimiento de Enfermería y comenta los cuatro tipos de conocimiento identificados inicialmente por Carper en 1978, estos son: *empírico, estético, personal y ético*.

El *empírico* se da a través de la observación de hechos que se pueden verificar.

El *estético* es expresado a través del arte de Enfermería.

El *personal* se refiere al conocimiento de uno mismo para conocer a otros

El *ético* se refiere al conocimiento de las perspectivas éticas que se enfrentan como enfermeras, éste incorpora valores.

El *metaparadigma de Enfermería* aporta la base teórica fundamental, misma que provee a las enfermeras en su práctica clínica profesional con un entendimiento integral del ser humano.

El entendimiento profundo sobre el *metaparadigma de Enfermería* se logra a través del *proceso educativo y la práctica clínica*.

b) Aspectos históricos de la profesión.

Durante muchas épocas de la vida la mujer ha estado muy ligada con la *atención de la salud*, principalmente como *madre*.

Uno de los orígenes de la enfermería es su participación en la atención de los partos como parteras empíricas, este oficio que era exclusivamente femenino, ha sufrido importantes transformaciones de 1920 a la fecha, aspecto que ha tenido que ver con la práctica médica hegemónica.

En las décadas de los 40's y 50's todavía la mayoría de los partos en los hospitales eran atendidos por parteras, generalmente profesionales, pero la *hegemonía médica* junto con la *política oficial de salud* empezaron a restringir el ámbito de trabajo de la partera profesional y a relegarla de su estatus profesional.

En México la carrera de Enfermería inicia su organización más formal en 1902 y es en 1911 cuando la Escuela de Enfermería, que dependía de la Escuela de Medicina, se incorpora a la Universidad Nacional, en donde son médicos los directores y profesores. Es hasta 1935 que se establece el requisito de secundaria para el estudio de la obstetricia.

Respecto a la *enfermera hospitalaria*, en los años 20's las funciones de afanadoras y enfermeras eran interminables ya que representaban "la ayuda para las curaciones y aún para las operaciones venía de manos que antes limpiaban el suelo" (Moreno, 1954, p.99). En muchos casos la enfermera por sus actividades y funciones era considerada la sirvienta del médico.

El personal de Enfermería trabajaba jornadas de 24 horas debido a que su ayuda era indispensable.

En 1954 se da un desarrollo importante en la profesión, a nivel hospitalario y sanitario, ya que se empiezan a manifestar en ponencias en instituciones de salud como en el *Hospital General de México*, en donde se habla de la falta de *diferenciación legal y laboral* entre la enfermera titulada y la auxiliar, pero es

hasta 1960 cuando se inicia la licenciatura en Enfermería, en donde debido a sus características propias, la matrícula era de pocos alumnos, realmente hasta esta época no existía una profesionalización, ni políticas de educación para la carrera. Muchas profesoras de Enfermería, hasta hace algunos años, impartían clase aún cuando su nivel académico era secundaria, carrera técnica y cursos de especialidad. Este hecho es determinante para la formación de recursos humanos.

Susana Salas (1998) plantea que la enfermería ha transitado por *cuatro etapas como profesión*:

La *primera* comprende del periodo *colonial hasta la independencia*, identificado como el estadio religioso-vocacional derivado de la tradición de servir y cuidar a los más necesitados, hecho que influyó en la organización de la Enfermería por órdenes religiosas.

La *segunda etapa*, la ubica desde finales del siglo XIX hasta el inicio de la segunda guerra mundial, periodo que marcó en América Latina el inicio de la *profesionalización, la organización del sistema de educación y de servicios*. Como consecuencia se da el control en el reclutamiento y en la preparación del personal, clasificándose a las enfermeras en prácticas, las auxiliares y las ayudantes. Este periodo también identificado como *estadio laico-laboral* derivado de un nuevo estatus de la mujer y, de su incorporación al trabajo extradoméstico, se caracteriza porque la Enfermería tiene un *enfoque de auxilio social*, capacitada en el conocimiento básico de las enfermedades y con mayor énfasis en las *destrezas técnicas, disciplina y obediencia*, enfocada principalmente al cuidado de enfermos.

En la *tercera etapa* se consolida la enfermera militar como resultado de la Segunda Guerra Mundial y la organización de jerarquías en la profesión, se acentúa el interés y responsabilidad por el control de planes y programas de formación, se hace más consistente la integración o surgimiento de escuelas de Enfermería en las universidades. También se inician los cursos de especialización postécnica y surgen algunos programas de posgrado. Por ello ahora coexisten en la práctica personas sin mayor preparación profesional, enfermeras prácticas y

técnicas, por lo que no hay diferenciación de responsabilidades en el desempeño de funciones profesionales y auxiliares, lo cual se agudiza por el constante déficit de enfermeras profesionales en México.

La última etapa es en la *época moderna* y en sociedades avanzadas, en donde la Enfermería ha logrado un estatus como profesión, derivada del compromiso de *construcción disciplinar* y durante la cual surgen los preceptos teórico-científicos de los cuidados enfermeros. Se ha caracterizado por la preocupación de regular el ejercicio profesional, distinguir funciones profesionales de las auxiliares, centrar la práctica y la formación de un concepto holístico de hombre y de salud.

Esta tendencia es impulsada fuertemente por la OMS, la cual está dando mayor importancia a la atención de Enfermería y favoreciendo al reencuentro con su naturaleza.

Así, la Enfermería ha evolucionado y se encuentra en transición con importantes desafíos para lograr su *estatus de profesión en México*.

En un trabajo realizado por un equipo de profesoras enfermeras (Crespo, González, Carmona, 1997) "*Reflexiones sobre una disciplina: Enfermería*", anotan que se observa a los aspectos de género muy marcados en el acontecer histórico y que sin lugar a dudas es un factor que ha determinado el desarrollo de la profesión. Por otra parte se observa que históricamente la Enfermería se genera a partir del *modelo médico*, el cual en el pasado estuvo orientado hacia la *enfermedad/tratamiento*, es decir, con un enfoque curativo y no preventivo.

El ámbito de trabajo de la enfermera se desarrollaba en el hogar, y su acción se dirigía hacia la ayuda del paciente en su higiene y alimentación y dependía de las órdenes médicas.

c) Aspectos sociopsicológicos de la profesión.

En el área de la salud, las diversas profesiones que participan (médicos, enfermeras, anestesiistas, trabajadores sociales, etc.) tienen asignados valores diferentes en función de la aportación que hacen al proceso productivo.

A la Enfermería le corresponde desempeñar funciones manuales, ejecutoras, de órdenes dictadas por otros, indispensables pero *complementarias en la atención de la salud*.

Dentro de la Enfermería, la *división técnica del trabajo* dispone de la fragmentación de funciones que convenga a la eficiencia y productividad de esta profesión dentro del proceso completo de atención a la salud.

La enfermería como parte integrante del *sistema de salud*, se articula colaborando en el mantenimiento, restauración y reproducción de la *fuerza de trabajo*, participa en la expropiación de la salud de la clase trabajadora, y de alguna forma colabora con los propósitos del Estado de utilizar *la salud como medio* para prevenir o tranquilizar los conflictos sociales, además de participar y reforzar la ideologización que de la salud hace la clase capitalista.

La *salud humana* y la manera como se le atiende están determinadas por las *condiciones socioeconómicas y políticas* de cada época. "El proceso salud-enfermedad está determinado por el modo como el hombre se apropia la naturaleza en un momento dado, apropiación que se realiza por medio del proceso de trabajo, basado en determinado desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción". (Laurell, 1982; p.7).

El enfoque fundamental del *proceso capitalista* orientado a la obtención de plusvalía de la fuerza de trabajo, conlleva a la diferencia del valor entre el trabajo intelectual y el manual. Así, en la *división del trabajo* se asigna un valor más bajo a quienes ejecutan, o sea, el trabajo manual. En consecuencia, profesiones como enfermería, en donde sus funciones son más ejecutoras y manuales, reciben una remuneración inferior en comparación con otras que capacitan para un trabajo intelectual.

Por otra parte, ya que la Enfermería es una profesión que en su mayoría es población femenina, induce a una *diferenciación de roles*.

En el plano de la *división social del trabajo*, resulta explicable que en la mayor parte de las culturas se ha asignado a la mujer funciones importantes relacionadas con la atención de la salud, debido a su relación estrecha con los hijos y por sus responsabilidades hogareñas, que le llevan a vigilar la salud de la

familia y administrar los remedios caseros, así mismo, a extender sus servicios a otras familias, principalmente al ayudar a otras mujeres durante el embarazo.

En otras sociedades en donde se avanza en la especialización de funciones, se asigna a la mujer una intervención respecto a los enfermos con el objetivo de que aporte un complemento *afectivo-expresivo* que suavice y enriquezca la acción de los varones que intervienen en la atención a la salud. Así se asignan a la mujer tareas que son proyección de los oficios que desempeña en el hogar. Estos elementos sirven de base para que la Enfermería como profesión femenina en el campo de la salud, adopte al organizarse, una característica de práctica por una parte indispensable y por otra, subordinada

La ubicación de la Enfermería en la *estructura social* tiene que ver con la *diferenciación ocupacional y la marginación laboral*, ya que muchos *mitos* creados en torno a la mujer se aplican a la enfermera y su profesión.

Según Borges Da Silva (citado en Martínez, Latapí, Hernández, Rodríguez; 1985), estos mitos destacan dos características supuestamente femeninas que tienen que ver con el *género*: su debilidad frente al hombre (mujer frágil, mujer complemento del hombre, entre otras) y su *bondad natural* (mujer santa, abnegada, prototipo de la caridad, entre otras). Este autor cita un estudio realizado en Brasil en donde se compara a las mujeres ingenieras con las enfermeras, y se encuentra que entre las primeras hay un porcentaje mayor de casadas y con hijos que entre las enfermeras; esto indica que probablemente las enfermeras encuentran mayor dificultad en *conciliar sus roles profesionales y domésticos*, no por el hecho de ser mujeres sino por sus condiciones de trabajo (horarios rígidos, alta carga de trabajo, plazas periódicas, entre otros).

Estos componentes ideológicos contribuyen a preservar las posiciones privilegiadas del varón en las profesiones de la atención a la salud y a integrar a la Enfermería como *profesión subordinada y complementaria*.

Por otra parte, se consideran siete características de la Enfermería que la especifican sociológicamente:

- 1.- El *ser profesión femenina* en su mayoría
- 2.- La *naturaleza no universitaria* de sus estudios.

3.- El bajo nivel de remuneración.

4.- Su debilidad gremial y política.

5.- La procedencia de sus miembros de estratos sociales bajos.

6 - Su desvalorización ante el médico.

7.- El carácter cautivo de su ejercicio.

Respecto a ser *profesión femenina*, es importante para su ubicación social debido al lugar secundario que ocupa la mujer en las sociedades capitalistas (aspectos descritos en el capítulo1). En la sociedad mexicana se agregan otros factores culturales que agravan su relegación al ámbito del hogar, con pocas *oportunidades sociales, educativas y ocupacionales*.

La *discriminación sexual* propia de la tradición cultural del país imprime a la profesión de Enfermería un sello particular que se traduce en todas sus *relaciones sociales*. Esta situación, que tiene vínculos con los aspectos de *género* y que diferentes autores en México la han estudiado, es la relación entre el papel tradicional de la mujer en nuestra sociedad y su extensión hacia el trabajo remunerado. Tradicionalmente la mujer se ha encargado del cuidado de los hijos, enfermos y ancianos, actividades que se identifican como parte del campo de la Enfermería.

En cuanto a los estudios no universitarios, ha existido una *resistencia a profesionalizar la Enfermería*; esto se explica por las condiciones de trabajo de la profesión y por otra parte, por el gremio médico que prefiere evitar la competencia para que las enfermeras sigan sometidas. Es preocupante ver que aún con los estudios de licenciatura no se valoren éstos como sustancialmente distintos, ni funciones diferentes, ni mejores salarios. Es así como muchas licenciadas se ubican en la docencia como un espacio donde se obtiene otro estatus. y por otro lado, las que no tienen este nivel prefieren quedarse con sus estudios técnicos ya que no tendrán reconocimiento

En este contexto, la mayoría de los egresados de Enfermería técnica son *adolescentes* recién egresados de la secundaria, etapa de la vida en donde la edad *dificulta la comprensión y la empatía* para la atención de un paciente y la necesidad de la organización. En México, actualmente de 5,592 egresadas que

representan el 5% del total de las enfermeras poseen estudios de licenciatura, y de estas, 411 (7.34%) cuentan con estudios de posgrado (García, García, 1994). El *bajo nivel de su remuneración* tiene relevancia, ya que entre menos recursos económicos se tengan, mayor dificultad tendrá para resolver aspectos de índole práctica, como ayuda doméstica, automóvil, etc. Incluso poder pagar una psicoterapia que le ayude a no caer en situaciones psicoafectivas principalmente por la muerte de sus pacientes. La baja remuneración lleva a la enfermera a realizar doble trabajo.

Acerca de la debilidad gremial y política, el gremio tiene escasa organización, aunque la Enfermería es la profesión más numerosa dentro de las instituciones de salud, sus luchas han sido pocas y sin relevancia para los problemas del conjunto de la profesión. Existe un bajo grado de *conciencia de clase y profesional*, esto se explica en parte por el exceso de trabajo y sus responsabilidades como amas de casa y esposas.

