

RESERVA

M
6963
1999

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**BIENESTAR PSICOLÓGICO EN UN GRUPO DE MUJERES
AUXILIARES PARAMÉDICOS
DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN DE VALPARAÍSO**

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO
PRESENTADO POR

**RONALD IVÁN GÜIMENEZ SEPÚLVEDA
ANGELA BEATRIZ MUÑOZ GARAT**

PROFESORA PATROCINANTE
PS. MARÍA ELENA VALDOVINOITT

VIÑA DEL MAR, CHILE
DICIEMBRE, 1999



Mar. 51661

A mi papá, a mi mamá, a mi hermanita Katy, a mi polola Silvanita y a mis amigos y amigas (que no nombro porque son muchos); les doy las gracias por estar junto a mí ... gracias.

Su hijo, hermano, pololo y amigo Ronald

Dedico el fruto de estos años de estudio a mis papás Francisco y Luisa y a mis hermanos Francisca y Diego. A Moni, abue y Dani. A mi Claudio. Gracias por confiar.

Angela

RESUMEN

La presente investigación aplica un diseño no experimental, de carácter exploratorio transversal descriptivo, relativo al Bienestar Psicológico de un grupo de 110 mujeres auxiliares paramédicos del hospital Carlos Van Buren de Valparaíso perteneciente al Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio, considerando el rol de género, en sus dimensiones situación conyugal y presencia de hijos, y la situación contractual.

El objetivo de este trabajo se centra en la descripción del Bienestar Psicológico de estas trabajadoras a través de las dimensiones Salud Mental (Goldberg, 1978), sintomatología Depresiva (Beck, 1983), Autoestima (Rosenberg, 1965; Bachman y O, Malley, 1977) y Satisfacción con la vida actual (Warr, 1978; Hepworth, 1980).

Finalmente, los resultados de esta investigación nos permiten señalar que es el grupo de mujeres con un contrato como titular, sin pareja, con hijos menores y mayores de 6 años quienes presentan un bienestar psicológico positivo.

Del mismo modo, son las mujeres con una situación contractual a contrata, sin pareja y con hijos mayores de 6 años quienes presentan un bienestar psicológico negativo, lo cual se traduce en mayor riesgo de presencia, de trastorno psicológico, sintomatología depresiva, baja autoestima y descontento con la vida actual.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	I
TABLA DE CONTENIDOS.....	II
CAPITULO 1.....	1
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES GENERALES SOBRE EL TEMA DE ESTUDIO.....	3
ETAPA DE DESARROLLO DE LAS MUJERES EN ESTUDIO	3
<i>SITUACIÓN LABORAL DE LAS MUJERES</i>	5
<i>SITUACIÓN MUNDIAL</i>	6
<i>SITUACIÓN EN LATINOAMÉRICA</i>	6
<i>SITUACIÓN EN CHILE</i>	9
SEGREGACION DE LAS MUJERES	10
DISCRIMINACION SALARIAL.....	11
SITUACION CONTRACTUAL.....	13
DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES EN EL MERCADO LABORAL CHILENO.....	14
Auxiliares Paramédicos (Técnicos de Enfermería).....	16
Descripción de Cargo: Auxiliar de Enfermería	18
Descripción de la Organización.....	19
FORMULACION DEL PROBLEMA.....	20
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	21
OBJETIVO GENERAL	21
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
RELEVANCIA DEL ESTUDIO	23
CAPITULO 2.....	25
MARCO TEÓRICO	25
PSICOLOGÍA SOCIAL.....	25
<i>CONCEPTO DE PSICOLOGÍA SOCIAL</i>	25
<i>CAMPOS DE ESTUDIO DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL</i>	27
<i>CONDUCTA SOCIAL</i>	28
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA.....	30
<i>TECNOLOGÍA SOCIAL</i>	31
PSICOLOGÍA SOCIAL Y SALUD MENTAL	32
<i>BIENESTAR PSICOLÓGICO</i>	37
<i>ESTUDIOS EN CHILE SOBRE SALUD MENTAL</i>	44
PSICOLOGÍA SOCIAL Y GÉNERO	46
<i>IDENTIDAD DE GENERO</i>	52
Modelos psicológicos sobre el aprendizaje de la identidad de género	56
Teoría del aprendizaje o condicionamiento	56
Aprendizaje Social.....	58
La indefensión aprendida.....	66
Aprendizaje cognitivo.....	70
<i>EL SEXO COMO VARIABLE ESTÍMULO</i>	74
Ámbitos de influencia del sexo como variable estímulo	77
<i>ROLES DE GÉNERO</i>	81
Conflicto de roles	86

Roles y Familia	90
Ciclo de Vida Familiar	94
Familia y construcción histórico social del sujeto	97
PSICOLOGÍA SOCIAL Y EMPLEO	99
TEORÍAS PSICOSOCIALES DEL EMPLEO	99
Teoría de la privación y teoría de la agencia	100
Teoría de la incongruencia mental	104
Teoría de la Expectativa - Valencia y Teoría de la Indefensión Aprendida	106
El modelo de Roles y Vitamínico	109
Transición Psicosociales y Modelo del estrés	112
Teoría de la autoeficacia y locus de control	115
Análisis de los modelos teóricos	116
CAPITULO 3	117
METODOLOGÍA	117
TIPO DE INVESTIGACIÓN	117
MUESTRA	117
DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	121
VARIABLES INDEPENDIENTES	121
VARIABLES DEPENDIENTES	122
TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	124
PRUEBAS PSICOLÓGICAS ESTANDARIZADAS	124
General Health Questionnaire (G.H.Q)	124
Inventario de Depresión de Beck (I.D.B)	126
Escala de Autoestima de Rosenberg	127
Ítem de Satisfacción con la Vida Actual	129
Cuestionario	129
ANÁLISIS DE LOS INSTRUMENTOS PARA LA MUESTRA	130
MUESTRA PILOTO	130
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS INSTRUMENTOS	130
PLAN DE TRABAJO:	131
ORGANIZACIÓN GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	131
PROCEDIMIENTO	132
CAPITULO 4	134
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	134
OBJETIVO 1	134
OBJETIVO 2	138
OBJETIVO 3	140
OBJETIVO 4	144
OBJETIVO 5	146
OBJETIVO 6	149
OBJETIVO 7	151
OBJETIVO 8	155
CAPITULO 5	157
DISCUSION	157
REFERENCIAS	163
APÉNDICE	181

CAPITULO 1

INTRODUCCION

Los servicios de atención, cuidado y tratamiento de los enfermos han sido adoptados desde siempre por las mujeres, relacionando su condición femenina con una mayor entrega y delicadeza para fortalecer a los demás. Esta capacidad de entrega se recibe y, aún más, se espera de ella indistintamente cuál sea el rol que desempeñe, como si esta característica le fuese inherente a su condición de género femenino. Tal vez sea por ello que el considerar y mejorar la salud mental de quienes hacen del cuidado de los enfermos su fuente laboral, sea escasamente abordado. Las técnico paramédicos realizan esta función al interior de los recintos hospitalarios. Ellas tienen en sus manos, ya sea directa o indirectamente, el cuidado de los enfermos que asisten a estos servicios médicos para mejorar sus estados de salud.

El concepto de Bienestar Psicológico, entendido globalmente como un concepto que cubre una serie de procesos afectivos, conductuales y cognitivos interrelacionados, relativos a los sentimientos de la gente sobre las actividades por ella realizada en la vida diaria (Warr, 1987), puede ser un primer paso para acercarnos a comprender el entorno psicológico de estas mujeres, proporcionándonos elementos que nos permitan conocer con claridad la situación en la cual ellas viven y se desempeñan laboralmente.

La pretensión de los investigadores es encontrar información fidedigna relativa a la caracterización de las funcionarias del sector salud de nuestro medio para que, a partir de estos datos arrojados, se puedan dirigir intervenciones al interior de estos recintos tendientes a mejorar el nivel de calidad de vida de estas trabajadoras, potenciando la

salud mental de quienes cumplen un papel determinante en el proceso de rehabilitación física y psicológica de los pacientes hospitalarios.

En el Servicio de Salud no se registran investigaciones que aborden, en sí mismas, la problemática del Bienestar Psicológico. Debido a que los estudios realizados sobre el tema lo consideran sólo tangencialmente, esta tesis puede abrir un campo fértil para la investigación y el desarrollo de estrategias que permitan potenciar la salud mental de las funcionarias del sector salud. Esto se vería reflejado en una mejor calidad en la atención médica entregada a la comunidad, elemento fundamental existente en toda misión hospitalaria de los servicios de salud.(DIPAG, 1996)

ANTECEDENTES GENERALES SOBRE EL TEMA DE ESTUDIO

ETAPA DE DESARROLLO DE LAS MUJERES EN ESTUDIO

Las mujeres auxiliares paramédicos consideradas en esta investigación se encuentran dentro del rango de edad perteneciente a la etapa de desarrollo denominada Edad de Adulthood Temprana.

Según Papalia y Olds (1992), el periodo de tiempo transcurrido entre los 20 y los 40 años aproximadamente corresponde a la Edad de Adulthood Temprana. Durante ella se adoptan nuevos roles, tales como trabajadores(as), padres (madres) y esposos (esposas), papeles que afectan y modifican formas de pensar y actuar de estos adultos.

Durante esta etapa, las personas se desarrollan a medida que dan respuesta a problemáticas como el abandono del hogar de los padres, la decisión sobre qué carrera estudiar o qué trabajo realizar, la estabilización de relaciones, la formación de la propia familia y la proyección y realización de metas para la vida.

Kohlberg (1973 en Papalia y Olds, 1992), refiriéndose al desarrollo moral de esta etapa, afirma que este desarrollo depende principalmente de las experiencias de vida, lo cual queda ejemplificado en la sentencia "vive y aprende". Según esta teoría, la experiencia lleva a las personas a reconsiderar sus criterios sobre lo bueno y lo justo y, por ende, a cambiar sus pensamientos y acciones. A medida que la persona pasa por diversas experiencias, cargadas de emocionalidad, hay mayor probabilidad de ver los puntos de vista ajenos relativos a los conflictos morales y sociales. Es importante reconocer cierta diferenciación según el género: mientras los hombres tienden a pensar

en la justicia y la igualdad, las mujeres se preocupan más por las responsabilidades con gente específica. Sin embargo, en ambos casos, el pensamiento moral no puede exceder los límites fijados por el desarrollo cognoscitivo.

La teoría del desarrollo de la personalidad de Erikson (1950 en Papalia y Olds, 1992), según la cual las personas se ven enfrentadas a momentos críticos que deben ser resueltos, durante esta etapa de la Adulthood Temprana se produce la sexta crisis psicológica: intimidad versus aislamiento.

Durante esta edad, las personas necesitan y desean intimidad, la cual se logra a través de profundos compromisos personales con otros. La habilidad de lograr una relación íntima depende del sentido de identidad, el cual debió ser adquirido durante la adolescencia. Para desarrollarse exitosamente, los adultos jóvenes deben fusionar su identidad en una relación heterosexual íntima y estrecha que lleve a la procreación. Los resultados negativos que pueden producirse durante este periodo son el ensimismamiento y el aislamiento.

Otra teoría relativa al desarrollo de la edad adulta es la planteada por Levinson (1986 en Papalia y Olds, 1992), según la cual el objetivo del desarrollo de los adultos es establecer la estructura de la vida, entendida como el patrón fundamental o diseño de la vida de una persona en un periodo determinado. Esta estructura, definida mediante la relación persona - ambiente, tiene aspectos internos (valores, sueños y emociones) y externos (otras personas, lugares, instituciones). En estas estructuras de vida influyen componentes como raza, religión, trabajo, y eventos sociales como guerras, depresiones económicas y otros.

La adultez temprana es la fase en la que la gente hace elecciones de vida significativas y exhibe la mayor energía, pero también experimenta el mayor estrés. Levinson (1986 en Papalia y Olds, 1992) identifica cuatro tareas a desarrollar propias de esta etapa, vigentes tanto para hombres como para mujeres:

- formación de un sueño;
- formación de una relación con un consejero;
- adquisición de un empleo;
- formación de una relación amorosa perdurable.

Mientras el hombre se define a sí mismo desde el punto de vista de la separación y la autonomía, las mujeres parecen lograr la identidad través de las relaciones y los vínculos. Los sueños de las mujeres a menudo están divididos entre los logros personales y las relaciones, los cuales cambian de prioridad frecuentemente. Rara vez encuentran verdaderos consejeros y, a menudo, no concluyen la formación de una profesión.

SITUACIÓN LABORAL DE LAS MUJERES

En el siguiente apartado mostraremos un panorama de la situación laboral de las mujeres a nivel mundial, latinoamericano y nacional. En el contexto nacional abordaremos, además de un análisis general, las temáticas referentes a segregación ocupacional, discriminación salarial, situación contractual y distribución de la mujer en el mercado laboral; tema dentro del cuál señalaremos a las auxiliares de enfermería, objeto de nuestro estudio.

SITUACIÓN MUNDIAL

Según la OIT, ha existido un aumento global de la participación de la mujer en el mercado laboral, señalando que más de un 45% de la población femenina mundial (de entre 15 y 64 años) es económicamente activa en la actualidad. En los países industrializados trabajan bastante más del 50% de las mujeres en contra del 37% y 30% registrado hace aproximadamente dos décadas atrás en Europa Occidental y Estados Unidos. En lo que respecta a Europa Oriental, ha existido tradicionalmente una alta participación, superior al 50%, cifra que se ha mantenido a pesar de la transición económica que han pasado. En el sudeste asiático, la proporción de trabajadoras ha pasado del 49% al 54% y, en el Caribe, del 38% al 49%. En el Sur de Asia, el 44% de las mujeres trabajan, frente al 25% que lo hacía hace dos décadas. En América Latina, región caracterizada por una baja participación de las mujeres en el mercado laboral, se ha aumentado de un 22% a un 34% y, en el norte de África, del 8% al 21%. En los países del Golfo continua una resistencia a estos cambios; sin embargo, el número de mujeres que emigra de esos países es cada vez mayor (OIT, 1996).

SITUACIÓN EN LATINOAMÉRICA

Frente a los cambios macroeconómicos y los impactos de la crisis y el ajuste estructural, las tendencias estructurales han modificado la vida de las mujeres latinoamericanas: el aumento de la esperanza de vida, su mayor nivel promedio de educación y la tendencia a tener menos hijos son factores que han influido en su participación laboral, cuyo sostenido incremento se ha manifestado en una prolongación

de los años de vida activa de las mujeres. Así, entre 1970 y 1995 la esperanza de vida de las mujeres aumentó en 8 años, su tasa global de fecundidad pasó de 5.0 a 3.1 y su vida económicamente activa se extendió en algo más de 9 años (CELADE, 1989; 1991; 1993 y 1996 en Arriagada 1997). La misma autora indica que este fenómeno de incorporación de la mujer al mercado laboral es uno de los más notorios en las sociedades latinoamericanas. Este proceso está particularmente marcado en las mujeres con edades medias y se ha producido principalmente entre los años 1980 y 1994. Las mayores tasas de actividad femenina se registran en las edades centrales, de 20 a 54 años. En 1994, en el grupo de las mujeres de 25 a 34 años, las tasas de participación iban desde un mínimo de 48% en México hasta un máximo de 74% en Uruguay (Arriagada, 1997).

La Tabla N°1 muestra un resumen de los principales elementos que caracteriza la evolución de la participación femenina en el mercado de trabajo en América Latina (Arriagada, 1997).

Tabla Nº 1: Evolución de la participación femenina en el mercado de trabajo en América Latina (1970 - 1995)

A.	AUMENTA LA TASA DE PARTICIPACIÓN FEMENINA Y SE PRODUCE UN CAMBIO EN EL COMPORTAMIENTO LABORAL DE LAS MUJERES.
	1. AUMENTA EL NÚMERO DE HORAS (DIARIAS, SEMANALES) QUE LAS MUJERES DEDICAN AL TRABAJO REMUNERADO.
	2. SE PROLONGAN LOS AÑOS DE VIDA ECONÓMICAMENTE ACTIVA DE LAS MUJERES.
	<ul style="list-style-type: none"> El número de años que las mujeres dedican al trabajo remunerado aumentó, en promedio, en algo más de 9 años entre 1970 y 1995.
	3. LAS TRAYECTORIAS LABORALES FEMENINAS PRESENTAN MAYOR CONTINUIDAD.
	<ul style="list-style-type: none"> Se expande la proporción de mujeres que no dejan de trabajar cuando tienen hijos y se mantienen económicamente activas durante el período de mayor trabajo reproductivo.
	<ul style="list-style-type: none"> El mayor nivel de participación femenina en el mercado de trabajo corresponde a las mujeres en edad reproductiva. Los aumentos más apreciables de dicha participación se produjeron en los grupos de 25 a 34 años y de 35 a 44 años.
	4. SE ELEVA EL NIVEL PROMEDIO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES EN EL MERCADO LABORAL, QUE YA ERA MÁS ALTO QUE EL DE LOS HOMBRES.
B.	LAS DESIGUALDADES ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN EL MERCADO DE TRABAJO NO DISMINUYEN EN FORMA SIGNIFICATIVA.
	1. SE REPRODUCE LA SEGREGACIÓN OCUPACIONAL
	2. SE MANTIENEN LAS BRECHAS EN MATERIA DE SALARIOS; Y SE VUELVEN MÁS AMPLIAS MIENTRAS MÁS ALTO SEA EL NIVEL DE ESCOLARIDAD.
	3. LA TASA DE DESEMPLEO DE LAS MUJERES CONTINÚA SIENDO CONSIDERABLEMENTE SUPERIOR A LA DE LOS HOMBRES.
	<ul style="list-style-type: none"> También es más alta la tasa de desempleo juvenil femenino
	4. AUMENTA LA PRESENCIA FEMENINA EN LAS OCUPACIONES PRECARIAS.

SITUACIÓN EN CHILE

En el caso de Chile la situación no es diferente. Específicamente en las últimas tres décadas se ha incrementado sostenidamente el número de mujeres que se incorporan al trabajo remunerado. Este crecimiento ha tenido lugar tanto en relación con la participación masculina como respecto de la propia población femenina en edad de trabajar. En 1976 trabajaba un 25.2% de las mujeres que tenían 15 y más años y en 1990 esa proporción había ascendido al 31.8%, aún cuando las tasas de participación de los hombres sean mucho mayores (Reca, 1995). En efecto, en el ámbito nacional los varones aparecen doblemente más activos económicamente (75,2%) que las mujeres (33,8%) (Selamé, 1998). Según Henríquez y Pérez, la participación de las mujeres chilenas en el mercado laboral alcanzaría un 34,5% (en Blásquez, Andrade y Palma, 1995). Este crecimiento antes mencionado se ha agudizado durante los últimos años producto del crecimiento sostenido de la economía chilena (Díaz, Medel y Schläen, 1996).

Sobre la base de los datos antes expuestos podemos pensar que la participación de la mujer en el mercado laboral nacional es de aproximadamente un tercio de la fuerza de trabajo. En 1992 el número de mujeres en el mercado de trabajo alcanzó a 1.597.200, presentando una tasa de participación laboral del 33,4% (SERNAM, 1992). En el año 1993, de acuerdo al INE, existió un aumento de la participación de la mujer que ascendió de un 31% en 1991 a un 34% en 1993, es decir, 1.669.450 mujeres (Rodríguez, 1995). A principios del año 1997, la fuerza laboral total del país alcanzaba 5.577.270 personas de las cuales 1.782.050 eran mujeres, equivalentes al 32% de dicha fuerza (Selamé, 1998).

Aunque aparentemente exista una disminución en la participación femenina en la fuerza laboral, en términos absolutos existe un aumento a lo largo de los años. Siguiendo a Selamé, la mano de obra femenina se incrementó en un 83,6% en el período comprendido entre 1982 y 1997, incorporándose en ese lapso 747.000 mujeres al mercado laboral.

SEGREGACION DE LAS MUJERES

Así como es posible constatar un aumento de la participación femenina en el mercado laboral chileno a lo largo de los años, también es posible identificar un fenómeno que se da tanto en países industrializados como en desarrollo, y que persiste a través del tiempo y las fronteras internacionales. Estamos hablando de la *segregación por sexo*. Esta segregación según sexo se da en dos sentidos. Uno, según género y en el mercado de trabajo, se expresa en la concentración ocupacional de las mujeres en un conjunto reducido de ocupaciones que se definen culturalmente como típicamente femeninas denominado *segmentación horizontal*. A la anterior se le suma una segunda, la *segmentación vertical*, de acuerdo con el sistema de género imperante, puesto que las mujeres se concentran en los niveles de menor jerarquía de cada ocupación, lo que significa que son puestos de trabajo peor remunerados y más inestables. (Abramo, 1993 en Arriagada, 1997)

En general, las mujeres desempeñan una gama de ocupaciones más reducida que los hombres. Sobre la base de datos en torno de 1992, se concluye que en 6 de 12 países de Latinoamérica, cerca de la mitad de las mujeres urbanas se concentraba en cinco

grupos ocupacionales de las 72 a 113 profesiones y oficios existentes (CEPAL, 1995 en Arriagada, 1997). Son ocupaciones mayoritariamente compuestas por mujeres las de servicio doméstico, dependientes de tiendas y vendedores ambulantes, profesores, sastres, modistas, industria agropecuaria, enfermeras y parteras, cocineros, mozos, tenedores de libros, cajeras, cobradores (SERNAM,1992). Siguiendo con la misma idea, Arriagada (1995 en Arriagada 1997) plantea que las mujeres en 1992 tenían una representatividad mayor que la media en 37 ocupaciones, mientras que en el caso de los hombres su proporción superaba la media en 116 ocupaciones, lo que significa que para las mujeres el rango de elección de ocupaciones es notablemente más limitado.

Puntualmente en Chile, en el gran Santiago, la segregación de las mujeres en la industria manufacturera se ha confirmado desde tres puntos de vista:

- i.) El tamaño de las empresas: a medida que éste aumenta, la participación femenina decrece;
- ii.) La rama industrial: las mujeres se concentran en las ramas de textiles, vestuario y cueros, alimentos, bebidas y tabaco; y
- iii.) La categoría ocupacional: la participación femenina es mayor en las áreas administrativas, de venta y servicios. (Abramo, 1993 en Arriagada, 1997).

DISCRIMINACION SALARIAL

Las diferencias sexuales que se dan entre hombres y mujeres se ven reflejadas en el ámbito económico. El Centro de Estudios de la Mujer en Marzo de 1989 realizó una investigación que consideró una muestra de trabajadoras de industrias manufactureras de

Santiago correspondientes a los rubros textil, vestuario, alimentos, calzado, química y plásticos. En él se encontró que el sueldo promedio de los hombres era 22,8% superior al de las mujeres, sin que existiera diferencias importantes por edad, educación o antigüedad en la empresa. Las horas extraordinarias se pagaban más frecuentemente y con tarifas por hora superiores a los hombres que a las mujeres. Según Selamé (1998), el ingreso promedio de las mujeres que se ubicaban en 1996 en el tramo de ingresos inferiores representaba sólo el 74% del monto del salario mínimo legal mensual vigente a la fecha de la recopilación, el cual alcanzaba a 65.500 pesos, unos 150 dólares, mientras que el de los hombres alcanzaba a un 105%. Lo mismo sucedía en el segundo quintil de ingresos, donde la proporción sobre el salario mínimo entre las mujeres llegaba al 104,7% mientras que el de los hombres alcanzaba al 162,7% (ver Tabla N°2.). En general, en los distintos quintiles se repite la misma situación de desigualdad. Efectuando el cálculo para el total de la fuerza de trabajo ocupada, se constata que el nivel de ingreso promedio de las mujeres representa sólo el 70,3% del ingreso promedio alcanzado por los hombres (Selamé, 1998)

Tabla N°2: Promedio del ingreso mensual del trabajador por sexo según quintil del ingreso, 1996
Pesos de Noviembre de 1996.

Quintil de ingreso	Mujer	Hombre	Ingreso de la mujer como porcentaje del ingreso del hombre
I	48.490	68.950	70,3%
II	68.549	106546	64,3%
III	91.994	142.555	64,5%
IV	136.492	220.267	62,0%
V	383.920	707.804	54,2%
Total	178.971	254.415	70,3%

Fuente: Mideplan, Encuesta CASEN 1996 en Selamé, 1998.

Esta situación no es sólo en el ámbito nacional. Dentro de Latinoamérica, el porcentaje que se atribuye a discriminación de género varía según los países entre un 10% y 85% y tiende a superar el 50% en los países en desarrollo, siendo más acentuado en los países de la región. (González, 1992 y Barbezat, 1993 en Arriagada, 1997).

Según el CEPAL(1993), las diferencias de ingresos entre hombres y mujeres confirman la existencia de discriminación salarial en contra de la mujer. En ningún país se paga una remuneración equivalente a hombres y mujeres con el mismo nivel de instrucción. La desventaja relativa de los ingresos por hora de las mujeres adultas con respecto a los hombres equivale a alrededor de cuatro años de educación formal. (en Arriagada, 1997).

SITUACION CONTRACTUAL

Las condiciones de trabajo para hombres y mujeres son diferentes. El 68,9% de los ocupados varones se encuentra en una relación contractual de asalariado lo cual, teóricamente al menos, les garantiza contar con un contrato de trabajo, previsión social y atención de salud. Las mujeres en estas condiciones alcanzan al 62,5% (Selamé, 1998). Si consideramos la situación contractual y el quintil al cual pertenecen las mujeres y hombres, para el caso del quintil más bajo, se encuentra que el 46,7% de las mujeres y el 63,5% de los hombres han firmado contrato de trabajo con un empleador. Y si consideramos el quintil más alto de ingresos, también los porcentajes son favorables para los varones, aunque en menor medida (86,3% para las mujeres y 87,6 para los hombres). Lo anterior indica que mientras mayor son los salarios, disminuyen los asalariados sin

contrato de trabajo y que la proporción de asalariados desprotegidos es mayor en las mujeres que en los hombres. (Selamé, 1998)

Al mismo tiempo, según el SERNAM (1992), las necesidades materiales llevan a las mujeres a sobrellevar largas e ininterrumpidas jornadas laborales. La salud de estas mujeres cobra así una especial importancia puesto que en su mayoría se ubican en los grupos laborales de mayor desprotección y, por su doble rol de trabajadora en el ámbito productivo tanto como el doméstico, presenta un cuadro de salud aún más complejo.

DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES EN EL MERCADO LABORAL CHILENO

Las mujeres que participan en el mercado laboral chileno se distribuyen como lo muestra la Tabla N°3 siguiente:

Tabla N°3: Distribución de las mujeres en el mercado laboral Chileno (Selamé, 1998)

Rama de actividad económica.	REGIÓN METROPOL		V REGIÓN		VI REGIÓN		VII REGIÓN		TOTAL NAC.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Agric, Caza, Pesca y Silvicultura.	14.940	1.9	10.280	6.0	13.633	19.3	16971	17.6	88.660	5.4
2. Explotación de minas y canteras.	2.023	0.3	387	0.2	147	0.2	56	0.1	5.214	0.3
3. Industria manufacturera.	118.851	15.2	18.924	11.1	6.880	9.7	10.173	10.5	211.664	12.9
4. Electricidad, Gas, Agua.	2.094	0.3	406	0.2	284	0.4	124	0.1	4.069	0.3
5. Construcción.	7.816	1.0	2.329	1.4	419	0.6	1.207	1.2	16.674	1.0
6. Comercio por Mayor y Menor Restaur. Y Hoteles.	173.793	22.2	44.701	26.3	14.910	21.1	23.059	23.9	406.625	24.7
7. Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones..	23.470	3.0	4.343	2.6	6.623	9.4	1.902	2.0	51926	3.2
8. Establecimientos financieros, Seguros, Bienes inmuebles y Servicios de Préstamos.	88.497	11.3	8.538	5.0	4.131	5.8	3.921	4.1	133.573	8.1
9. Servicios Comunales, Sociales y Personales.	351.475	44.9	80.345	47.2	23.673	33.5	39.251	40.6	725.149	44.1
TOTAL	782.959	100	170.253	100	70.700	100	96.664	100	1.643.554	100

La Tabla N°3 muestra que las mujeres principalmente se encuentran en el rubro denominado Servicios Comunes, Sociales y Personales con una participación de 725.149 mujeres que equivalen al 44.1% del total de la fuerza laboral femenina en esas regiones.

Según la misma autora, los servicios comunes, sociales y personales son los que concentraron mayores proporciones de fuerza de trabajo femenina, alcanzando un 44,1% en 1997. Le siguen en importancia, en orden decreciente, los rubros comercio (con 24,7%), industria manufacturera (con 12,9%), servicios financieros (con 8,1%) y agricultura (con 5,4%). (Selamé, 1998)

En nuestro país, según la autora antes nombrada, el rubro servicios comunes, sociales y personales se subdividen en siete sub-sectores (ver Tabla N°4), siendo el de Servicios Médicos y Odontológicos y Servicios de Sanidad y Veterinaria uno de ellos.

Como es posible ver en la Tabla N°4, constatamos que aproximadamente el 17.5%, de las mujeres que están en el rubro Servicios Comunes, Sociales y Personales pertenecen al sub-sector antes mencionado, Servicios Médicos y Odontológicos, Servicios de Sanidad y Veterinaria, ocupando a 127.077 mujeres trabajadoras.

Tabla N°4: Chile: distribución de la fuerza de trabajo femenina ocupada por rama de actividad económica a nivel nacional y de regiones seleccionadas, enero - marzo 1997; específicamente sub-sectores del rubro servicios comunales, sociales y personales (cifras absolutas y porcentajes) (Selamé, 1998)

SUB-SECTORES DEL RUBRO SERV.COMUNALES, SOCIALES Y PERSONALES	REGIÓN METROPOL		V REGIÓN		VI REGIÓN		VII REGIÓN		TOTAL NAC.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Adm. Pública, Defensa y Servicios de Saneamiento y Similares.	30.996	8.8	7.098	8.8	1.647	7.0	2.035	5.2	57.885	8.0
2. Serv. De Instrucción Pública e Institutos de Invest. Científicas.	78.868	22.4	18.875	23.5	5.727	24.2	11.37	29.0	182.098	25.1
3. Serv. Médicos y Odontológicos y Serv. De Sanidad y Veterinaria.	64.517	18.4	12.131	15.1	4.663	19.7	6.208	15.8	127.077	17.5
4. Serv. De diversión y Esparcimiento y Serv. Culturales.	13.601	3.9	3.412	4.3	397	1.7	374	1.0	22.319	3.1
5. Serv. Personales y de los Hogares.	150.375	42.8	36.174	45.0	10.278	43.4	18.108	46.1	309.430	42.7
6. Organizaciones Internacionales y otros Organismos Extra-territoriales.	737	0.2	0	0	0	0	0	0	737	0.1
7. Instituciones de Asistencia Social, Asoc. Comerciales, Organizaciones Religiosas.	12.381	3.5	2.665	3.3	961	4.1	1.156	3.0	25.603	3.5
TOTAL	351.475	100.	80.345	100	23.673	100	39.251	100	725.149	100

Auxiliares Paramédicos (Técnicos de Enfermería)

Según una encuesta del INE (Encuesta Nacional del Empleo), realizada entre Diciembre de 1991 y Febrero de 1992, existiría en el país 58.973,35 enfermeras y parteras, alcanzando a un 0,87% del total de la fuerza de trabajo del país (ver Tabla N°5) (SERNAM, 1992)

Tabla N°5: Distribución de las mujeres por clase de trabajo y grupo de ocupación

GRUPOS OCUPACIONALES	CANTIDAD	%
0. PROFESIONALES, TÉCNICOS Y OCUPACIONES AFINES	210.962.50	3.14
*PRFESORAS, ESCUELAS SECUNDARIAS	79.049.35	1.17
* ENFERMERAS Y PARTERAS	58.973.62	0.87
1.GERENTES Y ADMINISTRADORES	32.586.62	0.48
2.EMPLEADOS Y OFICINISTAS	258.569.09	3.85
* TENEDORES DE LIBROS, CAJEROS COBRADORES	33.406.22	0.49
3.VENDEDORES Y OCUPACIONES AFINES	236.745.68	3.52
* DEPENDIENTES DE TIENDAS Y VENDEDORES AMBULANTES	151.487.39	2.25
4. AGRICULTURA, GANADERÍA, PESCA, MADERA	85.260.41	1.27
5. CONDUCTORES MEDIO DE TRANSPORTE	4.656.41	0.06
6. ARTESANOS Y OPERARIOS RELACIONADOS CON:	108.620.12	1.61
* SATRES, MODISTAS, PELETEROS Y OCUPACIONES AFINES	71.846.52	1.07
7. OTRAS ARTES Y OCUPACIONES	22.105.17	0.32
8. OBREROS Y JORNALEROS N.E.O.C.	45.332.37	0.67
9. TRABAJADORES EN SERVICIOS PERSONALES Y OC.	414.003.93	6.17
* COCINERAS, SIRVIENTES, SERVICIOS DOMÉSTICOS	287.699.12	4.28
* COCINERAS, CAFÉS, MOZOS, RESTAURANTES, CANTINAS	54.169.93	0.80
* OTROS, LAVANDERAS Y PLANCHADORAS	30.343.36	0.45
TOTAL		32.47

De lo anterior se concluye que, del total de mujeres que trabajan en el sector salud, un porcentaje significativo de ellas está conformado por enfermeras y parteras.

Dentro del sistema de salud, la distribución de mujeres y hombres en los diferentes estamentos sigue el comportamiento que se muestra en la Tabla N°6. (Comusams, 1997)

Tabla N°6: Distribución según planta y sexo de los funcionarios del Sistema de Salud, Chile, mayo de 1995.

PLANTA	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
DIRECTIVOS	527	35.3	967	64.7	1.494	100.0
DIRECTIVOS LEY 15.076	295	85.0	52	15.0	347	100.0
PROFESIONALES	1.819	20.0	7.174	79.8	8.9931	100.0
PROFESIONALES LEY 15076	7.291	67.1	3.570	32.9	8.993	100.0
TECNICOS	2.740	12.4	19.323	87.6	22.063	100.0
ADMINISTRATIVOS	2.267	26.5	6.300	73.5	8.567	100.0
AUXILIARES	7.423	57.2	5.564	42.8	12.987	100.0
SIN CONDIFICAR	94	66.7	47	33.3	141	100.0
TOTAL	22.456	34.3	42.997	65.7	65.453	100.0

En un estudio realizado por el Colectivo Mujer, Salud y Medicina Social (Comusams) el año 1997, se mostró que la mayoría de los/as trabajadores/as de los servicios de salud son mujeres. Ellas alcanzan un 66% de los funcionarios, mientras que los hombres sólo un 34% del total.

Descripción de Cargo: Auxiliar de Enfermería

El Hospital Carlos Van Buren, a través de su Departamento de Recursos Humanos, ha determinado la descripción de cargo de sus Auxiliares Paramédicos.

Esta descripción de cargo plantea que las principales funciones de los auxiliares son dar atención de enfermería a los pacientes, de acuerdo a las indicaciones médicas y de enfermería, en consonancia a las pautas y normas establecidas. Sus responsabilidades pasan por el cuidado del material que utilizan. Deben enfrentar turnos rotativos con

jornadas de 44 horas semanales. Dependen directamente de la enfermera jefe y su cargo pertenece al Escalafón Técnico.

Descripción de la Organización

El Hospital Carlos Van Buren, inserto en el Servicio Salud Valparaíso - San Antonio, es un recinto hospitalario clasificado como Tipo 1. Esta clasificación la realiza el Ministerio de Salud sobre la base de los siguientes factores:

- a) grado de complejidad técnica y nivel de desarrollo de especialidades;
- b) grado de desarrollo de organización administrativa;
- c) ámbito geográfico de acción, acorde con el sistema de complementación asistencial;
- d) número de prestaciones tales como consultas egresos y otros.

Al igual que el resto de los recintos hospitalarios, el Hospital Carlos Van Buren está destinado a realizar todas o algunas actividades de recuperación, fomento y protección de la salud y de rehabilitación de personas enfermas, mediante atención cerrada, abierta de pacientes referidos y de emergencia.

Este hospital acoge a una población de 444.213 personas provenientes de las localidades de Valparaíso, Casa Blanca, Juan Fernández, San Antonio, Algarrobo, El Quisco, El Tabo, Cartagena, Santo Domingo e Isla de Pascua. Sin embargo, en el caso de la especialidad clínica de Neurocirugía, esta cobertura aumenta al abarcar toda la población de la Quinta Región. Del mismo modo, el servicio clínico de Oncología

amplía su espectro de atención a toda la zona norte, ya que es el único recinto hospitalario en esta disciplina.

La **misión** del hospital es contribuir a la satisfacción de las necesidades de salud integral de la población asignada, en especial las de mayor complejidad, otorgando prestaciones abiertas y cerradas, de emergencia y programadas. Su accionar está fundamentado en la equidad, participación, descentralización y satisfacción del usuario, promoviendo la investigación clínica y docencia.

La **visión** de esta organización comprende los siguientes puntos:

El hospital sólo será concebido como integrante de una red asistencial.

La organización del hospital tenderá hacia la atención por complejidad, sobre la concepción de Servicios Clínicos.

Se fortalecerán las especialidades priorizadas de acuerdo al rol definido por la red regional para este hospital.

FORMULACION DEL PROBLEMA

La problemática del Bienestar Psicológico planteado en esta investigación obedece a las siguientes dos preguntas:

- 1.- ¿Qué Bienestar Psicológico presentan las mujeres Auxiliares Paramédicos del hospital Carlos Van Buren?
- 2.- ¿Existen diferencias en el Bienestar Psicológico de la muestra considerando su rol de género y situación contractual ?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Estudiar y analizar el Bienestar Psicológico que presenta un grupo de mujeres Auxiliares Paramédicos del hospital Carlos Van Buren perteneciente al Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio, considerando su rol de género y situación contractual.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Detectar la **Salud Mental** (Cuestionario de GHQ) de las mujeres Auxiliares Paramédicos del hospital Carlos Van Buren, considerando su situación conyugal y la presencia de hijos.
2. Identificar la **Salud Mental** (Cuestionario de GHQ) de las mujeres Auxiliares Paramédicos del hospital Carlos Van Buren, considerando su titularidad o contrata.
3. Establecer el nivel de **Depresión** (Inventario de Beck) de las mujeres Auxiliares Paramédicos del hospital Carlos Van Buren, considerando la situación conyugal y la presencia de hijos.

4. Precisar el nivel de **Depresión** (Inventario de Beck) de las mujeres Auxiliares Paramédicos del hospital Carlos Van Buren, considerando su titularidad o contrata.
5. Determinar el nivel de **Autoestima Global** (Escala de Rosenberg) de las mujeres Auxiliares Paramédicos del hospital Carlos Van Buren, considerando su situación conyugal y la presencia de hijos.
6. Clarificar el nivel de **Autoestima Global** (Escala de Rosenberg) de las mujeres Auxiliares Paramédicos del hospital Carlos Van Buren, considerando su titularidad y contrata.
7. Conocer el grado de **Satisfacción con la Vida Actual** (Índice de Calidad de Vida) de las mujeres Auxiliares Paramédicos del hospital Carlos Van Buren, considerando su situación conyugal y la presencia de hijos.
8. Identificar el grado de **Satisfacción con la Vida Actual** (Índice de Calidad de Vida) de las mujeres Auxiliares Paramédicos del hospital Carlos Van Buren considerando su titularidad y contrata.

RELEVANCIA DEL ESTUDIO

A través de la lectura nos hemos encontrado con diversas opiniones relativas a lo beneficioso o perjudicial que es para la salud mental y física de las mujeres el que salgan de casa a trabajar en forma remunerada. Beneficioso es la independencia económica que ello trae aparejado, pero de mayor importancia son los logros de orden psicológico que la mujer trabajadora alcanza: autonomía, estatus, seguridad en sí misma, compañerismo, reconocimiento, red de apoyo social y otros. A la vez, factores como el estado civil, la duplicidad de roles, la edad, el nivel de estudios, las capacidades y actitudes personales pueden perturbar la salud mental de las trabajadoras si no se les presta el apoyo necesario.