Respecto a la baja extracción social, desde la época de la Revolución Mexicana hasta fines de los 50's; para los estratos sociales bajo y medio en la sociedad mexicana solo existían dos profesiones a las que podía acceder la mujer: *la de maestra y la de enfermera*, siendo los canales de movilidad a través del *sistema educativo*. Posteriormente, cuando la educación superior daba más cobertura a las mujeres, la concentración femenina se ubicaba en las *carreras humanísticas y sociales*. Puede suponerse que las mujeres que fueron ascendiendo en los últimos 25 años a la universidad pertenecían en general a estratos superiores, y las que optaban por cursar Enfermería, que no requería el bachillerato, generalmente pertenecían a estratos sociales bajos.

En 1991, en un estudio sobre características socioeconómicas en enfermeras activas, se encontró que el 70% provenía de hogares de extracción humilde, el 52% de los padres eran campesinos u obreros y la madre dedicada exclusivamente al hogar (Fernández, 1998).

En relación a la *subordinación al médico*, como ya se mencionó en páginas anteriores, esta condición tiene su origen en los médicos, ya que fueron ellos quienes la propusieron, organizaron y la dirigieron. La supeditación de la carrera

es 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*. El aspecto de subordinación y la satisfacción en el trabajo son de relevancia, por su relación con el ausentismo del personal que llega a repercutir de manera importante en la *relación enfermera-paciente*, favoreciendo la sobrecarga de trabajo, mayor estrés y agotamiento, conformando círculos viciosos difíciles de romper en la práctica.

Respecto al *carácter cautivo de la profesión*, su consecuencia principal ha sido la predeterminación del destino de sus servicios a los grupos poblacionales que el sistema de salud quiere privilegiar. Las enfermeras no pueden intervenir en la decisión sobre el destino de sus servicios, esto corresponde a políticas superiores que configuran su mercado y determinan la importancia relativa que tendrá cada modelo de atención. Las escuelas ajustan la formación de la enfermera a ese mercado preestablecido y *carecen de la fuerza y creatividad* necesaria para modificar la política de salud, los modelos de atención o las condiciones de ejercicio de sus egresadas.

En una perspectiva más amplia vemos que en el medio educativo se conoce que la decisión para elegir una profesión es el resultado de la confluencia de *diversos factores psicológicos, sociales y económicos*.

Desde el punto de vista vocacional existen determinaciones para establecer la línea vocacional (López, 1988):

- a) la *naturaleza de residuos de alguna experiencia traumática* que cumple una respuesta adaptativa por parte de la persona; respecto a lo anterior, la enfermería ofrece una oportunidad de reparación.
- b) La *identificación con una figura de autoridad*.
- c) El *desarrollo de un ideal o los ideales*, aspiraciones y expectativas.
- d) La *potencialidad para estudiar la carrera* (talento, aptitudes y habilidades de la persona).
- e) Las *oportunidades disponibles*

En México, para la elección de la carrera de Enfermería, los *aspectos económicos* juegan un papel importante debido a que representan una opción para el acceso rápido al mercado de trabajo, ya que es posible estudiarla a nivel técnico después de la secundaria, actualmente esta tendencia está cambiando debido al impulso que se está dando al nivel licenciatura.

Por otra parte, y aunado a todo lo anterior, el objeto de trabajo de la Enfermería es el *ser humano y sus condiciones de dolor y sufrimiento*, por lo que su formación deberá de tener una filosofía encaminada a los **valores humanos, al manejo del miedo, la muerte y la vida**, para tolerar el sufrimiento de otros.

La responsabilidad de brindar atención al paciente tiene alcances imperceptibles para la enfermera en su cotidianidad, por ejemplo la **conciliación de sistemas de valores distintos** de los propios, como pueden ser situaciones de familia o estilos de vida de los pacientes; lo mismo sucede con el manejo de *prejuicios personales* como puede ser el caso de desagrado o malestar hacia algún tipo de paciente anciano, psiquiátrico, homosexual, etc. que pueden conducir a una actitud poco ética.

El momento del contacto cercano en la *relación enfermera-paciente* se torna más complejo al interactuar diversos factores como las cargas de trabajo, el trabajo nocturno y el apego a las normas institucionales rígidas, aunado esto a la *doble jornada laboral*.

Con esta información nos es fácil imaginar la cantidad de emociones que se movilizan internamente en la enfermera a lo largo de una jornada de trabajo. Estos son aspectos psicológicos que juegan una relevancia en el trabajo de la enfermería en el *ámbito académico* y sobre todo *hospitalario y sanitario (comunitario)*.

El conflicto entre roles se ha asociado a síntomas de estrés y depresión en las mujeres en general (Lara, 1996), así como a aspectos de género.

Un problema real de las mujeres que trabajan como enfermeras y son madres, es el cuidado de un hijo enfermo que la obliga a faltar al trabajo o conseguir una justificación, lo que muchas veces resulta difícil, ya que si toma la decisión de

dejar a su hijo encargado con otra persona, no será fácil asimilar internamente cuidar a otros mientras su hijo la requiere.

El costo en estrés y en sentimiento de culpa puede ser muy elevado, repercutiendo sobre la *estabilidad emocional, física y familiar* de la enfermera, aspecto que ya se ha descrito en el capítulo II.

CAPITULO 4. LA CARRERA DE ENFERMERIA EN LA ENEP IZTACALA. UNAM.

4.1 Antecedentes históricos.

Para poder realizar el presente capítulo, cabe aclarar que fue necesario conseguir documentos históricos sobre la creación de la ENEP-Iztacala, aspecto difícil debido a la situación en que se encuentra la Universidad cerrada por el conflicto estudiantil (abril de 1999 a la fecha); además de ser escasos los documentos, *consideré necesario realizar entrevistas a las profesoras fundadoras de la Carrera de Enfermería* que se encuentran en la escuela y conocen el proceso histórico de la misma.

Para entrar en materia, y como ya se describió en el capítulo III respecto a la instauración de la formación profesional en Enfermería en el Hospital General de México en 1907, se tuvo como perspectiva la subordinación de actividades profesionales del médico y el sometimiento de su autoridad científica y administrativa tanto en lo escolar como en lo hospitalario (Nicolás, 1995). Y que en 1911 pasó a depender de la Escuela de Medicina de la UNAM, adquiriendo así el carácter universitario, sin que se independizara de la tutela del médico.

Durante 64 años la formación de la enfermera en la UNAM fue dirigida por médicos, quienes desde el *modelo monocausal curativo, individualista, hospitalario, científico y tecnológico*, diseñaron los planes y programas de estudio de Enfermería.

Es hasta 1975 que por primera vez es designada una enfermera para ocupar la dirección de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la UNAM, implementándose en esta etapa el modelo de sistematización de la enseñanza con carácter tradicional, organizado por materias, en las que el programa consistía en un listado de contenidos.

Simultáneamente, el 19 de marzo del mismo año la Escuela Nacional de Estudios Profesionales-Iztacala (ENEP-I) inicia sus labores.

La creación de las ENEP's se da como resultado de la *política de desconcentración* de los estudios superiores y de la *modernización de la estructura académica*, impulsada en los años setentas, y del crecimiento poblacional en la UNAM. En este ámbito la ENEP-Iztacala surge como Unidad Multidisciplinaria con 5 carreras del área biomédica: *Biología, Enfermería, Odontología, Medicina y Psicología*, además de un sistema administrativo llamado *matricial* integrado por un director, coordinadores de carrera y jefes de departamento académico-administrativo. Esta escuela se localiza al noroeste del D.F., en el municipio de Tlalnepantla (Estado de México).

La Carrera de Enfermería se integró a nivel técnico e inició sus labores académicas adoptando el curriculum vigente de la ENEO, y uno de los requisitos para ingresar, eran los estudios previos de secundaria.

La primera coordinadora de la Carrera fue la profesora María Rosa Lecona Desmot, designada por la ENEO, de la cual era profesora. Ella debería dar continuidad a un plan tradicional parecido al de la escuela que la enviaba.

La trayectoria de esta coordinadora era de una amplia formación y experiencia en administración, docencia y servicio, lo que le permitió impulsar el cambio curricular para mejorar la calidad de sus profesionistas, así como seleccionar al personal necesario para cubrir el plan de estudios.

La profesora Lecona formó inicialmente un equipo de trabajo de siete profesoras, considerado grupo homogéneo en su formación básica como enfermeras, no así en su especialidad, ya que eligió personal que cubriera las diferentes áreas del plan de estudios como: *pediatría, gineco, medicoquirúrgica, sanitarista y Enfermería básica*. Las profesoras fueron: Ma. Crescencia Morales, Ma. Cristina Escamilla, Gregoria Escamilla Vega, Ma. del Refugio González, Carmen Salas, Inés Hernández y Mercedes Escoriza, a la fecha sólo cuatro de ellas continúan en la Universidad. El nivel académico de todo este grupo, en un inicio, fue contar con la secundaria, el nivel técnico de la carrera y una o dos especialidades técnicas para poder ser docentes.

También se contó con la participación de otros profesionales como médicos, biólogos y odontólogos, entre otros, que además eran docentes en las otras

carreras en materias afines, lo que en cierta forma permitió la interdisciplinariedad de la Carrera cumpliendo con una de las metas de la ENEP-I.

Las actividades a desarrollar al inicio de la carrera fueron entre otras:

- *Revisión y análisis de los programas para su reestructuración.*
- *Elaboración de cartas descriptivas, para la sistematización de la enseñanza.*
- *Elaboración de planes de enseñanza clínica para la integración teórico-práctica.*

Las profesoras durante la Enseñanza Clínica tenían que acudir a las prácticas con las alumnas en los campos clínicos como hospitales, clínicas, escuelas, empresas o comunidad, según correspondiera la práctica, lo que permitiría a la alumna insertarse a diversos campos de trabajo.

En entrevista realizada a la maestra Cárdenas comenta lo siguiente: *"Al inicio las siete profesoras tuvimos que sacar todo el trabajo administrativo y docente, aunado a esto, algunas compañeras tenían otro empleo o eran casadas y tenían hijos, la edad oscilaba entre 23 y 30 años; la Profesora Lecona era la más madura con 40 años aproximadamente, pero cumplíamos con el tiempo requerido por la Universidad que a veces implicaba más de 8 horas o fines de semana".*

En este primer año la profesora Lecona cuidó mucho la selección de personal, ya que al entrevistarlas revisaba que no tuvieran otro trabajo, pues eran contratadas por 36 horas semanales y con categoría de Asignatura "A", sin definitividad

Se buscaba personal preparado y se daba preferencia a quienes tuvieran la licenciatura escolarizada. *"Hubo mucha camaradería en la integración del personal, pues éramos pocas, lo cual ayudaba a las buenas relaciones interpersonales."*

En entrevista a Cristina Escamilla comenta: *"había gente joven, pero muy comprometida, si tú quieres por desconocimiento de las prestaciones se cumplía con el trabajo, aun con los problemas familiares o personales; no se pedían días económicos, licencias, cuidados maternos, si se requería más tiempo, se cumplía, aunque el tiempo de las guarderías fuera limitado".*

La maestra Araceli Brandi en entrevista afirma: *"era interesante ver a las profesoras que en ocasiones con sus hijos y muchacha en la Universidad cumplían con el trabajo"*

Al inicio de la carrera parte del programa teórico era impartido por médicos y los programas prácticos por las enfermeras, posteriormente ellas dieron la totalidad del programa.

Para 1976 la carrera incrementó el número de alumnos, así como su plantilla de profesoras enfermeras.

De las características del personal, en entrevista a profesoras fundadoras dijeron: *“que se contrataba personal por recomendación de las mismas profesoras, por su amistad con ellas o al conocer al personal en los campos clínicos durante la práctica. Posteriormente y por mucho tiempo se integró personal a la plantilla para cubrir las necesidades de los grupos a enfermeras que trabajaban ya en algún hospital y que tenían experiencia en el área a impartir y que no tenían un nivel académico medio superior, que tenían hijos, fue en este tiempo en que se empezaron a presentar problemas laborales”*.

En entrevista comenta la maestra Amalia Paulín, quien fue jefe de módulo de prácticas, que *“sí había y hay una diferencia significativa en las profesoras que tienen uno o dos empleos. Se observaba en las que tenían uno que eran más puntuales, más comprometidas con el programa, cuidadosas de su presentación. Generalmente las que tenían dos empleos llegaban tarde, estresadas, sin entusiasmo, no cumplían con todo el programa por su cansancio, a diferencia de las otras que además de cumplir con su trabajo en casa llegaban descansadas. Por otra parte, no se incorporaban a actividades extras en la escuela por falta de tiempo, salían corriendo a buscar a sus hijos o a cumplir con el otro empleo”*.

Alrededor de 1977, algunas de las profesoras coordinadoras de la carrera inician estudios de preparatoria y licenciatura debido a la necesidad de *profesionalizar la carrera* al nivel de licenciatura. Respecto a lo anterior, las profesoras comentan las dificultades que tuvieron algunas para continuar su superación, debido a que implicaba más tiempo y algunas estaban embarazadas, afectando esto en su relación familiar.

En 1977 se conforma la Sección Clínica, la primera jefa fue la profesora Gregoria Escamilla y considero importante describir algunas de las actividades que realizaba, ya que influirían en las características de trabajo de las docentes:

- Coordinar y asesorar la elaboración de programas (plan de enseñanza clínica).
- Elaborar instrumentos de evaluación de programas, campos clínicos y profesores.
- Elaborar propuestas sobre necesidades de recursos humanos.
- Reclutar, seleccionar, integrar y contratar personal docente.
- Promover el desarrollo académico de profesoras.
- Promover e implementar talleres de trabajo para unificar criterios en el proceso Enseñanza-Aprendizaje y evaluación.

Respecto al ingreso inicial de alumnos que fue de 556 aproximadamente en 1975, con 10 grupos de 50 a 60 alumnas, la edad de éstas oscilaba entre 15 y 19 años. Desde el primer año se observó un alto índice de reprobación por lo que fue necesario incrementar grupos de repetidores. Esta situación, aunada a otros factores como la edad, el desconocimiento de la carrera y deficientes hábitos de estudio, entre otros, hacían que la deserción fuera elevada.

Por otra parte, la *estabilización laboral del personal académico* de la carrera se inicia con la publicación de las convocatorias en 1977, pero con escaso número de plazas, y aunque el espíritu universitario hizo que muchas profesoras siguieran superándose y fueran productivas, también un alto porcentaje se fue retirando de la escuela, por no cubrir con sus expectativas profesionales, lo que generó que cada semestre se hicieran nuevas contrataciones con las consecuencias que esto conlleva.

En 1979 se realizaron cambios administrativos, en donde sucede el primer cambio de coordinación de la carrera, siendo la profesora Crescencia Cárdenas la siguiente coordinadora durante el periodo 1979-1983, y es con ella que se culmina el proceso de *revisión curricular* cambiando del sistema tradicional al sistema modular, trabajo que se venía realizando en los años anteriores, ya que era la única carrera que faltaba de integrarse al sistema modular.

Otro cambio que se dio en este periodo fue en la estructura de sinodales en el examen profesional, ya que se observó que en su totalidad eran médicos, lográndose conformar jurados exclusivamente con el personal docente de Enfermería. Respecto a estos cambios la maestra Cárdenas comenta: "En este

tiempo Iztacala ocupó el 1er. lugar en escuelas de Enfermería por sus características físicas, se contaba con biblioteca, canchas, laboratorios, esto implicaba una preparación más integral para la alumna, esto elevó la buena reputación para la integración de personal a laborar en esta escuela.

En el periodo de mi coordinación hubo algunos problemas con el personal ya que para entonces la mayoría de las profesoras eran casadas y con hijos, esto generó problemas de inasistencia por enfermedad de los hijos, juntas en colegios, etc. Las profesoras empezaron a delimitar muy bien su trabajo en casa y su trabajo como profesoras al grado de que se invitaba a cursos de fin de semana y ellas asistían sin problema”.

Por otra parte, previamente al cambio curricular efectuado en 1980, se realizaron *cursos-talleres de formación de profesores* con el objeto de introducir a las docentes en el sistema modular.

Además, empezó a haber la inquietud de más profesoras por prepararse y muchas de ellas logran obtener el grado de licenciatura sobretodo en el *módulo de prácticas de Enfermería*, siendo este módulo el que tiene mayor cantidad de profesoras (27), lo que en determinado momento permitió que cuando se abrieron los concursos de oposición para la categoría de Profesor Asociado muchas de ellas lo lograron obteniendo así hasta 40 horas en su contratación.

Sin embargo, hubieron consecuencias en la planeación de actividades académicas debido a que estas profesoras además de cumplir con su grupo tienen que cumplir con otras actividades como requisito de la categoría.

Después hubo algunas de ellas que iniciaron estudios de maestría.

Al respecto, Cristina Escamilla dice *“la preparación académica es importante porque da una visión diferente de las cosas, como es el estudio, la capacitación.*

Aunque tiene sus consecuencias ya que dentro de la carrera algunas profesoras al tener la oportunidad de aumentar su nivel profesional prefirieron hacer estudios en otras profesiones y esto trajo consigo la pérdida de la identidad con la profesión pues, prefieren decir que son pedagogas, médicas, odontólogas, en lugar de ser enfermeras, entonces se tiene repercusión en la enseñanza de la Enfermería.”

A continuación quiero hacer algunas anotaciones sobre lo que sucedió durante los últimos años en la carrera a partir de los comentarios de las profesoras entrevistadas, debido a que todavía no existe una sistematización de la información.

La maestra Cárdenas opina que: *“En los últimos 10 años ha cambiado la situación de la carrera, y se ha debido al crecimiento poblacional de la plantilla y la falta de control en la selección del personal, sin entrevista, sin conocer sus expectativas. Otro problema es por el nivel técnico de la carrera, los alumnos no tienen identidad con la profesión. Ha faltado un rigor en la sistematización en todo el proceso de la carrera. Ha faltado un rigor en problemas de la planta docente en donde todo el mundo tiene la razón, no hay respeto a la autoridad, a la persona, desde jefes de módulo, hasta al director. Las expresiones que se tienen a este nivel también se enseñan a los alumnos y ellos las repiten. Existen profesoras que no dan clase, no revisan, no asisten, no revisan uniforme, no ayudan a la alumna a ubicarse aún al saber que el trabajo con adolescentes es bueno. Se ha perdido toda la esencia del trabajo de la carrera. De las profesoras que ahora tienen la categoría de Profesor Asociado, están más preocupadas por cubrir los requisitos de la categoría y se ha perdido la enseñanza de los alumnos”.*

Ella considera que muchos problemas están dados por el crecimiento poblacional de la carrera tanto en docentes como en alumnos, aunado al nivel de la profesión. Igualmente la Licenciada Cristina Escamilla dice que “ las maestras no tienen conciencia de los roles que juegan (de género) así, las alumnas se dan cuenta en el semblante de sus profesoras si va contenta, enojada, preocupada.”

En otro sentido la maestra Brandi opina que *“más que la conciencia es la tarea de enseñar, la relación que se tiene en casa con los hijos o con el marido es la misma que se tiene con las alumnas, la inconciencia está más en su función docente. Actualmente me encuentro realizando mi tesis de maestría con el tema de “Calidad de la Enseñanza en la Carrera” y se observa que sí hay fallas en la enseñanza, no sólo por los problemas de las docentes sino también de las alumnas tales como que provienen de medios socioeconómicos bajos de hogares disfuncionales, con problemas de personalidad, por su nivel de estudios del cual*

proviene. Los alumnos comentan que las maestras faltan, llegan tarde y las autoridades no hacen nada, por tanto, hay deserción de alumnas y otras como pueden sacan adelante su aprendizaje."

4.2) La enseñanza clínica.

En el artículo "La Sistematización de la Enseñanza dentro del plan de Estudios de la Carrera de Enfermería UNAM-IZTACALA" realizado por la maestra Silvia Nicolás Cisneros, (Nicolás, 1995) profesora desde 1977 y actual jefe de carrera, describe los antecedentes de la formación de recursos en Enfermería. En 1980 se inicia la instrumentación del sistema de Enseñanza Modular y fue necesario capacitar al personal en esta nueva forma de enseñanza, porque las profesoras enfermeras llegaban formadas con el sistema tradicional.

Las instituciones que apoyaron la formación docente fueron: CEUTES, CISE, Sector Salud, Sector Laboral y el departamento de pedagogía de la escuela. De 1982 a 1984 se inicia la evaluación curricular y en 1984 se realiza un diagnóstico situacional de cada módulo, respecto a objetivos, contenidos, metodología, evaluación, problemas docentes y de alumnos y recursos académico-administrativos.

Considero importante mencionar los resultados del taller de evaluación curricular ya que hay problemas que tienen que ver con las características del personal docente y sus consecuencias en la Enseñanza Clínica:

- Los objetivos con enfoque taxonómico conductual que fragmentan la conducta humana.
- Desvinculación teórico-práctica del área escolar y la práctica clínica.
- Exceso de contenidos.
- Falta de unificación en procesos metodológicos

Se puede observar un planteamiento metodológico y conceptual que implica la existencia de un eclecticismo ingenuo o intencionado pero no explicitado en la argumentación curricular (Nicolás, op.cit.).

Respecto a la interdisciplinariedad es difícil que se lleve a cabo, dada la histórica marginalidad y dependencia de la Enfermería.

El desfase que se presenta entre lo que se enseña en el aula y en la escuela y en la realidad vivida como estudiante en el campo clínico y como profesional ya del campo de la Enfermería, alude a la falta de sistematización ahora en el ejercicio laboral.

Para la formación de la enfermera en la ENEP-I dentro del planteamiento curricular, se establecen los siguientes principios directrices:

- *La influencia de la comunidad como fuerza social, con capacidad de cambiar los determinantes de salud en su beneficio.*
- *La formación de un profesional con capacidad para insertarse en servicios preventivos, curativos o de rehabilitación.*
- *La apropiación de conocimiento de menor a mayor complejidad y profundidad.*
- *Partir de lo sano a lo enfermo y del nacimiento a la muerte a través de las diferentes etapas de vida.*

El plan de estudios señala que se proporcionará a la alumna los *elementos teóricos, metodológicos y prácticos para integrar la docencia, el servicio y la investigación.*

Igualmente dentro de la Estructura Curricular se considera al aprendizaje un proceso activo, que implica acciones de transformación dentro de una estructura múltiple.

Se valora la Enseñanza como un proceso organizado, los docentes son sujetos creativos, abiertos al análisis de innovaciones y perfeccionamiento.

En la metodología se señalan tres aspectos fundamentales de la Enseñanza: *la práctica, la teoría y la metodología*. Así, existen en el plan de estudios de la carrera tres tipos de módulos:

Teóricos, metodológicos y teórico-prácticos (clínicos).

Los módulos teóricos, están dirigidos al aprendizaje de los contenidos científicos básicos, que parten del *enfoque interdisciplinario*

Los módulos metodológicos tienen la función del aprendizaje con los principios y operaciones del método científico

Los módulos teórico-prácticos, llamados también clínicos, se encaminan a enseñar las funciones generales de Enfermería en los diferentes campos de trabajo, hogar y comunidad, y los principios científicos de la acción de Enfermería. Capacitar sobre la resolución de problemas de salud en la promoción, tratamiento y rehabilitación. Relacionan, integran y enseñan conocimientos teóricos, prácticos y metodológicos.

La Enseñanza Clínica en un sistema de *Enseñanza Modular* como el que se imparte en la ENEP-I, parte de las *bases conceptuales* que guían la práctica y la Enseñanza en Enfermería, de la visión que se tenga del *proceso Salud-Enfermedad, proceso Enseñanza-Aprendizaje*, profesión de Enfermería, etc. Esto permea la estrategia y la metodología de la Enseñanza.

Los módulos clínicos por su naturaleza teórico-práctica se desenvuelven en la *Enseñanza Clínica*, y es además en donde se ubican la mayor parte de las profesoras que son enfermeras en la carrera.

La Enseñanza Clínica incluye toda actividad efectuada con el paciente, usuario del sistema de salud, también la *atención a la familia, comunidad y grupos sociales*.

El concepto de Enseñanza Clínica presentado por la maestra Quezada Fox (Nicolás, 1994) dice así: "Son las actividades encaminadas a proporcionar a los estudiantes de Enfermería, experiencias planeadas y supervisadas en el campo clínico, que los llevan a integrar teoría y práctica, adquirir habilidades y destrezas para proporcionar atención de Enfermería" (p.8).

En la carrera de Enfermería de Iztacala, los seis módulos incluyen a grupos compuestos por una profesora y 15 alumnas, en cinco de ellos todas las docentes son enfermeras con variados niveles de preparación, algunas son técnicas con una o dos especialidades, otras con licenciatura en Enfermería u otra disciplina o ambas, una menor parte con Maestría, generalmente la especialidad es del área de atención correspondiente al módulo que imparte. Respecto a lo anterior, considero importante resaltar la heterogeneidad como ya se describió en el capítulo III, en el nivel de preparación del personal que imparte la formación de Enfermería en Iztacala y como se expone en el capítulo de "la heterogeneidad en enfermería" (Fernández, 1998) cuando se habla de los requerimientos académicos

para el personal docente y que tienen que ver con la Enseñanza Clínica como son: la experiencia por antigüedad, recursos disponibles en cada escuela, por ejemplo: laboratorios, los campos clínicos disponibles, las diferencias en la perspectiva de la profesión de acuerdo al origen de la escuela de la que egresó, así como el carácter público o privado de la escuela donde imparte sus clases y el sistema de enseñanza que imparte.

La práctica clínica se desarrolla en unidades de los tres niveles de atención a la salud: *instituciones laborales (empresas), escuelas y comunidad.*

La práctica hospitalaria y comunitaria se realiza en el mismo semestre con un tiempo asignado e igual peso académico (créditos)

La profesora desarrolla con el grupo el 100% del programa teórico-práctico durante un semestre escolar, con excepción del Módulo de Prácticas de Enfermería I y II, los cuatro restantes se cursan como módulo único con duración de 30 horas semanales de las cuales se destinan 20 a 25 horas a la práctica y de 5 a 10 horas a la teoría .

Los alumnos desde el primer semestre de la carrera realizan el primer acercamiento a la práctica clínica en unidades de primer nivel de atención, en el segundo semestre entran en contacto con el paciente hospitalizado.

En los módulos clínicos la alumna debe de dominar los conocimientos teóricos sobre *hechos, fenómenos, mecanismos, principios y teorías.* Así como habilidades prácticas como: *técnicas, procedimientos y métodos.* Debe también tener ciertas actitudes profesionales y humanas que le permitirán en una situación concreta proporcionar atención de Enfermería al individuo tanto *sano como enfermo, familia y comunidad.*

Los conocimientos de la materia, las prácticas y las actitudes específicas habrán de lograrse durante el semestre, incrementando las capacidades intelectuales, motoras y afectivas durante la práctica clínica.