Nuestra realidad social es la siguiente. No puede negarse que la incorporación de la mujer al mundo laboral se ha visto incrementada en los últimos años, lo cual ha significado, en la práctica, la necesidad de una mayor flexibilidad en los roles. Sin embargo, nuestra sociedad aún atribuye a la mujer la tarea del cuidado de los hijos y del hogar por sobre cualquier otra actividad. Y al hombre, el papel de proveedor económico de su familia, tarea por la cual se le perdona el desentendimiento del resto de las obligaciones familiares.

Así mismo, hemos advertido que las investigaciones sobre el tema no dejan de ser limitadas y pertenecientes a realidades extranjeras. Esto aleja la posibilidad de intervenir en nuestro contexto laboral nacional ya que se carece de información relevante. La finalidad de este estudio es proporcionar esa información como punto de partida para construir un marco teórico que permita indagar sobre el tema y potenciar la salud mental de las trabajadoras, mejorando la calidad de vida, considerando la

duplicidad de roles que ellas cumplen en nuestra sociedad, reconociendo la desigualdad de derechos derivada de su condición de género, de su nivel de estudios, de sus posibilidades reales de promoción y otros.

Ahora bien, estas mejoras en las funcionarias del sector salud benefician a toda la comunidad, ya que la calidad de la atención médica también se ve comprometida. Existe escasa planificación en los tipos de ayuda que se les puede brindar a nivel de desarrollo personal, y los intentos de capacitaciones responden a inquietudes de grupos aislados de distintas disciplinas científicas, las que podrían actuar en conjunto para asegurar complementariedad y continuidad en el tiempo. Tal vez resultaría positivo entregar herramientas que apuntaran a considerar, como punto crucial y de manera estratégica, la inversión en el recurso humano de una organización como medio para potenciar la calidad en la entrega de servicios, pero para ello nuevamente se hace necesaria la documentación sobre la realidad de nuestro contexto laboral nacional.

De lo anterior se desprende la importancia de este estudio. La relevancia teórica apunta a la necesidad de conocimiento empírico y teórico acerca de la salud mental de las trabajadoras del sector salud desde una perspectiva psicosocial. La relevancia metodológica de esta investigación se relaciona con la aplicación de un modelo de salud mental con variables psicosociales a una muestra de mujeres técnico paramédicos de un hospital perteneciente al Servicio de Salud. Y la relevancia práctica de este estudio apunta a la descripción de los estados de salud mental de estas mujeres trabajadoras.

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

PSICOLOGÍA SOCIAL

En el siguiente apartado revisaremos el concepto de psicología social, los campos de estudio de esta disciplina y el concepto de conducta social que inunda su objeto de estudio.

CONCEPTO DE PSICOLOGÍA SOCIAL

La Psicología Social es uno de los campos interesados en el estudio objetivo de la conducta humana (Hollander, 1976), específicamente la conducta social del hombre (Salazar, 1990).

En Hollander (1982) encontramos que el enfoque particular de la psicología social está en el estudio de la conducta social que se refleja en el efecto de un individuo o de un grupo sobre otro individuo, ya sea en sentido real o virtual. Del mismo modo, Rodríguez (1990) dice que "la psicología social estudia las manifestaciones de comportamiento suscitadas por la interacción de una persona con otras personas, o por la mera expectativa de tal interacción".

La psicología social, se distinguiría por dos factores fundamentales: el primero es su interés en el *individuo* como participante en las relaciones sociales y el segundo es

la importancia que le atribuye a la *comprensión* de los procesos de influencia social subyacentes bajo tales relaciones (Hollander, 1976).

Siguiendo la idea manifestada por Hollander, Rodríguez (1990) plantea que lo distintivo de la psicología social es la interacción humana como objeto de estudio y el carácter latitudinal que no es otra cosa que poner de relieve el papel desempeñado por los factores situacionales en el comportamiento social. A lo anterior agrega la utilización del método científico en sus investigaciones.

Lo anterior se da cimentado en los procesos de influencia social, los cuales provocan fenómenos tales como la conformidad, el liderazgo, el prejuicio, la moral colectiva y el conflicto intergrupalo (Hollander, 1976)

Como el interés de esta ciencia, según Rodríguez (1990) y Hollander (1976), es el individuo en sociedad, se vale de conceptos y procesos psicológicos como la comprensión de la dinámica de las relaciones humanas, teniendo en cuenta las percepciones, las motivaciones y el aprendizaje individual.

Según esta disciplina, la interacción social constituye el medio de los fenómenos de influencia social. Al estudiar la influencia social, la psicología social atiende la relación entre variables tales como las actitudes, los valores, la cohesión grupal, los roles, las normas y los grupos de referencia en el terreno de la investigación, poniendo hincapié en la verificación de los efectos recíprocos de estas variables de acuerdo a los postulados de las concepciones teóricas (Hollander, 1982).

Según Salazar (1990), la psicología social aborda problemas como el estudio de las bases biológicas de la conducta social, posibilita el desarrollo de la psicología

ambiental, la cognición social, la comunicación, la socialización, el carácter nacional y el desarrollo económico-social.

Siguiendo a Salazar podemos decir que "el problema central de la psicología social es la comprensión de la relación entre el hombre y su medio sociocultural" o, como la define Rodríguez (1990), "es el estudio científico de las manifestaciones de comportamiento de carácter situacional suscitadas por la interacción de una persona con otras personas o por la mera expectativa de tal interacción, así como de los estados internos que se infieren lógicamente de estas manifestaciones".

CAMPOS DE ESTUDIO DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL

Nos referiremos a dos de los campos de estudio nombrados por Salazar (1990), por considerarlos de interés para nuestro estudio. Ellos son los fenómenos de cognición social y de socialización.

En relación al fenómeno de la **cognición social**, el autor toma tres elementos de esta corriente de estudio como los más relevantes: los estereotipos sociales, la teoría de los constructos personales y la teoría de las atribuciones.

Salazar cita el trabajo de Kartz y Braly (1947) para el caso de los estereotipos sociales, quienes buscaban averiguar cuál es la concepción que existe, cómo se perciben los grupos sociales mutuamente y cómo se perciben a sí mismo.

La teoría de los constructos personales de G.A. Kelly citada por Salazar (1990), plantea la existencia de gran variabilidad en la forma en que los sujetos perciben la

realidad, ya que ellos utilizan dimensiones muy diversas. Sin embargo, esta forma de concebir el mundo es muy importante como determinante de la conducta.

Por último, la teoría de las atribuciones (H.H. Kelly, 1967) habla de cómo el individuo llega a atribuir responsabilidades por los hechos que percibe en diferentes personas y entidades o en general el entorno que le rodea.

El segundo fenómeno, el de la **socialización**, es entendido como el "proceso de adquisición de características como individuo funcionante de un grupo social". Aquí cobran relevancia G.H. Mead (1953 en Salazar, 1990) y su preocupación por el desarrollo de la persona a través de la toma de roles, y el "interaccionismo simbólico" que se deriva de sus planteamientos. Por otro lado está Bandura (1963), quien habla sobre el uso de modelos en el proceso de aprendizaje social, los cuales son considerados de suma relevancia en los estudios de socialización (en Salazar, 1990).

CONDUCTA SOCIAL

Importante es clarificar el concepto de conducta social, ya que al menos estos dos autores lo consideran el objeto de estudio de la psicología social (Hollander, 1982 y Salazar, 1990)

El mismo Salazar plantea que la forma más frecuente que tiene el hombre para vivir es en grupos, por lo que se puede inferir que biológicamente es una especie gregaria y que posiblemente existan patrones de conducta que propicien este tipo de vida, adquiridos en el proceso de evolución, y que son transmitidos genéticamente. Sin embargo, no existe acuerdo en esta materia y prácticamente es imposible de comprobar,

por lo que determinar si los seres humanos somos o no sociables por naturaleza es una cuestión que debe ser dejada de lado (Salazar, 1990).

Salazar (1990) afirma que otra forma de plantear el carácter social del hombre es partiendo de una idea meramente descriptiva, indicando que el ser humano es social porque vive en grupos. Dentro de su vida son muy pocas las conductas realizadas que no implican directa o indirectamente a otros seres humanos, que *no son interacción* y que, por ende, no son conducta social. Es posible afirmar que el ser humano es social porque la mayor parte de su conducta es respuesta a estímulos que proceden de otros seres humanos.

Sin embargo, existe otra forma de ver al ser humano como ser social: la forma de reaccionar ante los estímulos de los demás sujetos está condicionada por la suma de sus influencias socioculturales, las que ha experimentado a lo largo de su historia. Esto quiere decir que el ser humano ha internalizado una cultura determinada, ha adquirido una conciencia social. Lo anterior posibilita al sujeto responder de acuerdo a su experiencia social particular y en función de la experiencia social que los miembros de su grupo han acumulado a lo largo del tiempo.

Por lo tanto, para Salazar (1990) el ser humano es social: "a) *porque la mayor parte de su conducta es respuesta a estímulos de carácter social*, y b) *porque su forma de responder está influida por las experiencias sociales propias y anteriores, y las de los miembros de su sociedad que han sido acumuladas y transmitidas en forma de cultura e internalizado por el ser humano a través de un proceso de aprendizaje social.*"

PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

El campo de acción de la Psicología Social Aplicada es muy amplio, incluyendo los fenómenos que se refieren a los problemas sociales y abarcando todo un conjunto de temas sobre la conducta normal de las personas. Definiciones de esta ciencia las da Oskamp (1984): "Aplicación de los métodos de la Psicología Social, teorías, principios o resultados de investigaciones para comprender o solucionar problemas sociales" o "la Psicología Social Aplicada recoge ciertos aspectos de la psicología social y los aplica de manera sistemática para la obtención de algún propósito social."

Por otro lado, Sánchez (1990) enuncia: "una ciencia alcanza la categoría de ciencia aplicada cuando de sus conocimientos básicos se derivan productos que solucionan problemas inmediatos y cuando aplica su metodología a la investigación de esos problemas a fin de hayarles pronta solución". Por último, Rodríguez (1990) la identifica como dedicada fundamentalmente al empleo de sus conocimientos teóricos y básicos en la realización de investigaciones directamente relacionadas con la resolución de problemas sociales concretos. Por lo tanto, la tarea del psicólogo social aplicado está destinada a lograr la solución de un problema concreto y no a la especulación.

Aunque a simple vista pareciera que la psicología social y la psicología social aplicada fueran disciplinas perfectamente separables, es un error pensarlo así. Morton Deutsch (1971) plantea que hablar de psicología social pura y aplicada es hablar de dos extremos de un mismo continuo, siendo el investigador el que viaja sobre él, haciéndose preguntas sobre cómo funciona el mundo y al mismo tiempo si su investigación servirá para cambiarlo (en Rodríguez, 1990)

TECNOLOGÍA SOCIAL

A diferencia de las ciencias naturales, quienes han logrado elaborar un cuerpo de conocimientos y tecnologías perfeccionados a través del tiempo a partir de un conjunto de principios básicos, los investigadores en psicología social han logrado un conjunto de teorías sobre interacción humana que, al momento de llevarlas a la realidad, han reportado resultados contradictorios, conformando sólo un agregado de conocimientos interesantes. Sin duda, lo anterior se ve agravado por el dinamismo del objeto de estudio. Las interacciones se estudian en un momento histórico determinado, en una cultura determinada que, al cambiar, origina cambios en las explicaciones que se formulan (Sánchez, 1990).

Sin embargo, existe un esfuerzo por diseñar una "tecnología social", definida como "la actividad que conduce a la planeación de soluciones a problemas sociales, a través de combinaciones de los hallazgos derivados de diferentes áreas de las ciencias sociales" (Varela 1975 en Rodríguez, 1990). Claro está que la categoría de esta tecnología no se puede comparar con otras provenientes desde las ciencias naturales. Las soluciones que puede lograr no tienen la misma duración en el tiempo que las otras tecnologías, producto de las características del objeto de estudio, la interacción humana, lo que trae como consecuencia que el psicólogo social aplicado actúe permanentemente en plan de investigador aplicado (Varela, 1971 en Sánchez, 1990). Sin embargo, Reyes y Varela, (1981) destacan que el papel del tecnólogo social no es investigar sino resolver los problemas concretos a los que se ve enfrentado basado en los hallazgos de los investigadores. En otras palabras "el tecnólogo social está tan preocupado con la

sociales, así como tampoco a la construcción social que de él se hace en el lenguaje (Warr, 1987 en Álvaro, Torregrosa y Garrido, 1992). Varía según autores, definiciones y modelos teóricos, dependiendo tanto de psicólogos como de sociólogos y médicos, así como también dependiendo de la persistencia de diferentes representaciones sociales acerca de lo que es la enfermedad mental (Silvana de Rosa, 1987 en Álvaro y Páez, 1996). Además, se une la confusión entre salud y enfermedad mental, entregando definiciones cíclicas entre ambas y la consecuente dificultad para medirla. Álvaro y Páez (1996) afirman que "los conceptos de salud y de enfermedad mental son tanto la expresión de problemas de tipo emocional, cognitivo y comportamental como realidades simbólicas, construidas cultural e históricamente en la propia interacción social".

Por otro lado, enfermedad y salud mental son situaciones que no permiten ser definidas una como la ausencia de la otra (Álvaro y Páez, 1996).