La confrontación de la alumna con la práctica clínica específica, implica a la profesora la necesidad de planear la experiencia de aprendizaje mediante la preparación de la alumna para el desempeño activo, reflexivo y responsable de las funciones que le serán asignadas para que no ponga en riesgo la integridad de

los pacientes y la suya propia; esto requiere la supervisión continua de los alumnos por parte de la profesora.

Por otra parte, los elementos de la Enseñanza Clínica que debe de considerar la profesora son respecto al campo clínico en donde acompañará a la alumna en su práctica, este campo es designado por la coordinación con opinión de la profesora que realiza previamente un estudio de campo clínico, el cual debe facilitar la Enseñanza a través de los recursos humanos y materiales.

La profesora debe de tener en cuenta que no sólo trabajará con las alumnas sino que tendrá que mediar con el personal médico y de Enfermería para que instrumente el programa y facilite a las alumnas la Enseñanza-Aprendizaje, así como con las autoridades del campo clínico. También tomará en cuenta la adecuación de los servicios para la distribución de alumnas.

Para apoyar la Enseñanza Clínica, existen instrumentos que facilitan el control de las actividades de docentes y alumnas como son: *guías de orientación, hojas de seguimiento y evaluación, manuales, instructivos, etcétera.*

Algunas técnicas utilizadas en Enfermería para la Enseñanza Clínica son:

- *La demostración que conjunta la exposición verbal con la ejecución* realizada por la docente o por el personal de servicio y la aplicación efectiva por la alumna.
- *Supervisión de la docente a la alumna* en el servicio frente al paciente.
- *Elaboración del Proceso Atención Enfermería* para la realización del diagnóstico de Enfermería de un paciente, por lo que deberá la profesora impartir la teoría que fundamenta el Proceso, el método de resolución de problemas, el método de toma de decisiones, los que articulados en la Enseñanza Clínica, facilitarán la elaboración de Planes de Atención.
- Otra estrategia es la lectura sistemática del expediente clínico.
- La Enseñanza Tutorial es una técnica de la Enseñanza Clínica que favorece la interrelación docente-alumno.

Las actitudes que se producen al interactuar la alumna con un paciente dependen de una buena Enseñanza Clínica, la docente y la alumna deberán empezar por conocerse, qué sentimientos le genera el enfrentarse a situaciones de *salud*,

enfermedad o muerte, de qué manera sus propios problemas afectan su relación con el paciente, personal, alumna, profesora.

La *docente* deberá, mediante la asesoría individual, fomentar actitudes personales y profesionales que permitan *interactuar de manera efectiva al alumno, paciente, equipo de salud y grupo*.

Dentro de los aspectos de evaluación como *proceso de Enseñanza Clínica* que implica a la *alumna, docentes, institución educativa y campos clínicos*, la profesora Silvia Nicolás señala algunos aspectos a analizar de la evaluación de la práctica clínica:

- *Falta construir la propia disciplina de Enfermería* que permitiría una real interdisciplinariedad.
- La docente tiende a *mantener estrategias propias de la didáctica tradicional* en un sistema modular en donde la alumna debe de ser más activa.
- *Hay poco tiempo para que la docente conozca a los pacientes*, la dinámica del servicio y al personal, sobre todo en los grupos en donde asisten dos o cuatro días a la semana
- A la alumna que ingresa a módulos clínicos le *faltan elementos teóricos y metodológicos*.
- La adopción casi inmediata de la alumna de *actitudes rutinarias y deshumanizadas* además de poco profesionales que se promueven por el personal del servicio.
- Hay una *escasa o nula participación de la alumna* en la realización de procedimientos de otras disciplinas, sobre todo a nivel de procesos de investigación, detección y toma de decisiones.
- *Hacen falta programas de formación y actualización docente* y educación continúa en servicio, dirigidos al personal docente y personal de campos clínicos.
- *Más que señalar procedimientos de Enfermería hay que enseñar la lógica de tales procesos*, con esto se aseguran nuevas posibilidades de relación docente-objeto-alumna, colocándolos en una perspectiva activa

De la Función Docente

La docencia es un *acto humano, social, reflexivo, analítico, contradictorio y conflictuado* en lo individual de cada docente y en cada situación particular de la enseñanza (Nicolás, 1994).

También es *un acto creativo*, inscrito en un proceso dialéctico complejo, con elementos conscientes e inconscientes que determinan la práctica real.

A la función docente se le define como *"el conjunto de acciones realizadas dentro de una institución por el sujeto de la docencia, el maestro durante el proceso enseñanza- aprendizaje, considerando a este como proceso social determinado por las características personales, académicas e ideológicas del docente y por la currícula"*.

La función docente en el caso de Enfermería se ejerce en instituciones educativas, universitarias, gubernamentales y hospitalarias.

La docente inscribe su *acción pedagógica* en vivencias particulares que conforman su actitud con los alumnos

Es determinante para la actitud de la *profesora*, lo que ella aprendió sobre la enseñanza cuando fue estudiante ya que guía su sentido común al acercarse al grupo.

Las actitudes en el *acto de la docencia* son determinadas también por la ausencia o presencia de *elementos formativos de didáctica*.

A través de lo anterior, la docente define su *concepción de docencia, de aprendizaje, de enseñanza, de alumno, de conocimiento*, etc. que a veces sin saberlo, determinan su práctica docente en relación al *nivel de estrés y su relación con los roles de género*.

Con respecto a lo anterior, considero necesario expresar algunos comentarios que hacen las profesoras entrevistadas y que tienen que ver con el tema de la tesis.

La maestra Paulin comenta : "todo aprendizaje produce estrés, tanto en práctica como en teoría, se siente estrés en los campos por las rutinas propias que tienen con el personal".

Cristina Escamilla sostiene que "el estrés depende de cómo lo maneje la profesora, yo si me estreso en campo clínico, más que en aula", " se evalúa por la calidad de enseñanza clínica el desempeño del alumno".

La maestra Brandi afirma que "el estrés, se vive con él, los alumnos viven con mayor estrés durante su práctica". En relación al docente, se le evalúa en relación a si fue capaz de transformar al alumno, en el alumno se sabe la propia evaluación".

Otro comentario interesante que tiene relación con la Enseñanza Clínica es respecto al promedio de calificación con el que egresan los alumnos de la Carrera de Enfermería que varía entre 7 y 8, y el porcentaje de deserción que hay cada semestre, considero que todo esto tiene que ver con la *calidad educativa* de la escuela.

Para terminar el capítulo quiero hacer algunas precisiones que tienen que ver con el tema. En un estudio realizado en profesoras enfermeras por Morris, 1995 (Fernández, 1998) identificadas por sus propias compañeras como las más efectivas en su desempeño, se demostró a partir de una metodología cualitativa que estas docentes se describían a sí mismas en sus múltiples roles como *profesionales, madres, esposas, miembros de la comunidad, hijas y parientes*. Cabe destacar como una característica fundamental que las enfermeras se consideraron conectadas internamente entre sus diferentes roles. Al analizar sus actividades se identificaron sus roles de docente, enfermera, esposa y madre en interacciones constantes. Otro hallazgo fue que sus actividades se enfocaban más hacia un *otro (estudiante, paciente, hijo)*, aspecto

que tiene relación con un estudio realizado en México (Lartigue y Fernández, op. Cit.) en donde *al querer ser enfermera se estudia para ayudar a otros*

Por otra parte, existen otros elementos que pueden influir en el trabajo docente de Enfermería, en especial de las profesoras que tienen otro empleo en un hospital o que realizan actividades de ama de casa. En lo que respecta a las *profesionistas académicas* existe una *disociación entre el trabajo remunerado y no remunerado*, éstas como enfermeras de hospital llevan la responsabilidad de realizar su "trabajo invisible" por un lado y por el otro remunerado principalmente de tipo

intelectual, por lo tanto debe de existir una coordinación para cumplir con la demanda de las dos instituciones, *la familia y la universidad*, esta última exigiéndole una dedicación total con el fin de *generar conocimiento y cultura*.

El hecho de que los recursos de tiempo y de energía emocional que requiere el individuo para cumplir con este tipo de instituciones causa desequilibrios, se vive en ambos papeles con *conflictos, la culpa, la frustración y la angustia en el manejo de tiempo* dedicado a ambas responsabilidades pudiendo causar como consecuencia, el estrés y conflicto de roles, entre otras cosas.

Otro aspecto a considerar en la Enseñanza de Enfermería es la doble jornada de trabajo y las condiciones de salud en que se ven involucradas las mujeres profesionistas enfermeras, tal como ya se describió en el Capítulo 1. Respecto a la doble jornada de la mujer, el trabajo que realiza *tanto en el hogar como fuera de éste*, conlleva a una situación de deterioro tanto para su salud física como psicológica, produciendo déficit en su desempeño académico.

El trabajo académico es considerado "privilegiado", idea que se refuerza por el entendimiento de que su realización implica menor trabajo físico, menos pesado, que se encuentra en uno de los puestos mejor pagados en el mercado de trabajo, con una tendencia a lograr mayor estabilidad laboral, aunque en realidad en la carrera de Enfermería esto se cuestiona debido a las condiciones descritas anteriormente.

Para concluir, considero que para tener conciencia de que existen características comunes para lograr la *comunicación intergremial* y desarrollar un *sentido de pertenencia e identidad profesional* y mejorar así el desempeño laboral, además de lograr una excelente formación en las futuras profesionales de la Enfermería, se requiere entre otras cosas, crecer en la homogeneidad de la profesión, la conciencia en la condición de género y la orientación humanitaria del trabajo de Enfermería.

CAPITULO 5.- PROGRAMA DE INOCULACION DE ESTRES PARA ENFERMERAS.

5.1 Antecedentes.

La Inoculación de Estrés surgió a principios de los años setentas con Meichenbaum cuando la *terapia de conducta* se estaba ampliando para incluir procesos cognitivos y de autorregulación. Él emplea un *modelo de amplio espectro para la comprensión y el tratamiento de los problemas*. Enfatiza las complejas relaciones interdependientes entre los *factores afectivos, fisiológicos, conductuales, cognitivos y sociales/ambientales* (Deffenbacher, 1991).

El objetivo del tratamiento es inducir cambio en tres áreas:

1.- Se centra en modificar *la conducta* de los pacientes. Se identifican y cambian las conductas desadaptativas y se alientan las adaptativas.

2 - *La actividad autorreguladora* . Se dedica la atención a los autoenunciados, imágenes y sentimientos que interfieren con el funcionamiento adaptativo. Su objetivo es reducir la frecuencia y/o impacto de las cogniciones desadaptativas como la interpretación distorsionada. Y los sentimientos perturbadores como: *la depresión y la ansiedad*, que pueden interferir en el afrontamiento eficaz. Y se procura facilitar las cogniciones adaptativas y los sentimientos positivos, por ejemplo: *la solución de problemas*

3.- Las estructuras cognitivas que son las suposiciones y creencias tácitas que constituyen la forma habitual de representarse a sí mismo y al mundo, por ejemplo: cuando una persona cree que los otros le quieren hacer daño, entonces por ello se comporta desadaptativamente.

El procedimiento del tratamiento ha sido diseñado para facilitar las valoraciones adaptativas (fase de conceptualización), ampliar el repertorio de respuestas de afrontamiento (fase de adquisición y práctica de habilidades) y para alentar la confianza del paciente y la utilización de las habilidades que ha adquirido (fase de aplicación y seguimiento)

Es importante considerar algunos aspectos del programa

- El *entrenamiento en inoculación de estrés* puede integrarse con otras intervenciones como *procedimientos médicos, fisioterapia, orientación vocacional, y creación de grupos de autoayuda*.
- Es necesario establecer con el paciente una relación de colaboración desde el inicio para que rinda buenos efectos.
- Es importante que el terapeuta tenga en cuenta que los distintos pacientes se enfrentan a las situaciones de diversas maneras.

La terapia está conformada por tres fases:

Primera fase: Conceptualización.

Aquí se hace la recolección e integración de datos del paciente para:

- *Identificar los determinantes* del problema que pueden clasificarse como situacionales, conductuales, cognitivos, afectivos y fisiológicos, esto se puede hacer mediante la entrevista, la reconstrucción imaginaria, el autorregistro y la observación conductual.

- *Distinguir entre fallo en el rendimiento y déficit en la habilidad.*

- *Formular un plan de tratamiento: análisis de la tarea.*

- *Segunda fase: Adquisición y práctica de las habilidades.*

El objetivo de esta fase es asegurar que el paciente desarrolla la capacidad de realizar eficazmente las respuestas de afrontamiento.

Aquí se entrena en habilidades instrumentales de afrontamiento, por ejemplo: *comunicación, asertividad, solución de problemas, habilidades de estudio, de paternidad.*

También se puede entrenar en habilidades de *afrontamiento paliativo* como: *toma de perspectiva, empleo de los apoyos sociales, expresión adaptativa de las emociones y relajación.*

Procurar el desarrollo de un amplio repertorio de habilidades de afrontamiento para facilitar la flexibilización de las respuestas.

Respecto a la práctica de las habilidades se intenta facilitar la integración uniforme y la ejecución de las respuestas de afrontamiento, mediante el uso de la imaginación y del *role-playing*.

El entrenamiento en autoinstrucciones para desarrollar los mediadores que regulan las respuestas de afrontamiento.

Tercera fase: Aplicación y seguimiento.

Su objetivo es poner en práctica las respuestas de afrontamiento y lograr que el paciente obtenga cambios en las situaciones cotidianas además de aumentar las probabilidades de que el cambio se generalice y sea perdurable.

En esta fase se requiere impulsar la aplicación de las habilidades, esto se hace para: *preparar la aplicación, empleando imágenes de afrontamiento, utilizando anteriores indicadores de estrés como señal para el afrontamiento.*

Realizar role-playing de:

- a) situaciones que provocan estrés y que se anticipan, así como
- b) emplear al paciente como instructor de otra persona que presente un problema similar.

La actitud de "role-playing" puede adoptarse en la vida real.

Utilización de la *exposición gradual* y otras ayudas de estimulación de las respuestas para facilitar las respuestas en vivo y la elaboración de la autoeficacia

Establecer revisiones de seguimiento.

5.2 Justificación del programa de inoculación.

Con base en la descripción del capítulo II sobre estrés, se plantea el siguiente programa con la finalidad de aportar elementos que ayuden a las profesoras enfermeras a realizar mejor su trabajo profesional y llevar una vida personal equilibrada.

Como ya se observó, dentro de la Psicología Experimental existen diversas corrientes que permiten comprender el comportamiento humano entre las que destacan la Modificación de Conducta, que se fundamentan en la teoría y la investigación sobre el aprendizaje social.

En este sentido cabe destacar que el estrés, como problema de la sociedad moderna y contemporánea, afecta directamente la vida del ser humano y tiene muchas causas.

Para quienes vivimos en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, realmente es estresante debido a la excesiva concentración poblacional y a las condiciones socioeconómicas y políticas actuales.

En este ámbito cabe destacar el enfoque terapéutico de "Adiestramiento en Inoculación de Estrés" como una alternativa en la prevención y control del mismo, ya que permite cambiar conductas desadaptativas y estimular las adaptativas.

Este programa se enfoca al personal de Enfermería, debido a que en su práctica profesional se ocasionan altos niveles de estrés por las áreas críticas en que labora, tales como: terapia intensiva, hospitalarias, urgencias y traumatología, entre otras.

Considerando que en la Profesión de Enfermería, la mayoría son del sexo femenino, y se enfrentan a doble jornada de trabajo tal como se analizó en los capítulos 1 y 3, se propone el siguiente programa en Inoculación de Estrés como una alternativa de apoyo para mejorar la salud de las docentes de Enfermería de la ENEP-Iztacala.

Cabe destacar que el presente programa es una propuesta de intervención que no fue aplicada por las condiciones de huelga en que se encuentra la Universidad Nacional. Sin embargo, confío en poder implementarlo en cuanto existan las condiciones y poder continuar la investigación para aportar nuevos conocimientos a las docentes-enfermeras para realizar un mejor trabajo profesional.

Objetivo General: Proporcionar habilidades a las docentes enfermeras para adaptarse a su vida cotidiana y laboral, mediante el entrenamiento en inoculación de estrés.

Objetivos específicos: Entrenar a las Asistentes de Enfermería en técnicas de afrontamiento y autocontrol en el manejo del estrés.

-Entrenar a las Asistentes en el manejo de habilidades sociales para una mejor relación en su vida cotidiana y laboral

Metas:

- Disminuir los niveles de estrés en las Enfermeras

Identificar diferentes métodos de solución de problemas.

- Integración del estrés, en su vida personal y familiar, como un proceso inherente en la vida cotidiana

Diseño de intervención.

Sujetos: enfermeras docentes de la ENEP-Iztacala.

Edad: 35-50 años

Escenario: aulas de la Escuela.

Sexo: femenino

Procedimiento: se invitará a las personas que deseen asistir al Programa con el objetivo de mejorar su salud, mediante la invitación de la Coordinación de Enfermería.

El Programa se enfocará en la atención de dos áreas: manejo del estrés y técnicas de autocontrol.

Se evaluará a la asistente a través del Inventario de estrés cotidiano.

Se valorará la posibilidad de conformar grupos de trabajo, además de la terapia individual

El tiempo será de 5 sesiones de tres horas cada una.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA POR SESIONES:

1ª.-Evaluación y entrevista inicial. Introducción. Información del contenido del programa.

Aplicación del inventario.

Fase I: conceptualización sobre la naturaleza del estrés y su impacto en la enseñanza clínica.

Intensidad del estrés (ansiedad y tensión): esto se hará mediante cuestionarios y autorregistros de esas situaciones.

2ª.- Inicio de ejercicios de respiración profunda dirigida.

Ejercicios de relajación con musicoterapia y expresión corporal.

Integración grupal de experiencias.

3ª.- Fase 2. *Adquisición y práctica.* El objetivo de esta fase es ayudar a las profesoras a practicar sus habilidades de afrontamiento.

Adiestramiento Esta fase consistirá en módulos de 15 minutos de trabajo mental, mediante la visualización de imágenes mentales en la cuales hayan sentido un nivel elevado de estrés, alternado con ejercicios de respiración y repetición de pensamientos positivos (autoafirmaciones). Se complementará con ensayos "in vivo" en el campo clínico (o laboratorio) durante el cual se ensayan ciertas habilidades específicas de afrontamiento (relajación, centrado de la atención, reestructuración cognitiva en forma de afirmaciones mentales reductoras del estrés, u otras técnicas cognitivas conductuales).

Posteriormente un aspecto importante del adiestramiento es que cada participante (profesora/enfermera) lleve un cuaderno antiestrés en el que anotará autoafirmaciones productoras de estrés y un sustituto antiestresante para cada uno, esto formaría la base para la práctica y el ensayo posterior.

Se realizarán ejercicios de relajación profunda.

4ª.- Fase 3. *Aplicación y consolidación.*

Terapia de actividades.

5ª.- Fase 4. *Mantenimiento y seguimiento.* El propósito en esta fase es motivar a los asistentes para que lleven a la práctica las respuestas de afrontamiento a las situaciones de la vida diaria; aquí se utilizarán técnicas como el *ensayo imaginado* y la *representación de papeles* para que aprendan a auto-observarse (Ejercicios de visualización).

Las habilidades de afrontamiento variarán según las características del grupo y pueden incluir habilidades de comunicación, movilización de apoyos sociales y control de la cólera.

Ejercicios de respiración y relajación.

5ª.- Fase 4. *Mantenimiento y seguimiento.*

Antiestrés para juego de roles y ensayo, la intención de ésta es dar seguimiento del programa y aportar elementos para generar programas de prevención.

Lo benéfico del programa no es solo la descarga de emociones, sino que se pueden utilizar las nuevas experiencias de las profesoras como un medio para

lograr una unterpretación más adaptativa de lo que les sucedió y ayudarles a conseguir de nuevo la sensación de que son eficaces, reforzando su autoestima y contribuir así a mejorar la Enseñanza Clínica.

Establecimiento de metas personales a corto, mediano y largo plazo.

METODOLOGIA

Después de hacer la integración teórica de la investigación, procedo a describir la metodología que se utilizó para recabar datos para la comprobación de hipótesis.

Diseño de investigación: cuasiexperimental-observacional.

Recursos Humanos: para el estudio se trabajó con una muestra de 40 sujetos, de la Carrera de Enfermería de la ENEP Iztacala, seleccionados de módulos clínicos y metodológicos correspondientes al 2º, 3º, 4º, 5º y 6º semestre; dicha muestra corresponde al 40% de la población total del personal de Enfermería en esta Carrera.

Recursos Materiales: se utilizó el servicio de cómputo del centro Mascarones de la UNAM, papel, lápices, formatos de inventarios, diskettes, grabadora.

Sexo: femenino.

Edad: 28 a 66 años.

Estado Civil: se consideraron los estados: *casada, soltera, viuda y divorciada.*

Escenario: campos clínicos en donde realizaban prácticas (hospitales y clínicas) y lugares en donde realizaban sus juntas de módulos (casas particulares, restaurantes) durante el periodo de huelga.

Instrumentos: se utilizó el "inventario de estrés-género" (revisión de experiencias de vida) elaborado mediante la integración y revisión bibliográfica así como de asesoría académica.

Entrevista dirigida a informantes claves como docentes enfermeras, iniciadoras en el desarrollo de la Carrera de Enfermería en la ENEP, que proporcionaron sobre todo aspectos históricos.

Procedimiento: durante la búsqueda de la información para los capítulos de la tesis se realizó una investigación sobre inventarios referentes al tema, encontrando realmente poca información sobre estrés y género específicamente en el área de Enfermería, y después de la búsqueda se decidió integrar un inventario de estrés con base en dos instrumentos. "inventario de estrés cotidiano" y "life experiences survey", con éstos y la revisión bibliográfica se integraron preguntas específicas para estrés.

Para las preguntas de género se realizó una consulta en documentos sobre el tema, pero se encontró muy poco en relación a Enfermería. Se identificaron algunos estudios realizados por Olga Bustos, además de otros documentos revisados que permitieron elegir preguntas para la integración del inventario que se realizó, finalmente llamado "inventario de estrés-género" (revisión de experiencias de vida) que se orienta específicamente a mujeres, enfermeras, docentes, se integró con 54 preguntas y datos generales (se puede ver en anexos de la tesis).

Se hicieron varias revisiones antes de la primera aplicación a un grupo de 10 profesoras para recibir sus aportaciones a la estructura del inventario y realizar las correcciones necesarias. Estas profesoras fueron de la Carrera y se eligieron por tener conocimientos en el área de investigación debido al nivel profesional de maestría que tienen.

Ya corregido el inventario con observaciones de la tutoría se inició la aplicación.

Inicialmente se decidió aplicar a la población total de 85 docentes enfermeras de la plantilla del personal de la Carrera, pero debido a las condiciones originadas por la huelga en la universidad fue difícil localizar al cien por ciento de las docentes y fue así que se decidió limitar el número a 40 personas correspondiente al 47% de la población total.

Ya obtenidos los datos de los 40 inventarios aplicados, se procedió a capturar la información en cuadros computarizados con el programa SPSS8

Posteriormente se hicieron cuadros con los datos generales y las variables directas e indirectas relacionadas con roles y socialización de género y estrés respectivamente.

A continuación se separaron las preguntas por variables y se contabilizó para después realizar correlaciones de Spearman's y así analizar los datos.

Para finalizar, se obtuvieron *frecuencias, porcentajes y validez de reactivos, medias, modas y desviación estándar así como los rangos mínimos y máximos.*

RESULTADOS

Después del análisis de la información se encuentran datos muy interesantes que a continuación se describen:

Cabe resaltar en primer lugar que para la aplicación de inventarios no fue fácil encontrar a las docentes debido a la dificultad para ubicarlas en los campos clínicos y aulas prestadas por otras instituciones ajenas a la universidad, por la situación de la huelga.

Por tal motivo se decidió aplicar sólo 40 inventarios que corresponde al 47% de la población total de docentes enfermeras.

Se hace la aclaración de que sólo se trabajó con mujeres debido a que en la Carrera existen sólo 4 docentes enfermeros y no se trabajó con profesoras que aunque imparten clases en la Carrera tienen profesiones diferentes a la de Enfermería.

Algunos otros problemas para la recolección de datos fueron:

- dificultades en el escenario de aplicación, debido a que encontraba docentes en la calle y les pedía su colaboración para contestar el inventario, esto causaba un poco de incomodidad.
- Hubo cuestionarios que no fueron resueltos en datos generales, por lo que fueron descartados.
- Un aspecto importante para la justificación de hipótesis fue que la mayoría de las personas que respondieron el inventario no se encontraban en ese momento en actividades normales, debido a que no hubo suficientes grupos de alumnos para

laborar su jornada, así que el estrés y los roles de género no se viven de la misma manera que al estar en jornadas laborales normales.

- Pude observar que muchas de las respuestas no fueron ubicadas en el tiempo solicitado de 24 meses, sino que contestaban con base a cómo se encontraban al momento de su aplicación.

- Otro dato encontrado es que existen muchas personas que contestaron el inventario y que no tienen hijos o son solteras, o en ese momento sus hijos ya son mayores de edad y por tanto, los aspectos de género y estrés se ven influenciados para el propósito de la investigación.

Considero que los aspectos comentados anteriormente tienen que ver con los resultados de los inventarios.

La descripción estadística, como se ve en la tabla 1 que se encuentra en anexos, es la siguiente:

Para la edad se observa la mínima de 28 años y la máxima de 66 años con una media de 46 a 47 , aquí es importante relacionar estos datos con la antigüedad ya que la media es de 14 años, lo cual quiere decir que la mayoría de la población estudiada empezó a laborar en la UNAM a una edad joven y este dato tiene que ver con la edad en que comenzaron a laborar en Enfermería, en donde la media es de 20 años aunque hubo datos desde 14 años mínimo. También se puede notar que la mayoría de las docentes son personas maduras que con una buena orientación podrán hacer aportaciones importantes al futuro de la profesión.

Respecto al número de hijos fue de cero a 6 con una media de 2 hijos, lo que tiene que ver con el cumplimiento en la responsabilidad de la crianza de los mismos y de las actividades docentes, aspectos que tienen que ver con el género y el estrés.

Del estado civil se reporta la media de 2, es decir, que la mayoría de las profesoras de la Carrera son casadas, aspecto que tiene que ver con la percepción de los roles de género y de cómo lo socializan entre las docentes y con sus alumnas, además de relacionarse con la calidad de la enseñanza clínica.

En el nivel profesional la media fue de 2 que corresponde a licenciatura, cabe mencionar que se consideraron cuatro escalas en éste rubro: técnico, licenciatura, pasante de maestría y maestría.