Sabiendo que la salud mental en parte es una construcción simbólica e históricamente determinada, a grandes rasgos se pueden reconocer cuatro perspectivas diferentes:

1. Como ausencia de malestar
2. Como manifestación de un bienestar subjetivo (físico y emocional).
3. Como la manifestación de una buena calidad de vida
4. Como la presencia de un conjunto de atributos individuales positivos.(Álvaro y Páez, 1996)

La *primera* de estas formas de ver la salud mental, como ausencia de enfermedad, es característica de los criterios utilizados en psiquiatría para el diagnóstico del deterioro en la salud mental (ej. DSM IV), los cuales evalúan la presencia relativa y

la duración de los síntomas, y el funcionamiento no integrado. Sin embargo, esta forma de concebir la salud mental es insuficiente ya que deja fuera a una gran cantidad de personas que sin ser diagnosticadas sufren un detrimento en su bienestar psicológico (Álvaro y Páez, 1996).

Esta forma de ver la salud mental, en la práctica se traduce en dos formas de medir los trastornos psicológicos:

1. Mediante autorreporte del afectado, quien responde a índices estandarizados como escalas de depresión, escalas de ansiedad o escalas generales de sintomatología como el cuestionario de Salud Mental de Goldberg. Estas "encuestas formadas por listas de síntomas suelen ser cortas y de pasación rápida, obteniendo información sobre la autopercepción de pensamientos, sentimientos y comportamientos que podrían definir un problema de salud mental"(Páez y otros, 1986), mediante el grado en que se desvían de un estándar de neutralidad afectiva o confort emocional positivo. Si bien esta forma es cuestionada por su minimalismo, hay que hacer notar que la prevalencia de trastornos emocionales y físicos alcanzan a un 15% de la población general (Páez y otros, 1986; Sánchez, 1988; Ingham, 1988; en Álvaro y Páez, 1996)
2. Mediante la evaluación de personal especializado, quienes utilizan entrevistas estructuradas y criterios de diagnóstico, como los de la OMS-ICD- 10 o del DSM-IV (Páez y otros, 1986 en Álvaro y Páez, 1996).

La *segunda* de estas formas de concebir la salud mental se refiere a un equilibrio positivo de afectos, esto es, que las experiencias emocionales del sujeto den como

resultado un predominio de las experiencias positivas por sobre las negativas (equilibrio entre afectividad positiva y negativa). Álvaro y Páez (1996) indican que distintos investigadores conciben estas dimensiones como independientes, por lo cual servirían para medir el bienestar (Ryff, 1989; Bradburn, 1969 citado en Warr, Barter y Brown-Bridge, 1983). Según Wagner (1988 citado en Álvaro y Páez, 1996), una alta afectividad negativa está relacionada a la ansiedad y estrés y, por el contrario, una baja afectividad positiva estaría vinculada a la depresión, déficit de refuerzo positivo y de interacción social. Mirowsky y Ross (1989 citado en Álvaro y Páez, 1996), indican que la afectividad positiva y negativa son parte de un continuo que representa la misma dimensión emocional. Ellos señalan que el bienestar aumenta y la afectividad negativa disminuye cuando los niveles educativos y socioeconómicos son mayores y los sentimientos de pérdidas y las dificultades financieras son menores. Ahora bien, es importante hacer notar que los autores plantean que la mayoría de las personas reportan que "lo normal" son niveles normales, es decir, un equilibrio afectivo con un predominio moderado de los afectos positivos, siendo poco comunes los niveles altos de afectividad negativa como positiva.

La *tercera* forma de concebir la salud mental se refiere a aspectos tanto objetivos del nivel de vida de los sujetos como a aspectos de índole subjetivos, donde se incorporan aspectos sociales, físicos y psicológicos. Por lo tanto, dentro de la calidad de vida se contemplan la salud física, la salud mental, la integración social y el bienestar general (Blanco, 1985 y Blanco y Chacón, 1985 en Álvaro y Páez, 1996).

La *cuarta* forma de concebir la salud mental son los criterios postulados por Jahoda (1958 en Álvaro y Páez, 1996), quien plantea que existen distintas maneras de

concebirla, destacando la presencia de un conjunto de rasgos positivos manifestados en el bienestar psicológico subyacente con relación a las consideraciones situacionales (Sánchez, 1988; Taylor y Brown, 1988; Ryff, 1989 en Álvaro y Páez, 1996). Entre los rasgos positivos están dominio del ambiente, autorrealización, autoestima, integración del yo, autonomía y adecuada percepción de la realidad, bienestar emocional, la competencia, la aspiración y el funcionamiento integrado los cuales conformarían en conjunto los principales elementos de la salud mental (Jahoda, 1958 y Warr, 1987 en Álvaro y Páez, 1996). Por último, Jahoda considera la salud mental como el grado de éxito obtenido en diferentes esferas de la vida como son las relaciones interpersonales, el trabajo o la resolución de conflictos, entre otros.

Según la O.M.S. (1946 en Páez y col. 1986), la "salud no es sólo la ausencia de enfermedad sino un estado de completo bienestar físico, mental y social". El bienestar es un estado dinámico de la mente que se caracteriza por un grado razonable de armonía entre las facultades, las necesidades y las expectativas del trabajador, y las exigencias y oportunidades del medio ambiente. En consecuencia, la salud mental se define en términos de bienestar, validándose así el gran aporte realizado por las ciencias sociales en la definición de este concepto.

Desde la perspectiva psicosocial, Darío Páez y otros (1986) hace una reformulación replanteando la definición de salud mental, enfatizando el carácter socialmente construido y determinado. La define como una característica individual en su forma de existencia, en directa relación con los individuos pero con una génesis social, ya que es una resultante de factores psicosociales, social en sus funciones y en su contenido. Siguiendo su misma línea de pensamiento, el estado de salud mental de un

individuo es el resultado de una compleja ecuación donde intervienen factores personales, microsociales, macrosociales y de acceso a los sistemas de salud.

BIENESTAR PSICOLÓGICO

Nuestro estudio aborda el bienestar psicológico desde la perspectiva del modelo Psicosocial de Warr.

El concepto de bienestar psicológico es definido por Warr (1987) como un proceso complejo cuyos componentes se agrupan en tres categorías: global, negativo y positivo, distribuyéndose a lo largo de un continuo que recorre desde las manifestaciones menos estables a las más estables (en Rodríguez, 1991/1993).

El primero de ellos, el bienestar psicológico global, se refiere a una serie de procesos afectivos, conductuales y cognitivos interrelacionados que tienen que ver con los sentimientos de la gente sobre sus actividades de la vida cotidiana. El segundo, el bienestar psicológico bajo o negativo, se caracteriza por la aparición de estados de ansiedad, depresión, moral baja, falta de confianza en uno mismo, sentido pobre de autonomía personal, incapacidad para afrontar los problemas de la vida diaria y por el descontento con uno mismo y con su ambiente físico y social. Estas características pueden darse en personas que no están enfermas. Sin embargo, cuando estos estados son relativamente extremos, generalizados y se extienden en el tiempo, entonces el bienestar psicológico muy bajo puede tener mucho en común con lo que se denomina enfermedad psicológica. Por otra parte, el bienestar psicológico alto o positivo es definido en cierta forma por la ausencia de los síntomas del bienestar psicológico negativo, pero en un

sentido más amplio, ya que se caracteriza por implicar una tendencia efectiva hacia el crecimiento y la autorrealización (Rodríguez, 1991/1993).

Beiser 1974 (en Rodríguez, 1993) indica que no es conveniente, desde un punto de vista conceptual y metodológico, estudiar el bienestar psicológico a través de los componentes afectivos, como un concepto unidimensional y global, sino de forma separada y en interacción.

En sus estudios, Álvaro (1992) mide cuatro aspectos del bienestar psicológico: salud mental (GHQ), sintomatología depresiva (Inventario de Depresión de Beck), autoestima (Escala de Autoestima de Rosenberg) y satisfacción con la vida actual.

Tanto Rodríguez (1993) como Álvaro (1992) plantean que el modelo de Warr (1987 en Álvaro, 1992)) puede ser aplicado para explicar las consecuencias de diferentes empleos sobre el bienestar psicológico.

Según este autor, en cualquier ambiente el bienestar psicológico individual dependerá de una serie de características de orden psicosociales.

Warr presenta la salud mental como el resultado de las interacciones entre las características del medio, los procesos a los que dan lugar dichas características y ciertos atributos estables de personalidad.

Warr (1987 en Álvaro, 1992) propone las siguientes características como factores determinantes del bienestar psicológico en cualquier medio:

1. La oportunidad de control sobre el medio.
2. Oportunidad para la utilización y desarrollo de los conocimientos y capacidades personales.
3. Existencia de objetivos generados en el medio.

4. Variedad.
5. Claridad ambiental.
6. Disponibilidad económica.
7. Seguridad física.
8. Oportunidades para desarrollar las relaciones interpersonales.
9. Posición social valorada.

El autor llama "vitamínico" a su modelo porque "el medio tiene sobre el bienestar psicológico una influencia semejante al efecto de las vitaminas sobre la salud física". Warr (1987 en Álvaro, 1992) hace una analogía entre la forma en que los factores ambientales influyen sobre la salud mental y la forma en que las vitaminas influyen sobre la salud física. La deficiencia vitamínica supone un deterioro físico, pero los aumentos en el nivel de vitaminas que sobrepasan las necesidades del organismo no se traducen en beneficios añadidos sino en consecuencias negativas para la salud. Por lo tanto, un medio social carente o con deficiencia de las características señaladas, estará asociado a un bajo nivel de salud mental. Una vez que los factores ambientales alcanzan un nivel óptimo, la salud mental no se verá beneficiada por nuevos aumentos sino que puede ser perjudicial para ella.

En este modelo se dan dos tipos de asociaciones no lineales: en niveles bajos de características del medio se observará una relación proporcional entre los aumentos ambientales y las mejoras de la salud mental. Llegados a un nivel óptimo, los aumentos tendrán un efecto constante en el nivel de la salud mental hasta alcanzar un punto en el que un incremento no tendrá ningún efecto positivo adicional o provocará un deterioro psicológico.

Warr asume un modelo de relación no lineal entre las características del medio y la salud mental, dando cuatro razones para explicar este tipo de relación:

1. Los incrementos en las características del medio (por ej., dinero) provocan un mayor efecto sobre la salud mental en niveles bajos que en medios. Paralelamente, la capacidad para enfrentarse a condiciones adversas del medio es mayor en niveles medios que en bajos.

2. Pequeñas modificaciones en las condiciones del medio son experimentadas como no problemáticas en los niveles medios. En los niveles bajos, ligeros cambios en las condiciones del medio son percibidos como una amenaza contra la persona, aumentándose los niveles de atención, percepción discriminativa y consciencia de los cambios percibidos.

3. La mayor probabilidad que tiene las personas situadas en niveles bajos de atribuir su negativo estado emocional al medio los llevaría a una mayor capacidad discriminativa entre diferentes medios y a un deterioro de su condición mental.

4. Los altos niveles de salud mental alcanzado por las personas situadas en los niveles medios actúan, a su vez, como variables moderadoras de las presiones ejercidas por el medio.

En relación a las características personales, el modelo de Warr suma a los componentes psicológicos de salud variables de carácter sociodemográfico como la edad, el género, el estatus socioeconómico, los valores personales y las habilidades intelectuales, psicomotoras y sociales.

Volviendo a lo planteado por Beiser (1974 en Rodríguez, 1993) y por Álvaro (1992) en relación a que, por un lado, no es conveniente medir unidimensionalmente el

bienestar psicológico y, por otro, que para medirlo deben considerarse los cuatro aspectos siguientes: Salud Mental, Depresión, Autoestima y Calidad de Vida, se hace recomendable estudiarlos por separado y ver cómo se comportan o interactúan.

En cuanto a la depresión, el modelo postulado por Beck (1983) señala tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: 1) la tríada cognitiva, 2) los esquemas, y 3) los errores cognitivos en el procesamiento de la información.

La Tríada Cognitiva, se subcompone de tres patrones cognitivos:

1. El primer componente se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. Se percibe enfermo, torpe, con poca valía, tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, físico o moral. Debido a lo anterior, tiende a subestimarse, a criticarse a sí mismo y piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad.
2. El segundo componente se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. El sujeto interpreta las relaciones con el entorno en términos de interacciones de derrota o frustración. El sujeto transforma la realidad de tal modo que ésta siempre aparece haciéndole demandas exageradas y/o presentando obstáculos insuperables.
3. El tercer componente se centra en la visión negativa acerca del futuro. El sujeto piensa que a futuro su situación no cambiará, por el contrario, cree que se seguirán repitiendo las complicaciones.

Los esquemas constituyen la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. De este modo, el sujeto categoriza y evalúa

sus experiencias por medio de una matriz de esquemas. En el caso del esquema depresivo o la estructura de pensamiento depresiva, las conceptualizaciones de los sujetos ante determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados preponderantes. Esta situación evoluciona de tal modo que la organización cognitiva puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa que el individuo no responda a los cambios que se producen en su entorno.

Los errores en los procesamientos de la información son de tal fuerza que mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria. Estos errores son: inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, personalización y pensamiento absolutista, dicotómico.

En relación a la autoestima, ésta ha sido conceptualizada por diferentes autores: Bardwick (1976), la define como "una cuestión de confianza en sí mismo" (en Jayme y Sau, 1996). Philips la define como una balanza entre las experiencias positivas y negativas. Se ha constatado que hay una autoestima que depende de la valoración social externa y otra de carácter interno que depende de si el sujeto cumple sus expectativas internas (en Páez, 1986).

Hamachek (1978 en Novakovich y Salinas, 1999) señala que existen dos aspectos fundamentales al hablar de autoestima: el cognitivo, que ha sido denominado autoconcepto y que alude a un conjunto de ideas y creencias que una persona tiene respecto de sí misma en un momento y tiempo dado; y el afectivo, llamado autoestima propiamente tal, referido al grado en que la persona se valora a sí misma, teniendo en cuenta sus características y habilidades.