Es importante comentar que en el año de 1997 se impulsó a un grupo de aproximadamente 50 docentes a concluir el bachillerato y en 1998 parte de ese grupo concluyó su complementario de licenciatura. Es por esto que la escala muestra que la población estudiada cuenta con el nivel de licenciatura. Sin embargo hay que destacar que durante el periodo de 1975 a 1996 la mayoría del personal no contaba con la licenciatura y el bachillerato, aspecto que tiene que ver con la calidad de la enseñanza y la profesionalización de la Carrera.

Respecto al dato de que si trabaja en otra institución, el máximo es de 1.0 y la media es de .3 lo que significa que actualmente la gran mayoría de las profesoras sólo se dedican a su práctica docente en la UNAM. Puede ser por este motivo que los datos no son más significativos, ya que viven una doble jornada laboral. Sin embargo hubieron datos que confirmaron que existen docentes que tienen dos trabajos institucionales además de ser madres y amas de casa.

En la tabla 2 se puede observar la correlación de Spearman's con las variables directas e indirectas que corresponden a estrés, roles y socialización de género en donde la significación es importante especialmente para los roles de género de .786, para estrés de .499 y para socialización de .469.

Estos datos dan este valor de significación lo cual nos dice que si hay estrés aunque no es reconocido como tal por las docentes que contestaron el inventario. También los valores para género rol y género socialización nos muestran que en las preguntas realizadas sobre estos temas, en las docentes sigue prevaleciendo la percepción de una cultura enseñada por hombres y donde ellas tienen que seguir con algunas tradiciones en la asignación de roles y en su percepción del género.

Considero que estos datos podrían ampliarse si la docente se encontrara en jornadas laborales normales.

A continuación realizo un vaciado de los datos más relevantes, después de analizar la tabla de correlación de todas las preguntas que por su extensión no las anexo, pero que proporcionaron datos significativos para la comprobación de objetivos e hipótesis. Es importante destacar que todos los datos hallados podrían haber sido más relevantes si los inventarios se hubieran aplicado al 100% de docentes enfermeras de la Carrera; por otra parte es necesario destacar que se presentaron dificultades para la aplicación de inventarios por la situación de huelga en la Universidad.

Cabe aclarar que se consideró en la correlación de Spearman's el coeficiente r y los datos más significativos que se obtuvieron fueron de .5, .6, .7, y los menos relevantes de -.2.

Los datos más significativos fueron:

- en la pregunta 3 en correlación con la pregunta 1 correspondiente a cambios importantes en los hábitos de sueño y alimenticios respectivamente, la correlación fue de .623, lo que nos refiere que si hay cambios que tienen que ver con la situación de estrés y que alteran la vida de las docentes.

- Otro dato es la pregunta 4 con la pregunta 6 que correspondió a .393 y que tiene relación con aspectos de género y estrés. Estas preguntas se refieren a la realización profesional y la vida sexual satisfactoria; es importante recordar que la mayoría de las docentes de la muestra son casadas y que hace tres años alcanzaron la mayoría de ellas el nivel de bachillerato y licenciatura. Es decir, por un lado las docentes se profesionalizaron aún con las dificultades en la familia por los tiempos requeridos para el estudio.

- La correlación de la pregunta 13 con la 12 tuvo un valor de .404 y se refiere a aspectos de socialización de género donde manifiestan las docentes en sus respuestas que hay poco reconocimiento y apoyo al desempeño de trabajo en la UNAM.

- La correlación de la pregunta 17 con la 16 obtuvo un valor de .612 y se refiere a estrés y socialización de género con las preguntas: ¿Toma pastillas para los nervios?, y ¿Siente que su persona no tiene valor ante los demás?. Las respuestas a estas preguntas son significativas ya que mostraron que a algunas de las docentes les falta mejorar su autoestima.

La pregunta 27 en correlación con la 5 obtuvo un valor de -.279 y tiene que ver con el estrés y los dos aspectos de género estudiados, sin embargo esto muestra un valor bajo y quiere decir que el esposo acepta la condición de la mujer con su doble jornada, por tal motivo muy probablemente no hay discusiones con su pareja, además de que la mayoría de las docentes se conciben con una mejor apariencia personal.

* En la pregunta 19 con su correlación con la pregunta 15 el valor fue de .523 y significa que si presentan estrés físico y psicológico

* Otro dato relevante fue la correlación de la pregunta 30 con la 25 con un valor de .747 que corresponde a la percepción de la maternidad y que muestra la cultura del género

arraigada tradicionalmente. También la correlación de la pregunta 30 con la 29 que tuvo un valor de .776 tiene que ver con los hijos; estas dos correlaciones nos muestran que la cultura del género, vista tradicionalmente, prevalece en las docentes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Considero importante relatar en este apartado algunos aspectos que sobresalen en toda la investigación, inicio con los aspectos de la cultura de género que mostró el inventario; como se mencionó en los resultados respecto a que las docentes tienen un nivel académico de licenciatura y maestría y aún así siguen concibiendo que los roles asignados son parte de la mujer, aspecto que impide reconocer un valor mayor a su profesión y a su persona como mujeres.

Se puede observar en los resultados que aún existe en las docentes de Enfermería una cultura del género concebida como tradicional ya que falta concientizar en ellas la nueva figura de la mujer respecto a la maternidad, la doble jornada, los roles asignados, la profesionalización, etcétera.

Estos aspectos tienen que ver con la ideología de la enfermera, que médicos, maestros u otros hombres han inculcado a muchas mujeres enfermeras como lo comenta Hernández Tezoquipa (1988) como ya se describió en el capítulo 1, en parte han sido ellos quienes han logrado que permanezca la misma cultura de la enfermera durante años.

Por otro lado, me atrevo a decir que la familia y la misma profesión han influido para que prevalezca ésta cultura.

Respecto a los aspectos de estrés, durante el contacto con las docentes en el transcurso de ésta investigación y cotidianamente durante los doce años que tengo laborando en la Universidad puedo decir que existe estrés en ellas aunque no son concientes que lo tienen

porque lo confunden con ansiedad, angustia u otras situaciones mentales. Sin embargo, las causas de su estrés tiene que ver mucho con la doble jornada y las características propias de Enfermería que se desarrollan en los hospitales y clínicas donde supervisa o trabaja, influenciados estos aspectos con su rol de madre, esposa, hija, docente o enfermera.

Así, los datos apoyan la hipótesis sobre la relación que tiene la percepción de los aspectos de género con el estrés y que sí tiene repercusiones en la enseñanza clínica. Como se comentó en el capítulo IV sobre la trayectoria de la Carrera y podría ser interesante hacer una investigación con las alumnas de la Carrera durante 1975 a la fecha sobre la calidad de la enseñanza y poder así ver si han tenido que ver estos aspectos de género y estrés en la enseñanza.

Por otro lado, creo que los objetivos sí se cumplieron en conocer las causas y consecuencias del estrés y su relación con los aspectos de género sólo que no se pudo implementar el programa de Inoculación de estrés por no existir las condiciones para hacerlo.

Considero que ésta investigación ha generado diversas propuestas debido a la poca existencia de información sobre el tema en el campo de la Enfermería, por tanto, muchas de las conclusiones serán más bien puertas de entrada a nuevos estudios que permitirán perspectivas a los problemas existentes.

Por una parte creo que el contexto del género debe definirse y reestructurarse en conjunto con una visión de igualdad política y social que comprenda no sólo el sexo, sino también la clase social y la etnia.

Una invitación que hace Graciela Hierro y la comparto con ella es, respecto a la necesidad de una lucha común de las mujeres y las enfermeras por la superación mediante el esfuerzo

personal, revolucionando la formación académica y práctica (aspectos externos de ella); también piensa que la obligación política de las mujeres de nuestro tiempo es alcanzar el nivel de excelencia que a cada una corresponde al desarrollar nuestra propia capacidad y ejercerla en la solidaridad con todos, esto contribuirá al cambio de las estructuras y las instituciones patriarcales, que oprimen a mitad de la humanidad: las mujeres.

Por otro lado considero que la mujer también necesita revolucionar aspectos internos como, el conocimiento y aceptación de sí misma en sus actitudes y conductas mediante la concientización del origen de su profesión y de su vida como mujer y enfermera.

También Olga Bustos llega a una conclusión que considero muy importante destacar y es respecto a que la difusión de los medios de comunicación masiva debe cambiar ya que contribuye a reforzar y perpetuar los roles de género asignados a la mujer (de esposa, madre y ama de casa) y yo agregaría que de enfermera también, en donde las imágenes presentadas enfatizan el valor de la mujer por su cuerpo y sus características femeninas, haciendo a un lado sus valores éticos, psicológicos y capacidades profesionales

En México se requiere avanzar en el rescate del valor de la mujer y la enfermera, es importante atender esto desde una perspectiva de género ya que las circunstancias de la sociedad contemporánea nos han hecho aceptar como una norma ordinaria la profunda infelicidad de la mujer, su angustia y sus problemas mentales.

El matrimonio, las relaciones familiares, el embarazo, la maternidad, el divorcio, el trabajo y la profesión tienen un profundo impacto sobre la salud mental de la mujer. Aunado a lo anterior generalmente la enfermera realiza una doble jornada laboral, no siempre por gusto hacia el trabajo, sino por las necesidades económicas en su familia

En otros aspectos, la Enfermería en México todavía se encuentra en una etapa incipiente en sus sistemas conceptuales que se manifiesta al contar ya con diferentes modelos y teorías, pero sin embargo este avance no es suficiente debido a la necesidad de realizar investigaciones científicas para lograr un mejor desarrollo de los paradigmas de enfermería y conformar así un sistema teórico que permita ofrecer alternativas de trabajo y superación profesional para las enfermeras. Además, la heterogeneidad del gremio puede ser enriquecedora al conjugarse una diversidad de enfoques, conocimientos y variantes para enfrentar la labor estresante de Enfermería.

Respecto a lo anterior, una sugerencia que yo hago como producto de esta investigación es que las escuelas de Enfermería investiguen y analicen su estructura organizacional y cultural con el objetivo de evaluar si facilitan la integración de roles en el personal docente, y si los valores de la institución apoyan a la enfermera para mantenerse en un estado de equilibrio personal interno.

En este sentido quiero destacar que las líneas y prioridades de investigación son aspectos difíciles de desarrollar en la ENEP-Iztacala sin investigadoras suficientes en la Carrera de Enfermería, sin espacios institucionales y sin financiamiento suficiente. Es por esto que las enfermeras que laboran fuera de instituciones educativas y que realizan investigación sobre aspectos del gremio, son pocas y lo hacen a costa de un esfuerzo adicional y difícilmente cuentan con tiempo dentro de su jornada laboral.

Como resultado de esta investigación y retomando mi experiencia como docente de enfermería en la ENEP-Iztacala, he identificado las siguientes propuestas:

- Durante la selección del personal, es necesario realizar estudios psicológicos para conocer el perfil de personalidad de las enfermeras que pueden hacer un mejor manejo del estrés, y favorecer así la ubicación adecuada en las diferentes áreas de atención.

- Es indispensable instaurar un servicio institucional que proporcione atención psicológica a las enfermeras para ayudar a integrar su vida y actividades con el estrés.
- Se requiere implementar programas de Inoculación de estrés como método de prevención y curación.
- Realizar entrevistas de evaluación tanto a aspirantes a estudiar como a trabajar en la Carrera de Enfermería (a nivel servicio, docencia, investigación y administración) con el fin de desarrollar programas que mejoren su autoestima como la percepción de sí mismas y prevenir así futuras alteraciones emocionales, como la depresión y otras enfermedades psicosomáticas.
- Hacer entrevistas de historias de vida y/o autobiografía para procesos de construcción de identidad en donde se exploren las condiciones de vida tanto en el trabajo como en el hogar, ya que éstos reflejan riesgos de tipo psicológico
- Llevar a cabo la planeación de cursos, conferencias y pláticas sobre aspectos de género en donde las enfermeras como mujeres, concienticen sus roles y cómo los socializan con su entorno, ayudando a transformar aspectos de su vida y de su profesión
- Revisar en grupos de academias la congruencia del plan de estudios, qué hace la docente para la aplicación de la enseñanza y cómo se hace la homogeneización, ésto se puede hacer también con la formación de equipos académicos para compartir sus técnicas didácticas implementadas durante la enseñanza.