En 1985 L'Ecuyer sintetiza las diversas definiciones de autoestima existentes arrojadas por distintos autores en la siguiente: un conjunto de rasgos, imágenes y sentimientos que el sujeto reconoce como parte de sí mismo, siendo influenciado por el medio y organizado de manera más o menos consistente (Córdova, Correa y Magnan, 1998)

Por su parte, Brande (1988) afirma que la autoestima se refiere a lo que pienso sobre mí mismo, lo que no es necesariamente idéntico a lo que otros sientan y piensen de mí (Córdova, Correa y Magnan, 1998).

Bachman y O'Malley adaptan la definición dada por Rosenberg de autoestima, dejándola concebida como el sentimiento de capacidad personal e imagen o autoevaluación positiva de sí mismo (Córdova, Correa y Magnan, 1998).

En relación a la satisfacción con la vida presente, de acuerdo a Rise, Near y Hunt (1980) se pueden distinguir tres hipótesis: la de desbordamiento, la de compensación y la de segmentación. La de desbordamiento señala que existe una relación positiva entre la satisfacción laboral y la satisfacción con la vida. Ya sea una alta satisfacción o insatisfacción en un aspecto es capaz de desbordarse hacia otro, produciéndose una misma actitud. La segunda hipótesis, la de compensación, sugiere que una alta satisfacción en un dominio, como puede ser el laboral, es capaz de compensar una menor satisfacción en otros dominios o a la inversa. Lo anterior determina una relación negativa entre ambos tipo de satisfacción. En relación a la tercera hipótesis, la de segmentación, indica que los sujetos separan las experiencias sociales de la vida. Así, las actitudes hacia el trabajo son independientes de las actitudes hacia otras esferas de la vida; por lo tanto,

no podría existir correlación entre la satisfacción con el trabajo y la satisfacción con la vida (en Novakovich y Salinas, 1999)

Para Muchinsky (1993) existe una relación causal recíproca entre ambos tipos de satisfacción (Bravo, Peiró y Rodríguez, 1993)

ESTUDIOS EN CHILE SOBRE SALUD MENTAL

Haremos mención a dos estudios realizados en Chile relativos a la salud mental utilizando el GHQ.

El primer estudio se llevó a cabo en dos consultorios generales ubicados en Concepción, durante el año 1992 y estuvo a cargo de Vicente y cols. La muestra estaba formada principalmente por mujeres (70.1%), el 65% tenía entre 31 y 50 años y el 27% era menor de 30 años. Ver resultados en Tabla N°7.

Tabla N°7: Resultados de estudio sobre Salud Mental en Consultorios de Concepción

Diagnóstico	Nº	%
Sano	142	81
Algún Diagnóstico	32	18,4
Estado Ansiedad	12	6,9
Depresión Neurótica	9	5,2
Reacción Aguda al estrés	3	1,7
Otros	8	4,6
Total	174	100

El 18.4% clasificó para un diagnóstico de un trastorno mental, mostrando mayor frecuencia las mujeres con un 22.4%, que los hombres con un 8.2%. (Vicente, 1992)

El segundo estudio buscó determinar el riesgo de trastorno emocional en personal a cargo de la atención de pacientes psiquiátricos. Este estudio también aplicó el GHQ junto a un test de Percepción de Situaciones Estresantes. Se aplicó en la Región Metropolitana en el Instituto Psiquiátrico Dr José Horwitz (58 funcionarios) y en el Hospital San José (54 funcionarios) y en cuatro servicios de Psiquiatría de Hospitales Generales de Arica, Iquique, Antofagasta y Puerto Montt (48 funcionarios). Los resultados mostraron diferencias entre ambas muestras, siendo mayor el riesgo de presentar trastornos emocional en el personal que atiende pacientes no psiquiátricos (Ministerio de Salud, 1999)

La importancia de estas investigaciones radica en que abordan el problema del bienestar de los trabajadores. Desde la perspectiva que hemos seguido, estos pueden presentar algún tipo de deterioro en su bienestar psicológico a pesar de no estar necesariamente enfermos o desempleados. Dado el tiempo dedicado al trabajo y la significación social que éste tiene, es posible afirmar que en las condiciones físicas y psicológicas en que se realiza la actividad laboral se encuentran muchos de los factores de riesgos más importantes, así como también los factores que podrían favorecer y proteger la salud mental.

El lugar de trabajo no es sólo eso sino también una instancia de aprendizaje privilegiado para las acciones de promoción de factores protectores de la salud mental y de control de factores que aumentan el riesgo de deterioro. (Vicente, 1995)



PSICOLOGÍA SOCIAL Y GÉNERO

Para Cervantes (1994) y Burin (1998), es el psiquiatra Robert Stoller (1968) quien primero habla sobre el concepto de género, considerando su origen como producto de una construcción social.

Como construcción social, el mismo Cervantes plantea que los sujetos no nacen biológicamente determinados a vivir un cierto tipo de vinculación con los sistemas sociales imperantes; esto es, que no existe una programación biológica para la distribución del poder y las posibilidades de desarrollo social, afectivo, intelectual y psíquico sino que las características biológicas son utilizadas para justificar ideológicamente la construcción de las desigualdades. Así como lo plantea Campillo (1993), el género implicaría reconocer que la división del trabajo y las relaciones entre hombres y mujeres no se construyen en función de sus características biológicas sino como un producto social que legitima relaciones de poder en determinadas direcciones, el cual es histórico y transformable (en Córdoba y Faerron, 1997)

Este concepto es capaz de "reinterpretar la relación entre lo genético y lo adquirido, lo innato y lo aprendido, lo biológico y lo social, porque problematiza fundamentalmente la idea de las estructuras naturales inherentes a los individuos y cuestiona la supremacía de la naturaleza sobre la cultura en la definición de lo que es masculino y lo que es femenino, lo que es propio del hombre y lo que es propio de la mujer" (Cervantes, 1994). Por lo tanto, el concepto se ubica en la disputa clásica de lo natural y lo cultural.

El género se estructura como una construcción social donde lo biológico no sería otra cosa que el anclaje de toda la dinámica social que involucra. Este concepto no es visto como estático sino como resultado de las acciones humanas en condiciones específicas. Por lo tanto, el género se refiere a las relaciones sociales que moldean la identidad de hombres y mujeres (Laslett, B y Brenner, J., 1982 en Cervantes, 1994).

Del mismo modo, Conway, Bourque y Scott (1996) plantean que los sistemas de género no son la asignación funcional de papeles sociales biológicamente adscritos sino un medio de conceptualización cultural y de organización social.

Gayle Rubin (Jayme y Sau, 1996) plantea la existencia del sistema sexo/género para señalar así "el conjunto de operaciones mediante las cuales una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana". De este modo, la realidad biológica refiere a la realidad social, sugiriendo que la primera induce una actividad que tiene lugar en un contexto social y en una relación recíproca superando al determinismo, entendido también como imperativo genético.

Ussher (1992) plantea que un aspecto consensuado del género es su carácter social y que dicho carácter se adquiere mediante la socialización de hombres y mujeres respectivamente.

Por su parte, Mabel Burin (1998) define el género como "la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y hombres" siendo el resultado de un largo proceso histórico de construcción social.

Victoria Sau (1988, 1989 en Jayme y Sau, 1996) plantea que el concepto psicológico de género tiene cuatro características principales:

1. En la especie humana existen tantos géneros como sexos, en decir, dos. La conducta humana se aprende y es variable en el tiempo y en el espacio, existiendo sólo dos posibilidades de aprender: femenino y masculino.
2. El género tiene carácter vinculante. Son diferentes y se oponen bipolarmente, por lo tanto, antitéticos y asimétricos en el sentido de que son complementarios. El concepto de género acentúa las diferencias entre ambos grupos y las similitudes al interior de cada uno de los grupos.
3. Existe una jerarquización de los géneros donde el masculino es dominante y el género femenino, subordinado. Lo anterior establece una relación de poder.
4. Por último la estructura de los géneros es invariable tanto en tiempo como en espacio, lo que da lugar a creencias erróneas relativas a que sus causas sean naturales.

Además de las anteriores características, el género como categoría social se refiere a los roles impuestos por la sociedad y que rigen los comportamientos predeterminados como apropiados y característicos de hombres y mujeres respectivamente.

Por su parte, Scott (1996) define el género integrando las siguientes ideas: el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos; el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder. Por ser elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias entre hombres y mujeres, el género considera cuatro factores interrelacionados, que son:

1. Símbolos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples.
2. Conceptos normativos que expresan las interpretaciones de los significados que portan los símbolos, de tal modo de limitar y contener las posibilidades metafóricas de estos. Aunque estas normas son las predominantes de un determinado momento, la posición aparece como si fueran producto del consenso social cuando en realidad fueron producto del conflicto.
3. Nociones políticas y referencias a instituciones y organizaciones sociales. Los antropólogos han restringido el uso del género al sistema de parentesco. Sin embargo, Scott (1996) plantea la necesidad de una visión más amplia que incluya el mercado de trabajo, la educación y la política. El género, además de construirse mediante la familia, se construye también mediante la economía y la política.
4. La identidad subjetiva.

Estos elementos se interrelacionan entre sí, aunque no simultáneamente.

La segunda parte de la definición propuesta por Scott postula que el género es el campo primario dentro del cual o por medio del cual se articula el poder. Como conjunto objetivo de referencias, el concepto de género estructura la percepción y la organización, concreta y simbólica, de toda la vida social, estableciendo distribuciones de poder. De esta manera, el género se esgrime como una forma fundamental de la organización de la

igualdad o desigualdad, contando las estructuras jerárquicas con el entendimiento generalizado de la denominada relación "natural" entre hombre y mujer.

Para Fernández (1998), el género alude a una realidad eminentemente psicosocial. Este autor plantea la existencia de una distinción entre los objetos de estudio de la generología y la sexología, diferencia que va más lejos de lo social y sexual. Estas diferencias nacen desde una perspectiva biopsicosocial que debiera orientar el estudio del individuo. Fernández fundamenta en dos conceptos su postura: el polimorfismo sexual y la reflexividad.

El polimorfismo sexual es una crítica al tradicional aceptado dimorfismo. Plantea que la diferencia hecha a los sujetos no puede ser en dos, sino polimórfica, afirmando que el proceso de diferenciación puede dar lugar a ciertas discordancias entre los distintos niveles (sexo genético, endocrinológico, anátomo-fisiológico y neurológico), dando como resultado a los sujetos ambiguos (intersexualidad o hermafroditismo o pseudohermafroditismo).

La reflexividad presenta dos características fundamentales. La primera es "ser consciente" que asume los aspectos intelectivos como afectivos del ser humano, y su "carácter holístico", entendiéndose así que la reflexividad es más que la suma de sus componentes (cognitivos, metacognitivos, afectivos y corporales).

Gracias a la reflexividad "el sujeto a lo largo de su vida irá haciendo síntesis personal entre lo que el sujeto percibe de su peculiar morfismo sexual y lo que el contexto social, en que ésta le trata de imponer".

Estos conceptos dan lugar a dos grandes núcleos de implicaciones, las de carácter general y aquéllas que presentan aspectos claramente específicos. Las primeras se

refieren a nuestras sociedades, las que están pensadas fundamentalmente desde los varones y para los varones, vertebrando en este androcentrismo negativamente todos los principales quehaceres de nuestra vida cotidiana (educación, trabajo, vida familiar, etc.). Las implicancias específicas se refieren a una amplia documentación científica en torno a una serie de parcelas de la realidad de los humanos; roles, estatus, etc.

Estos conceptos, según el autor, nos ponen en una perspectiva biopsicosocial donde el sexo ciertamente está vinculado a lo biológico, a la par que muestra una evolución psicosocial, resultando un sujeto necesariamente sexuado que ha de desarrollar su naturaleza biopsicosocial. A su vez, el género surge de la reflexividad humana debido precisamente al dimorfismo sexual, siendo imprescindible para el completo desarrollo de ambos sexos. De este modo, ambas realidades del sexo y del género son susceptibles de modificaciones y, para ambas, lo biológico y lo psicosocial se muestran en permanente y continua interacción.(Fernández, 1998)

Para este autor, ambos conceptos permiten sustentar y fundamentar la sexología y la generología. Se plantean así dos campos: el de la sexología, que se ocuparía del estudio del comportamiento sexual, entendido el comportamiento y lo sexual en su más amplia concepción; y la generología, la que se ocuparía del estudio de la compleja realidad del género donde están las identidades, funciones o papeles, estereotipos y asimetrías de género, más el sexo como variable sujeto (diferencias y semejanzas en función del sexo) y como variable estímulo (percepciones que tienen los sujetos respecto al morfismo sexual) (Fernández, 1998).

Para efecto de nuestro estudio nos parece pertinente atender los temas de la identidad de género, rol de género y el sexo entendido como variable estímulo.

IDENTIDAD DE GENERO

La identidad de género, según Sau (1993), está referida a cómo vive cada individuo su propio género y mantiene su individualidad respecto a los otros. Una auto-atribución y participación en un determinado género, según Kessler y McKenna, (1985) (en Jayme y Sau,1996)

En un principio, la identidad de género se denominaba identidad sexual y también sexo vivido. En oposición al sexo asignado, la identidad de género describe sentimientos y cogniciones que cada persona tiene por el hecho de ser una mujer o un hombre. Según Money y Anke Ehrhardt (1972 en Jayme y Sau, 1996), la identidad de género sería "la igualdad a sí mismo, la unidad y persistencia de la propia individualidad como mujer, varón o ambivalente, en mayor o menor grado, en especial tal como es experimentada en la conciencia de sí mismo y en la conducta; la identidad de género es la experiencia personal del rol de género, y éste es la expresión pública de la identidad de género".