Considero que la Enfermería se realizará plenamente cuando las propias enfermeras ejerzan el control de sí mismas y de su profesión propiciando así cambios necesarios e importantes

REFERENCIAS BIBLIOHEMEROGRÁFICAS

1. Antrobús, P., (1993), Enfoque de género en los sistemas de atención de salud. el caso del caribe, Publicación científica No. 541, OPS, EUA, pp. 19-24.
2. Appley y Trumbull (1967); citado en: Hamberger; L. K. ; Lohr, J. M.; (1984) Stress and stress management.; Springer publishing Co. N. Y., cap 2, pp.1-37.
3. Arnold (1967); citado en: Hamberger; L. K. ; Lohr, J. M.; (1984) Stress and stress management.; Springer publishing Co. N. Y., cap. 2, pp.1-37.
4. Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería (ANEE) (1976). Estudio de actividades que realiza el personal de enfermería en la República Mexicana, México. D.F.
5. Beauviour, S.; (1990), El segundo sexo, los hechos y los mitos, Alianza mexicana, Siglo XXI.
6. Bleichmar (1985); citado en: Bustos, O. (1987). Op. Cit.
7. Bourdieu, P. ; (1988), Social space and symbolic power; en Sociological theory 7, No.1, junio.
8. Burchfield (1979) citado en: Hamberger; L. K. ; Lohr, J. M.; (1984) Stress and stress management.; Springer publishing Co N. Y., cap. 2, pp.1-37.
9. Bustos, R.O., (1987), Papeles (roles) de género e imagen de la mujer en los medios masivos: ¿cómo y quienes perciben los estereotipos difundidos? , PIEM, Colegio de México, proyecto, pp. 431-463.
10. Cannon, W. B.; (1932), citado en :Lazarus y Folkman (1986). Op. Cit.
11. Carper (1978) citado en: Grinspun, D. (1992); op. Cit.
12. Cooper, (1986); citado en: Fernández y Lartigue (1998), op. Cit., pp.352
13. Deffenbacher, J., (1991), La inoculación de estrés, en Caballo, V Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta , editorial siglo XXI, México, pp.627-653
14. Donaldson y Crowby, (1992); citado en: Crespo, González, Carmona, (1997) Reflexiones sobre una disciplina: Enfermería; Revista desarrollo científico de enfermería, México, vol. 5, No 7, pp.202-206

15. Elías, A., (1989), La mujer en los medios masivos de comunicación ¿que tan buena... qué tan mala?, en Estudios de género y feminismo, distribuciones fontamara, UNAM, pp.79-82.
16. Engels, F., (1884), El origen de la familia, la propiedad privada y el estado en Marx, C, Engels, F., Obras escogidas, editorial progreso, Moscú, pp. 471-484.
17. Fernández, G.V., (1998), La heterogeneidad en Enfermería, en Enfermería: una profesión de alto riesgo, Plaza y Valdéz editores, México, pp. 25-62.
18. Flores, P.F., (1989), El devenir de la subjetividad femenina: un paradigma entre lo individual y lo colectivo, en Estudios de género y feminismo I, distribuciones fontamara, UNAM, pp.85-102
19. García, J.M.A.; García, L.E.; (1994). La acreditación y certificación, compromiso y reto del Colegio Nacional de Enfermería; Revista Enfermeras, No.13, año XXXIII.
20. González, L.J., (1991), Libertad ante el Estrés, Edit. Font, México, 117 pags.
21. Grath, A.; Reid, N.; Boore, J.; (1989), Occupational stress in nursing; J. Nurs stud, 26 (4), pp.343-358
22. Grinspun, D.; (1992); Identidad profesional, humanismo y desarrollo tecnológico; ponencia magistral; México; fotocopiado, 7 pags.
23. Hernández, T.I., (1988), Ideología de la enfermera, en Enfermería ¿cadena o camino?, AAPAUNAM, Círculo de estudios de Enfermería, México, pp.49-79.
24. Hierro, G. (1988) citado en: Enfermería: ¿cadena o camino?, AAPAUNAM, Círculo de Estudios de Enfermería, México, pp.31-48
25. Hierro, G., (1998), De la domesticación a la educación de las mexicanas, Edit. Torres asociados, México, 122 pags.
26. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1980, 1993. México.
27. Lamas, M., La antropología feminista y la categoría de género, en Lamas, M., El género: La construcción cultural de la diferencia sexual, Edit. Porrúa y PUEG, México, pp. 97-126.
28. Lara (1996); citado en: Fernández, G. V. (1998), pp.49-62

- 29 Lara C. M.A., Acevedo, M., López, E., (1992), Características psicológicas de mujeres empleadas (el caso de las enfermeras) y no empleadas y su relación con la conducta de apego a los niños, reporte final, Instituto Mexicano de Psiquiatría, pp. 1-57.
30. Laurell, A. C. (1982); La salud-enfermedad como proceso social, Revista Latinoamericana de Salud, No. 2, p.7
31. Lazarus, R.S., Folkman, S., (1986), Estrés y procesos cognitivos, Ediciones Martínez Roca S.A., España, pp.25-139.
32. Leventhal y Nerenz (1987) citado en. Meichenbaum, D., Jaremko, M. E. (1987). Prevención y reducción del estrés, Edit. Descleé de Brouwer, Bilbao, pp.13-15
33. Leving y Kagan (1971); citado en: Hamberger; L. K.; Lohr, J. M.; (1984) Stress and stress management; Springer publishing Co. N. Y., cap. 2, pp.1-37.
34. López, (1988; citado en: Fernández y Lartigue (1998); Enfermería: una profesión de alto riesgo, Edit. Plaza y Valdéz, México, p.35
35. Lluch, M. T. (1991). La ansiedad y el estrés como componentes básicos del enfermar; edit. Salvat, Barcelona, pp 166-168
36. Martínez, B.M., Latapí, P., Hernández, T.I., Rodríguez, V.J., (1985), Sociología de una Profesión: el caso de Enfermería, Edit. nuevomar, México, 302 pags.
37. Moreno, (1954) citado en: Martínez, Latapí, Hernández, Rodríguez (1985). Op. Cit. P.99
38. Najera, R.M., (1992), Tendencia de la investigación sobre la práctica en enfermería en México, Edit. UAM-Xochimilco, México, 83 pags.
39. Natalie, Z. D.; (1975), citado en: Lamas, M. (1996). Op. Cit.
40. Nicolás, C.S.; (1994); La enseñanza clínica en la Carrera de Enfermería; UNAM; Campus Iztacala, fotocopiado; 13 pags.
41. Nicolás, C.S.; (1995); La conducta molar, las pautas de conducta y las actividades de aprendizaje significativo en el discurso del plan de estudios de la Carrera de Enfermería UNAM; Campus Iztacala; fotocopiado, ENEP-Aragón; 17 pags
42. Rojas, A. (1998), El estrés laboral en el personal de Enfermería, en Enfermería una profesión de alto riesgo, Plaza y Valdéz editores, México, pp. 167-222.
43. Salas, S. (1998); citado en Fernández y Lartigue, (1998) Op. Cit, pp.20-23

44. Scott, J W , (1996): "El género·una categoría útil para el análisis histórico", en Lamas, M., El género: La construcción cultural de la diferencia sexual , Edit. Porrúa y PUEG, México, pp. 265-302.
45. Shalit (1977), citado en: Hamberger, L. K. ; Lohr, J. M ; (1984) Stress and stress management; Springer publishing Co. N. Y., cap. 2, pp.1-37
46. Storal (1990); citado en: Fernández y Lartigue, Op. Cit., pp.193-194
47. Welfor (1973); citado en: Hamberger, L. K. ; Lohr, J. M.; (1984) Stress and stress management ; Springer publishing Co. N. Y , cap. 2, pp.1-37.

OBRAS CONSULTADAS

1. Acosta, M.N., Castillo, A.L., (1987), Estrés en el trabajo en relación a los estilos de vida, tesis de Licenciatura., ENEP-Iztacala, pp 7-27.
2. Alarcón D.I, Covarrubias T.A., Herrera, S.F., (1991), La mujer, la maternidad y la pareja: mitologías y posibilidades de una tematización diferente, en Educación y género, ENEP-Iztacala, UNAM, pp.23-34.
3. Aldrete, R. J., (1997), Una propuesta integral para las mujeres, en Filosofía de la educación y género, Edit. Torres asociados, México, pp.11-23.
4. Alvarez, A., Martínez, M.; (1996); Doble jornada de trabajo y la salud de la mujer. investigación con enfermeras y profesionistas; Tesis de licenciatura; Psicología; ENEP-Iztacala; UNAM; 102 pags.
5. Barragán, T., Cruz, B., Fulgencio, M., Ayala, H., (1998), Manual de autocontrol del estrés, Fac. Psicología, UNAM, 38 pags.
6. Bartra, E., (1994), Género: mujer. ¿ganando espacios?, Doble jornada, México, pp.10-12.
7. Bartra, E., (1994), Estudios de la mujer. Un paso adelante, dos pasos atrás?, UAM-Xochimilco, departamento de política y cultura, pp.201-214.
8. Bustos, R.O., (1989), Impacto y percepción en adolescentes (de ambos sexos) y madres de familia, de los mensajes e imágenes proyectados en telenovelas, en Estudios de género y feminismo I, distribuciones fontamara, UNAM, pp.23-56.
9. Bustos, R.O., (1989), Socialización y vida cotidiana: percepción de roles de género proyectados en televisión y propuesta alternativa, Centro de estudios de la mujer, fac. de Psicología, UNAM, pp.1-16.
10. Cárdenas, C.; Escamilla, G.; Escamilla, C; González, R., (1994), Antecedentes históricos de la Carrera de Enfermería de la ENEP-Iztacala 1975-1983; fotocopiado, ENEP-Iztaca, UNAM; 15 pags
11. Castañeda, Hierro, Hernández, Avila, Mc Dermitt, (1988), Enfermería ¿Cadena o camino?, AAPAUNAM, Circulo de estudios de Enfermería, México, 120 pags

12. Castañeda, I., Cáceres, R., Hierro, G., Mc Dermitt T., Hernández, T., Nájera, R., Avila, R., (1989), Enfermeras rompiendo barreras, Circulo de estudios de enfermería, México, 241 pags.
13. Castillo, V.T., (1996); Las deterioradas condiciones en que realizan su trabajo las enfermeras y médicos del IMSS: una grave consecuencia de las transformaciones institucionales en la década 1982-1992; Revista Salud Problema; UAM-Xochimilco; pp. 21-39.
14. Conway, J.K., Bourque S.C., Scott, J.W., (1996), El concepto de género, en Lamas, M., El género: La construcción cultural de la diferencia sexual, Edit. Porrúa y PUEG, México, pp.21-34.
15. Crespo, K.; González, S.; Carmona, M.; (1997); Reflexiones sobre una disciplina: Enfermería, Revista desarrollo científico de Enfermería; México; vol 5, No 7, pp.202-206.
16. De Barbieri, T., (1998), Algo más que las mujeres adultas, en Metodología para los estudios de Género, Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM, México, pp. 18-27
17. De los Rios R., (1993), Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción, Publicación científica No.541, OPS, EUA, pp.3-18.
18. Delpero, C., (1995), Hacia una metodología del trabajo científico, editado en librería parroquial de Clavería, S.A. de C.V., México, 150 pags.
19. Enciso, H.V., (1997), Género y Trabajo. La Enfermería, Revista de estudios de género, La Ventana, Universidad de Guadalajara, num.6182-189.
20. ENEP-Iztacala, estructura y organización 1986-1987, UNAM, publicación del departamento de prensa y difusión; 179 pags.
21. ENEP-Iztacala, VI jornadas de problemas de enseñanza-aprendizaje en el área de la salud, marzo 1982, UNAM, 279 pags.
22. Hernández, G.V., (1998), Ser enfermera, en Enfermería: una profesión de alto riesgo, Plaza y Valdéz editores, México, pp.49-62
23. Fernández, G.V., (1998), El encuentro con la Enfermería, en Enfermería. una profesión de alto riesgo, Plaza y Valdéz editores, México pp 35-48.

24. Ferro C. C. (1996), Primeros pasos en la teoría sexo-género , Instituto de Estudios de la Mujer, Universidad Nacional en Costa Rica, pp.5-31.
25. Flores, G.L. (1994), El estrés y las relaciones humanas del personal de Enfermería en la unidad quirúrgica, terapia intensiva y unidad coronaria del hospital central sur de alta especialidad de Pemex , tesis de licenciatura, ENEO,UNAM, pp.1-25.
26. Flores,H.E.; Reyes,R.E.; (1997); Construyendo el poder de las mujeres;carpeta metodológica; Red de mujeres A.C.; México; 110 pags.
27. Fuerbringer,B.M., Villarreal,G.I., Guerra,R.E.,(1995), Enfermería,disciplina científica,(una aproximación epistemológica) , Editorial Universitaria Potosina, México, 184 pags.
28. Furlán,A. (coord); (1998); Iztacala, su tiempo y su gente; UNAM, 224 pags.
29. Garcia,J.A.,Garcia,N.M.,Rojas,O.E.,(1990), El futuro de la profesión de Enfermería,Revista enfermeras, No.2,México,pp.26-29.
30. Garduño M.A.,(1994), La categoría de género en la explicación de los perfiles de enfermedad y muerte de varones y mujeres, Revista salud-problema 25 , UAM-Xochimilco, pp. 17-26.
31. Garduño,M.A., Rodríguez,J., (1990), Salud y doble jornada : taquilleras del metro, Revista salud-problema 20 , UAM-Xochimilco, pp. 41-45.
32. González, L.J., (1991), Salud nuevo estilo de vida , Edit. Font, México, pp.39-90.
33. Greenglass,E., (1984), Type a behavior and stress among, female managers , paper presented at the XXIII, international congress of psychology, Acapulco, México, pp.1-13.
34. Guillen, C. D., (1998), Valoración y afrontamiento del estrés en estudiantes de enfermería , Tesis de maestría, ENEP-Iztacala,UNAM.
35. Hans, S., (1985), Distres of life, Edit. Mc Grall Hill, New York, pp. 1-37.
- 36 Hans,S., (1978)), The stres of life , Edit. Mc Graw Hill, New York, pp.1-51.
37. Hanson, P. G., (1991), El placer del estrés, Sistemas Técnicos de Edición, México, 251 pags