Por otro lado, Cervantes (1994) plantea que los ejes que definen la identidad de género de las mujeres son tres:

1. La maternidad y el ser madre
2. El matrimonio o la unión, y el ser esposa o compañera.
3. El trabajo o la profesión, y el ser trabajadora o profesional.

La identidad de las mujeres, histórica y determinada, es producto de articulaciones específicas que pertenecen a estos tres ejes. Es la forma en cómo se percibe, se valora, se introyecta y se vive simbólica y factualmente cada una de las

esferas mencionadas, lo que produce la resolución de la identidad en cada mujer. Estos ejes están siempre en acción y presentes porque son formas sociales que guían y delimitan la conducta, perfilan y evalúan las formas de actuar, participando de esa manera en la definición de lo que es propio genéricamente. Los ejes son capaces de definir todo lo que es ser mujer. Ellos funcionan como símbolos que diseñan, organizan, nombran y califican con todo detalle lo que significa ser mujer.

Estos ejes son dinámicos en su interactuar ya que desde la perspectiva histórica - temporal se adecuan al desarrollo o curso de vida de cada mujer y al ejercicio de la voluntad individual donde la articulación entre ellos se modifica y se recompone. Se reacomoda, produciendo cambios constantes en su manifestación grupal, comunitaria y social.

Según Cervantes (1994), no existe un momento determinado en la vida donde se logre la identidad de género como tal sino más bien, existe una redefinición en función de las experiencias que cada mujer vive, incorpora, valora o simboliza.

Estos ejes no funcionan como un engranaje perfectamente ensamblado, por el contrario, están en constantes rearticulaciones de acuerdo a la etapa de vida de cada mujer. Se es o no se es muchas cosas: madre, esposa y trabajadora, y en la actualidad las experiencias que vive. Estos papeles incluso pueden competir entre sí e intentar anularse. Estos ejes en constante redefinición y articulación entre sí influyen en las decisiones de las mujeres; dejan de trabajar para atender a sus hijos, postergan la reproducción por su profesión, no trabajan porque sus marido no las dejan, etc.

De esta forma concluimos que la identidad no se define de una vez para siempre sino que es un proceso cíclico, constante y permanente, sujeto a continuos cambios.

A pesar de lo anterior, para efectos de estructurar la identidad existe una cierta primacía del eje maternidad por sobre los otros (Cervantes, 1994). Este eje trae como consecuencia que el segundo en importancia sea el matrimonio o el ser esposa. Cervantes (1994) cita a Marcela Lagarde (1990), la cual prefiere utilizar el concepto madresposa, con el objeto de destacar que los dos elementos están fusionados. Además, hay quienes piensan que las mujeres recurren al matrimonio con el objeto de ser madres o para formar una familia, ante lo cual la pareja resulta ser un medio y no un fin en sí mismo.

Fernández (1998) señala que los pilares fundantes de la identidad de género son la reflexividad y el polimorfismo sexual. Éste, el poliformismo sexual, desde las interrelaciones que se establecen entre los niveles genéticos, endocrino, anatómico, fisiológico y neurológico para la producción de los procesos de sexuación / diferenciación. El otro, la reflexividad, a partir del nacimiento del niño, la niña o el sujeto ambiguo entra en funcionamiento con el objeto de seguir el proceso de las identidades que durará toda la vida.

Este modelo presenta cuatro características importantes de destacar.

1. En primer lugar, el modelo se fundamenta en datos que tengan suficiente solidez, independiente del enfoque a través del cual hayan sido puestos de manifiesto. Por lo tanto, se impone una visión pluridimensional o multifactorial en la consideración del proceso de la identificación de género. Todos esos elementos entran a formar parte del proceso de identificación que se fundamenta en el dimorfismo sexual aparente y en la

reflexividad que ejerce sus funciones dentro de un espacio y tiempo (sociedad) determinados.

2. Este modelo asume lo biológico y lo psicosocial como en continua interacción. Comprender al sujeto en tanto ser biopsicosocial no es posible hacerlo separando lo biológico (inmodificable) de lo psicosocial (modificable) ya que, como se sabe, " todas las conductas son el producto de interacciones inmensamente complejas entre genes y ambiente" (Barkow 1989; Fausto-Sterling 1985 en Fernández, 1998)
3. Este modelo hace referencia a la circularidad explicativa. O sea que no sólo los padres influyen sobre los hijos, sino que estos también determinan buena parte de las conductas de aquéllos. Lo mismo en la relación con los pares y con la sociedad.
4. El proceso de identidad ha de ser analizado dentro del contexto del ciclo vital.

Según este modelo, el bebé primero tiene que ir asimilando, gracias a su reflexividad, la significación posible de su dimorfismo sexual aparente y el de todos los demás sujetos que lo rodean. Durante los dos primeros años (de 0 a 2) los adultos tienen una serie de comportamientos diferenciados con los bebés, de acuerdo a su dimorfismo sexual, mientras que los bebés tratan de ganarse las recompensas (placer y refuerzo) al acomodarse diferencialmente a las distintas expectativas que los adultos tienen para cada sexo (dominio del género). Progresivamente, los procesos cognitivos van a ir desarrollándose de tal modo que ellos permitirán que el bebé discrimine los mundos correspondientes a cada uno de los sexos (realidad del sexo) y el conjunto de situaciones,

conductas y eventos que aparecen unidos en su específico ambiente -familiar y social- a cada sexo (realidad del género). Entre los 2 y 3 años el bebé podrá clasificarse a sí mismo y a los demás dentro del correspondiente grupo sexual, a la par que intentará comportarse de conformidad a las demandas de quienes tienen en su poder el control de los refuerzos, que recibirá en función de sus conductas estereotipadas según el sexo. Ahora, entre los 3 y 7 años, los niños están preparados para poder llevar a cabo una correcta identidad sexual y un proceso de identificación con todo aquello que puede considerarse como deseable para uno u otro sexo desde la sociedad. (Fernández, 1998)

Modelos psicológicos sobre el aprendizaje de la identidad de género

A continuación se plantearán distintas teorías en torno a la adquisición de la identidad de género.

Teoría del aprendizaje o condicionamiento

Este modelo teórico del aprendizaje no se ha interesado en explicar las conductas de género. Sin embargo, es importante abordarlo ya que es una forma de explicar el aprendizaje y adquisición del mismo (Jayme y Sau, 1996).

La mayoría de las personas están familiarizadas con el condicionamiento de tipo clásico (pavloviano), ya sea en personas o en animales domésticos (Gagné, 1993). Esta línea teórica describe sus primeras leyes desde la psicofisiología, siendo Pavlov su mentor principal (Jayme y Sau, 1996).

Esta línea, inspirada en el materialismo propio del siglo XIX, comenzó estudiando las actividades más simples, automáticas y voluntarias: los reflejos y los instintos. Estos, los instintos, han tenido diferentes interpretaciones como el innatismo y su automatismo o involuntariedad, resultando útiles para explicar los planteamientos de la conducta de género sustentados por ciertas escuelas psicológicas (Jayme y Sau, 1996). Por otra parte, los reflejos son respuestas involuntarias no aprendidas y predecibles a uno o más estímulos. Según las autoras, su objetivo es la adaptación al medio y la protección del organismo.

Fisiológicamente los reflejos tienen como vehículo las vías nerviosas, ejerciendo su acción sobre los músculos. Whittaker (1991), explicando los procesos de aprendizaje, señala que la definición anterior corresponde a los reflejos no condicionados, los "que ocurren naturalmente, es decir, que no son aprendidos" (reflejo incondicionado o respuesta incondicionada). Por otra parte, el estímulo o los estímulos que gatillan una determinada respuesta incondicionada son denominados estímulos incondicionados, esto es, despiertan una respuesta no condicionada.

Además de los estímulos y las respuestas incondicionadas existen los estímulos y las respuestas condicionadas. Los estímulos condicionados son cualquier estímulo que provoque una respuesta "no naturalmente" asociada con ese estímulo (salivación provocada por el encendido de una luz) mientras que las respuestas condicionadas son aquellas provocadas por estímulos condicionados (Demicheli, 1994).

Ahora bien, en palabras de Whittaker (1991), el "proceso de condicionamiento clásico comprende la sustitución de un estímulo (el estímulo condicionado) por otro (el

estímulo no condicionado), por medio de la presentación contigua de los estímulos y del refuerzo" (1991).

Si llevamos todo lo anteriormente dicho al aprendizaje de los comportamientos diferenciados según el género que la sociedad adulta exige a las niñas y los niños, la infancia acaba por actuar conforme a lo solicitado porque se les ha recompensado por ciertas conductas juzgadas como las apropiadas para cada cual, y porque se les ha castigado - reñido, corregido, frustrado, etc. - cuando no lo eran (Jayme y Sau, 1996).

En palabras de Hyde (1995), "tanto los niños como las niñas actúan de acuerdo con su género porque les han premiado por hacer ciertas cosas y castigado por hacer otras. O sea, los principios del condicionamiento explicarían la adquisición de los papeles correspondientes a cada género. Así, unas conductas de las niñas se premian, otras no, e incluso, se castigan, por lo que la niña ejecuta más asiduamente las conductas premiadas y con menor frecuencias las castigadas, de igual modo que los varones. Por ejemplo, se les premia por estar calladas y ser obedientes, mientras que a los niños por su ejercicio deportivo y por su rendimiento. En resumen, niños y niña adquieren conductas propias de su género respectivo porque se les castiga o premia, que sería el proceso esencial para crear las conductas típicas de cada género".

Aprendizaje Social

El hombre se ha desarrollado en un contexto social con el cual está en íntima relación y en constante interacción. Esto quiere decir que el sujeto y su medio social forman un sistema en que ambos se influyen recíprocamente (Bandura, 1976 en Aron,

1983). En los actuales desarrollos de las ciencias es posible afirmar sin temor a equivocarse que los seres humanos están sometidos al fenómeno de aprendizaje social, esto es "que la gente aprende de otras personas la mayoría de sus patrones conductuales" (Demicheli, 1994)

Para Aron, los niños y niñas están insertos en un medio donde existen adultos significativos (modelos) que se encargarán de su socialización en un medio cultural determinado.

Bellisco de Costa (1981 en Rodríguez, 1990) describe en Bandura que la "mera observación de modelos es condición suficiente de aprendizaje, a través de procesos simbólicos mediadores, estableciéndose así la noción de autocontrol" . Existe "un énfasis en los procesos de autorreforzamiento, autocontrol y autoestima, además de una clara aceptación de la gran importancia de los procesos cognoscitivos mediadores en los cambios de comportamiento"

En este mismo lineamiento, María Jayme y Victoria Sau (1996) señalan que si el conocimiento se adquiriera por los efectos que siguen a las conductas (luego de un proceso de ensayo y error) sería aburrido y muy lento. Citan a Bandura (1987) señalando que, "afortunadamente, la mayor parte de la conducta humana se aprende por observación mediante modelado. (...) La capacidad para aprender por observación permite a las personas ampliar sus conocimientos y habilidades basándose en la información manifestada y protagonizada por los demás."

Bandura y Walters (1959, 1962, 1963, 1965 en Rodríguez, 1990) se dedican al estudio de los procesos de imitación. Especialmente el proceso de socialización del niño y lo que concierne a la imitación de modelos observados en tal proceso de socialización.

Para estos autores, la imitación se circunscribe a un aprendizaje por observación a través de las acciones o conductas de los modelos.

Los procesos de imitación dentro del aprendizaje por observación tienen gran importancia (Fernández, 1987 en Jayme y Sau, 1996), siendo definido como la "tendencia a reproducir las acciones, actitudes y respuestas emocionales que presentan los modelos de la vida real o simbólicos". Este proceso constaría de los siguientes pasos:

1. Aprender a distinguir o diferenciar unos patrones de conducta de otros.
2. Generalizar estas experiencias de aprendizaje, concretas, a situaciones nuevas.
3. Practicar la conducta aprendida.

Con este último paso la conducta queda adquirida. (W.Mischel, 1966 en Jayme y Sau, 1996)

El aprendizaje por observación se encuentra sustentado en ciertos procesos básicos que explican dos supuestos esenciales de este aprendizaje. Primero, que las influencias modeladoras originan el aprendizaje debido fundamentalmente a sus funciones informativas y, segundo, que los observadores adquieren sobre todo representaciones simbólicas de las actividades del modelo más que asociaciones de estímulos - respuestas específicas (Bandura, 1969 en resumen 1971).

Ahora exploraremos estos procesos básicos sobre los cuales se sustenta el aprendizaje observacional:

1. *Proceso de atención.*

Todos los sujetos necesitan poner atención o reconocer las características más relevantes de la conducta del modelo. La simple exposición de un sujeto a un modelo no

garantiza que éste se interese o vaya a seleccionar los rasgos centrales del modelo, ni siquiera a distinguir con nitidez aquellos aspectos que llegue a notar.

En el contexto de los contactos que tenemos con diversas personas, habitualmente prestamos mayor atención a unos miembros que a otros. Dentro del conjunto de las conductas exhibidas por estos modelos consideraremos un grupo y el resto serán ignoradas o sacadas del campo de atención. Por lo general, los modelos buscados son interesantes y atractivos interpersonalmente.