38. Hernández,C.G., Oderiz,P.P., Paniagua,G., (1991), La educación y el desarrollo de las mujeres en el siglo XXI, en Educación y género , ENEP-iztacala, UNAM, pp. 13-21.
39. Hernández,G.H., (1990), Práctica y formación de los recursos en Enfermería, en Enfermería , Las profesiones en México No. 9, UAM-Xochimilco, pp 25-28.
40. Hernández,T.; Hierro; Kraemer; McDermit; Sierra; (1992); Darse a luz a sí misma; publicado por el movimiento del Grial; México; 55 pags.
41. Hierro,G., (1998), La mujer invisible y el velo de la ignorancia, en Metodología para los estudios de Género , Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM, México, pp. 29-47.
42. Hinchliff,S.; (1982);Enseñanza de Enfermería Clínica; Edit. Interamericana, México, pp. 22-59.
43. Lagarde, M., (1998), La multidimensionalidad de la categoría género y del feminismo, en Metodología para los estudios de género , Instituto de Investigaciones Económicas,UNAM, México, pp.49-71.
44. Lagarde,M.M.,(1990), Cambios en la identidad de las mujeres , UAM-Xochimilco, departamento de política y cultura, México,pp.1-25.
45. Lamas, M., (1996), Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género, en Lamas M., El género: La construcción cultural de la diferencia sexual , Edit. Porrúa y PUEG, México, pp. 327- 365.
46. Lara C M.A.,(1989),Inventario de masculinidad-femineidad , Edit. Manual moderno, México, 55 pags.
47. Lara M.A., (1991), Masculinidad, feminidad y salud mental.Importancia de las características no deseables de los roles de género, Revista de Salud Mental , V.14 No.1, México,pp.12-18.
48. Lartigue,T.,Cosme,J., Plascencia,J.,(1998), Roles de género y estrés en enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, en Enfermería: una profesión de alto riesgo , Plaza y Valdez editores, México, pp. 345- 368.
49. Leonard,A., Cassie,L., (1992), el cuidado infantil. respuestas a las necesidades de madres que trabajan y sus hijos . folletos seeds, New York, No.13, pp. 1-4

50. Lucio,C.A., (1994), La cultura de la enfermera como mujer mexicana y su desarrollo profesional , tesis de lic., ENEO,UNAM, pp.1-30.
51. Marriner,A., (1989); Introducción al análisis de las teorías de Enfermería: Modelos y teorías de Enfermería; Ediciones Rol, Barcelona, pp.1-9.
52. Mc.Dermit,M.T.; (1988); Nuevas direcciones en el ejercicio de la Enfermería; Revista de Enfermería IMSS; vol.1,Nos.2-3, pp.56-58.
53. Meichenbaum,D., (1990), Manual de inoculación de estrés , ediciones roca, 120 pags.
54. Meichenbaum,D., Jaremko,M.E., (1987), Prevención y reducción del estrés , Edit. Desciée de Brouwer, Bilbao, pp.13-145
55. Memorias de la ENEP-Iztacala 1975-1982; UNAM, 263 pags.
56. Nicolás,C.S ; (1995); La sistematización de la enseñanza dentro del plan de estudios de la Carrera de Enfermería; UNAM-Iztacala; ENEP-Aragón; fotocopiado; 19 pags.
57. Palazuelos,C ; Martínez,L.; (1994), Investigación por Enfermería:contraste de las publicaciones nacionales e internacionales;Revista de Enfermería IMSS; vol.6, No 1, pp.63-67.
58. Pliego,A.I., (1998), La autoestima en las enfermeras, en Enfermería: una profesión de alto riesgo , Plaza y Valdéz editores, México, pp. 275-310.
59. Ravelo,B.P., (1990), La salud de la mujer desde la perspectiva antropológica: una revisión preliminar, Revista salud-problema 20 , UAM-Xochimilco, pp. 29-35.
60. Reynoso,L., Seligson,C ,(1996), Entrenamiento en inoculación de estrés en sujetos postinfartados , fotocopia, ENEP Iztacala, 18 pags.
61. Rojas, S. R., (1990), Guía para realizar investigaciones sociales , Plaza y Valdez editores, México, pp. 89- 115.
62. Silva,R.A., (1992), Métodos cuantitativos en psicología , editorial Trillas, México, pp.127-248.
63. Stellman, J.M., Daum,S.M.,(1986), El trabajo es peligroso para la salud , Edit. Siglo XXI, México, pp 89-104.
64. Valdéz, R. E., (1990), Marco general de la profesión de Enfermería, en Enfermería , Las profesiones en México No. 9, UAM-Xochimilco, pp.21-24.

65. Vives, J., (1998), Alternativas para promover el bienestar de las enfermeras, en Enfermería: una profesión de alto riesgo , Plaza y Valdez editores, México, pp.405-430.
66. Wainerman,C.; Binstock,G., (s/f), Ocupación y género: mujeres y varones en Enfermería. Cuaderno del CENEP No. 48; Buenos Aires,Argentina.
67. Warren, H.,(1995), Diccionario de psicología,Edit. Fondo de cultura económica, México, 380 pags.
68. Wernick,R , Jaremko,M., Taylor,P., (1981), Pain management in severely burned adults: a test of stress inoculation, Journal of behavioral medicine , vol. 4, No.1, pp.103-109.
69. West,D., Horan,J , Games,P (1984), Component analysis of occupational stress inoculation applied to registred nurses in an acute care hospital setting, Journal of couseling psychology , vol 31, pp.209-218.

A N E X O S

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CAMPUS IZTACALA
DIVISIÓN DE POSGRADO
INVENTARIO DE ESTRÉS-GENERO
(REVISIÓN DE EXPERIENCIAS DE VIDA)

El presente inventario tiene la finalidad de recabar datos con fines de análisis estadístico para la elaboración de una investigación sobre "Estrés y la cultura de género en Enfermería" de la Maestría en Modificación de Conducta. Los resultados de esta investigación permitirán diseñar programas preventivos o de ayuda.

Con el propósito de concluir satisfactoriamente este estudio, le suplico de la manera más atenta, contestar cada una de las preguntas.

Los datos que aquí se viertan son para uso exclusivo de esta investigación, por lo que este instrumento es **completamente anónimo**.

De antemano, muchas gracias por su confianza y apoyo.

DATOS GENERALES:

EDAD: No. DE HIJOS ESTADO CIVIL:

NIVEL PROFESIONAL: ANTIGÜEDAD UNAM:

LABORA EN OTRA INSTITUCIÓN: (SÍ) (NO)

A QUE EDAD COMENZÓ A LABORAR EN ENFERMERÍA:

INSTRUCCIONES

A continuación se presenta una lista que consta de un número de eventos que frecuentemente cambian la vida de las personas, lo que muchas veces las induce a experimentar un reajuste social.

Por favor, revise la lista de eventos y subraye aquellos que recientemente vivió (últimos 24 meses) asegurándose de que las marcas coincidan con las respuestas correspondientes. Si su respuesta no está en la lista puede agregarla a mano.

El cuestionario contiene tres tipos de preguntas: **personales, familiares y laborales**. Estas últimas son específicas a responder en relación a su trabajo como docente de la ENEP-Iztacala.

Las preguntas tienen varias opciones de respuesta; elija la que considere más cercana a su experiencia.

En la última parte se dejará un espacio para anotar sugerencias o comentarios al inventario o que no están en él.

Si tiene alguna duda, por favor pregunte.

1. - He tenido cambios importantes en los hábitos de sueño:
a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca
2. - He sido capaz de completar todos mis planes:
a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca
3. - He tenido cambios importantes en los hábitos alimenticios:
a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca
4. - Me he sentido realizada profesionalmente:
a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca
5. - Siento preocupación por mi apariencia personal:
a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca
6. - Creo que mi vida sexual es satisfactoria:
a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca
7. - He padecido una enfermedad (o lesión) grave, si ___ no ___
cuál? _____ y me causó preocupación:
a) mucha b) poca c) nada
8. - Me traslado a mi trabajo en transporte público:
a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca
9. - Hay situaciones que me hacen sentir miedo: si ___ no ___
a) mucho b) poco como cuál: _____
10. - Creo que el desarrollo profesional que tiene la enfermera se ve
influenciado por factores culturales:
a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca
11. - Creo que la mujer en casa y la enfermera realizan actividades
semejantes:
a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

12. - En mi trabajo (UNAM) académico he recibido reconocimiento por mi desempeño:

a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca
otro tipo de reconocimiento: _____

13. - Mi superación profesional en la Universidad ha sido apoyada por la institución:

a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

14. - En cuanto a mi peso, estoy:

a) por arriba del normal b) en mi peso c) por abajo del normal

15. - Tengo tics:

a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca
ante que situaciones: _____

16. - Tomo pastillas para dormir o para los nervios:

a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

17. - Siento que mi persona no tiene valor ante los demás:

a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

18. - Siento que soy una mujer de éxito:

a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

19. - Siento angustia , que quisiera salir corriendo:

a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca
como en que situaciones: _____

20. Tengo dolor de cabeza:

a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca
en que momentos: _____

21. - Cuando me enojo mucho, grito o insulto:

a) siempre b) casi siempre c) algunas veces c) nunca

22. - He presentado algunos de estos datos:hipertensión, taquicardia, ansiedad, trastornos digestivos:

a) siempre b)casi siempre c) algunas veces d)nunca
ante que situaciones _____

23. - Ser mujer significa para mí: ternura, pasividad, sumisión:

a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca
otro(especifique): _____

24. - Creo que el hombre debe tener atributos masculinos como hablar fuerte, ser duro, frio, serio:

a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

25. - He tenido problemas serios con mí (s) hijo (a) (s):

a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

26. - He tenido conflictos con mi pareja:

a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

27. - Las discusiones con mi pareja son por mi doble jornada laboral (trabajo asalariado y doméstico):

a) siempre b)casi siempre c) algunas veces d) nunca

28. - El ingreso familiar es compartido con otros miembros de la familia:

a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

29. - El cuidado de los hijos es mi responsabilidad:

a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca
completa _____ compartida _____ con quién _____

30. - El nacimiento de mí (s) hijo(s) ha tenido impacto importante en mi vida:

a) mucho b) poco c) nada
en que aspecto? _____

31. - En general mi matrimonio o unión libre ha sido:

- a) muy satisfactorio b) satisfactorio c) insatisfactorio

32. - Creo que mi papel de esposa es agradable:

- a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

33. - Mi rol de ama de casa me agrada:

- a) mucho b) poco c) nada

34. - La enfermedad grave de un familiar cercano me causa preocupación:

- a) mucho b) poco c) nada

35. - Mi superación profesional ha estado obstaculizada por mis responsabilidades en casa:

- a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

36. - Me gustaría ser ama de casa y madre de tiempo completo:

- a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

37. - Las actividades que realizo en mi trabajo son satisfactorias:

- a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

38. - En mi trabajo de la UNAM me confronto con mi autoridad:

- a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

39. He tenido cambios en mi situación laboral que me causan estrés:

- a) mucho b) poco c) nada

40. - He sido ignorada por personas de mi trabajo en la UNAM:

- a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

41. - He sido organizada en mis actividades laborales:

- a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

42. - Llego tarde al trabajo porque tengo que atender a mí(s) hijo(a) (s):

- a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

43. - El exceso de actividades domésticas repercute en mi actividad docente:

- a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

44. - Después de trabajar voy a descansar, platicar con amigas:

- a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

45. - Tengo riesgos para mi salud al realizar mi trabajo:

- a) siempre b) algunas veces c) nunca
física _____ mental _____ otra _____

46. - Trabajo fuera de casa para satisfacer las necesidades económicas de mi familia:

- a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

47. - La comunicación entre las profesoras del módulo es cordial:

- a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

48. - Existe compañerismo y cooperación en el módulo:

- a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

49. - De parte de las autoridades de la ENEP-I existe interés por las Enfermeras:

- a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

50. - Considero que la organización y exposición de mis clases son muy buenas:

- a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

51. - Las relaciones humanas con el personal de Enfermería del campo clínico son cordiales:

- a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

52. - El desempeño de mi trabajo requiere de utilizar más tiempo fuera de mi jornada laboral:

- a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

53. - La Enfermería satisface mis expectativas laborales, económicas y profesionales:

- a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

54. - Este trabajo, como docente en la ENEP-I me produce mucho estrés, desgaste o cansancio:

- a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca

SUGERENCIAS Y COMENTARIOS:

Elaboró: Lic. Margarita Ramírez Trigos
Febrero/ 1999.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std Deviation
EDAD	40	28.00	66.00	46.8000	6.9879
NODEHIJO	40	00	6.00	1.7250	1.3006
EDOCIVIL	40	1.00	5.00	2.1000	.9819
NIVPROF	40	1.00	4.00	1.9500	.7828
ANTIGUED	40	1.00	24.00	14.0250	7.2518
OTRAINS	40	.00	1.00	3000	4641
EDADTRAB	40	14.00	40.00	19.9000	4.6893
ESTRES	40	15.89	71.15	36.6923	10.1655
GENROL	40	20.91	48.25	33.6667	5.9876
GENSOC	40	23.81	51.11	38.4990	6.5160
Valid N (listwise)	40				

TABLA 1

Nonparametric Correlations

Correlations

		PTOTAL	ESTRES	GENROL	GENSOC	
Spearman's rho	PTOTAL	Correlation Coefficient	1.000	.499**	.786**	.469**
		Sig. (1-tailed)		.001	.000	.001
		N	40	40	40	40
	ESTRES	Correlation Coefficient	.499**	1.000	.132	.208
		Sig. (1-tailed)	.001		.208	.098
		N	40	40	40	40
	GENROL	Correlation Coefficient	.786**	.132	1.000	.074
		Sig. (1-tailed)	.000	.208		.325
		N	40	40	40	40
	GENSOC	Correlation Coefficient	.469**	.208	.074	1.000
		Sig. (1-tailed)	.001	.098	.325	
		N	40	40	40	40

** Correlation is significant at the .01 level (1-tailed)

TABLE 2