Según Guido Demicheli (1994), la atencionalidad o el grado de ella es influido por:

- La distintividad física y/o adquirida del modelo.
- El poder y/o atractivo personal del modelo.
- Los estados motivacionales del observador.
- El grado de incentivo que conlleva la situación.

2. *Proceso de retención.*

Necesario se hace el recuerdo para imitar la conducta del modelo. Es indispensable ya que se quiere reproducir la conducta del modelo, particularmente cuando éste no esté presente. Se hace necesario que las conductas del modelo queden representadas simbólicamente en la memoria.

Existen dos procesos de representación. El primero, a través de imágenes en el cual los estímulos modeladores dan lugar a imágenes recuperables y de relativa permanencia de las secuencias modeladas de conducta mediante un proceso de condicionamiento sensorial. El segundo, cuando las actividades modeladoras han sido

transformadas en imágenes y símbolos verbales de lo que se puede disponer inmediatamente. Estos códigos sirven de orientadores a la memoria al momento de reproducir en otro contexto las respuestas del modelo.

La codificación simbólica es acompañada de la repetición, en su tarea de ser auxiliares de la memoria. El sujeto que repite las acciones o las repasa mentalmente, las olvida más tardíamente que aquel que ni las recapacita ni las lleva a la práctica.

Ahora bien, estas funciones de retención cobran mayor significancia en el caso de la imitación diferida (no es contingente a las respuestas del modelo) que en el caso de la imitación inmediata.

3. *Proceso de reproducción motriz.*

Este tercer paso en el proceso de modelado está vinculado con la acción, donde las representaciones simbólicas cumplen su papel de guía de las mismas. En palabras de Demicheli, dependiendo de "si las condiciones-estímulos son apropiadas, quien ha aprendido observacionalmente puede transformar lo retenido simbólicamente en conductas abiertas, operantes sobre el medio."(1994)

4. *Procesos reforzantes y motivacionales.*

Un sujeto puede adquirir, retener y poseer las cualidades necesarias para una ejecución apropiada de la conducta modelada, pero su aprendizaje no se hará conducta manifiesta si ésta es sancionada negativamente o es recibida desfavorablemente. Por el contrario, al recibir reforzamiento positivo, el aprendizaje observacional que antes permanecía latente se traduce inmediatamente en acción. No sólo la acción reforzante influye en la actualización del conocimiento, sino que también importa a quién se le presta atención o a qué modelos se les presta atención.

Si bien la imitación importa, también lo son los modelos objetos de imitación de los cuales aprenden niños y niñas. Según la teoría del aprendizaje por observación, los modelos deberían cumplir con los siguientes cuatro criterios:

1. Que sean parecidos a ellos o ellas.
2. Que tengan poder y/o un estatus social alto.
3. Que sean percibidos como amistosos y benevolentes.
4. Que ellos y/o ellas mismas se sientan recompensados por su comportamiento resultante. (P.C. Lee, 1986 en Jayme y Sau, 1996)

Si los modelos no reúnen todos los criterios, la imitación se lleva a cabo sobre los que existen. En caso de no tener ninguno, se produce un "contra-imitar", es decir, se usa para hacer algo diferente.

Bandura y Walters (1963 en Jayme y Sau, 1996) hablan sobre cuáles son los motivadores del aprendizaje observacional, señalando que la "motivación cognitiva como base del aprendizaje observacional pasó a ser considerada el proceso social de la socialización humana".

Siguiendo con lo anterior, los dos grandes incentivos para la conducta son los que tienen bases biológicas o bases cognitivas. Frente a los primeros, es importante hacer notar que a medida que se asciende en la escala animal los factores hormonales disminuyen su influencia a favor de los culturales, lo que en concreto se puede ejemplificar diciendo que para la especie humana las imágenes eróticas son más determinantes que la activación hormonal (Bandura 1987 en Jayme y Sau, 1996). Frente a los segundos, los de base cognitiva, Bandura escribe en Jayme y Sau (1996) que "por medio de la representación simbólica de las consecuencias futuras, es posible convertir

los resultados futuros en guías actuales y en motivadores de la conducta". Según las autoras esto quiere decir que no es la simple observación de los incentivos reales lo que incita la conducta sino la previsión que se hace sobre los mismos, entrando en juego las metas, los criterios internos y las reacciones autoevaluativas.

Las consecuencias que tiene la teoría del aprendizaje social en la adquisición de la identidad de género empiezan a ser notadas en el concepto de "tipificación sexual", el cual indica que la sociedad pone restricciones de índole cultural a los comportamientos de género. Aunque al inicio son las bases biológicas las que se usan para establecer las diferencias de género, la mayor parte de los papeles sociales no están determinados por ellas. Por el contrario, existe un amplio sistema de costumbres sociales que afecta al niño y a la niña desde el nacimiento (ropa de distinto color, juguetes determinados para cada sexo, etc.) y que señalará las características correspondientes a los individuos de cada sexo. Desde la infancia se expone a niños y niñas constantemente a modelos de conductas en función del sexo, tanto en su hogar como en otros ambientes como el colegio y la sociedad en general (lugares de juego, literatura, películas, televisión, etc.), donde habitualmente los hombres son presentados como atrevidos, aventureros y protagonistas activos, mientras que las mujeres son presentadas como pasivas y subordinadas, catalogándose las más emotivas que inteligentes y de inferior estatus (Jayme y Sau, 1996).

Ruth Hartley (1966 en Jayme y Sau, 1996) señala que existen cuatro fases en el desarrollo de los papeles de género:

1. *Manipulación*: va desde uno a cinco años. Para Moss (1970 en Jayme y Sau, 1996), lo central en el desarrollo de la identidad de género en los niños no es lo verbal ni lo

disciplinario sino que lo cinestético. Esto es, los movimientos y posiciones diferentes para cada sexo, como por ejemplo, las posiciones para orinar: de pie los hombres y sentadas las mujeres; las formas de correr, sentarse, trepar, tomar los utensilios, etc., que llevarían al niño y a la niña a la adquisición de la tipificación sexual.

2. *Canalización*: esta fase está relacionada con los procesos de atención de niños y niñas dirigidas hacia determinados objetos sobre los cuales resaltan ciertas cualidades y características. Los niños y niñas, a través de los juguetes, aprenden a anticipar comportamientos que en el futuro utilizarán. De este modo queda consolidada tempranamente la distribución de roles o al menos ciertas diferencias.
3. *Tratamiento verbal*: Hartley describe esta tercera fase indicando tanto la comunicación directa de las personas adultas a los niños y niñas como las instancias en que ellos y ellas escuchan las conversaciones de los mayores, en especial las objetivaciones del tipo "niño travieso" y "niña buena", que sirven de modelos a los infantes.
4. *Exposición a la actividad*: las autoras indican estudios hechos en Norteamérica para señalar que las madres desalientan ciertas conductas a niños y niñas mientras que estimulan diferencialmente otras. Hyde (1995) en su libro sobre psicología de la mujer plantea que "la madre reacciona de forma diferenciada ante las conductas características de género de su hijo o hija. Por ejemplo reaccionará de forma positiva cuando su hija muestre conductas femeninas, como las de crianza, y de forma negativa cuando su conducta sea de tipo masculino, como las agresivas". El reparto de las tareas del hogar deja en evidencia la estimulación diferenciada que se hace en niños y niñas. Incluso cuando las madres trabajan fuera del hogar, al volver de la

jornada laboral se hacen cargo de los quehaceres domésticos mientras que el padre ve la televisión o limpia el auto. Sin embargo, hoy en día es posible ver parejas que distribuyen de modo más igualitario las tareas en el hogar, lo que según Bandura y Walters implica que "como los cambios en las exigencias sociales son más notables en el caso de los varones, la presencia en el hogar de modelos paternos atípicos puede dificultar, especialmente para los niños, el ajuste fuera del hogar."(1988 en Jayme y Sau, 1996)

La indefensión aprendida

Martin Seligman (1989 en Jayme y Sau, 1996) es quien formula esta teoría a partir de sus propias experiencias.

Llegar a concluir que "cuando una persona o un animal se enfrentan a un acontecimiento que es independiente de sus respuestas, aprenden que ese acontecimiento es independiente de sus respuestas", a Seligman le significó un largo proceso de investigación.

El saber que una determinada respuesta de evitación a un estímulo desagradable es efectiva (realmente se evita) o no lo es (indefensión) se amplió al comprobar que también se aprendía la probabilidad del resultado aunque no realizase la respuesta. En palabras de Seligman, "el hombre y los animales aprenden relaciones de independencia entre una respuesta y un resultado y forman expectativas al respecto" (1989 en Jayme y Sau, 1996).

Las autoras destacan de Seligman tres elementos:

1. El primero es la *información* que tiene todo organismo de las contingencias: el hecho mismo de que la respuesta a un estímulo sea independiente de éste, puesto que no hay relación de causa efecto.
2. El segundo elemento es la *representación* que hace el organismo acerca de las contingencias; esto implica procesar y convertir la información en una representación cognitiva. A esto Seligman llama expectativa, anticipación cognitiva de lo que quizá podría suceder. Precisamente es esta expectativa la que causa el debilitamiento motivacional, cognitivo y emocional que acompaña a la indefensión.
3. El tercero corresponde a la *conducta* propiamente dicha; sea ésta la de inhibición (indefensión), sea la que se presupone un control sobre las contingencias: la expectativa de que se producirá el efecto deseado.

Aunque para Seligman, según Bandura (1987 en Jayme y Sau, 1996), la indefensión obedece a la expectativa de que nada de lo que se haga logrará los efectos deseados. Abramson, Seligman y Teasdale (1978 en Jayme y Sau, 1996) reforman la idea anterior planteando que "la resignación y el desánimo no se producen por la expectativa de que las acciones no pueden influir en los resultados sino como consecuencia de creer que no se pueden alcanzar los logros de ejecución necesarios".

Además de la nueva formulación de los autores, existe una reformulación realizada a partir del modelo atribucional donde la atribución de la incontrolabilidad es atribuida a tres factores:

1. *Global de la persona*: atribuye el fracaso a su ineficacia en todo lo que realiza.

2. *Estable*: no se ve la posibilidad de cambio en el futuro.
3. *Interno*: el fracaso se atribuye a la propia ineficacia (Muruaga, 1986 en Jayme y Sau, 1996)

La indefensión provoca, tanto en animales como en personas, consecuencias en el ámbito emocional, motivacional y cognitivo (Jayme y Sau, 1996). Para Seligman, los efectos de la indefensión son los siguientes:

1. *La motivación*: se ve debilitada en el caso de la indefensión. La iniciativa de iniciar conductas se ve disminuida porque los efectos de las acciones son independientes a lo que haga el organismo.
2. *La capacidad de aprender*: se ve disminuida a causa de la indefensión. Jayme y Sau (1996) citan a Seligman de la siguiente forma; "la independencia respuesta - resultado se aprende activamente y al igual que cualquier otra forma de aprendizaje activo, interfiere con el aprendizaje acerca de las contingencias contrarias" (1989)
3. *Perturbaciones emocionales*: frente a los hechos traumáticos se siente miedo y ante el miedo surge la depresión como una forma de inhibir el miedo. Ante lo anterior, Seligman plantea el concepto de *competencia*, en el sentido de preparado, capaz de, de tal modo de no estar expuesto e inerme ante las situaciones.

Las autoras Jayme y Sau (1996) consideran que esta teoría relativa a las diferencias de género, se aplica. Los niños aprenden desde muy temprano ciertas conductas sexualmente tipificadas que incluye para ellos un mayor dominio del medio, especialmente del mundo exterior que es su ámbito de contingencia asignado, y el más

valorado a escala social. Por otro lado, las niñas aprenden que no tienen control sobre el medio exterior, ejerciendo su dominio en el interior asignado, donde son buenas, amables y estudiosas.

Desde la teoría de la atribución, el comportamiento de género sitúa a los individuos en grupos diferentes. Para el caso de la atribución del éxito y el fracaso "las chicas se consideran menos eficaces que los chicos en aquellas actividades intelectuales que de forma estereotipada se relacionan con el varón" (Bandura, 1987 en Jayme y Sau, 1996). Las influencias a lo largo del desarrollo de los individuos determinan que las mujeres valoren menos sus propias capacidades. (Jayme y Sau, 1996)

Tabla N° 8: Atribución del éxito y fracaso según el género.

	Varones	Mujeres
♦ Éxito	<ul style="list-style-type: none"> - Factores internos. - Habilidades; capacidades. - Esfuerzo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Factores externos. - Suerte, casualidad. - Benevolencia de los demás.
♦ Fracaso	<ul style="list-style-type: none"> - Factores externos. - Razones políticas; sociales. Injusticia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Factores internos. - Incapacidad; no saber. No valer.

La tabla anterior muestra un cuadro clásico de la atribución del éxito y/o fracaso según el género.

Es necesario hacer notar que estos estilos atribucionales no son rígidos sino que van cambiando a medida que cambia la cultura donde están insertas las personas. Investigaciones en Estados Unidos y Colombia han mostrado resultados diferentes en las atribuciones realizadas por mujeres frente a sus éxitos y fracasos. Lo más relevante es que cuando se evaluó la atribución propia, las mujeres de ambos países consideraron las

causas internas como más importantes para su propio éxito, incluso más que los propios hombres (Jayme y Sau, 1996).

Aprendizaje cognitivo

Este modelo fue iniciado por Lawrence Kohlberg en 1966. Él amplió la teoría de Piaget e Inhelder sobre las etapas del desarrollo cognitivo al ámbito de los papeles asignados a cada género. Esta teoría considera que el aprendizaje de los papeles propios del género constituye un aspecto de la evolución cognitiva. (Jayme y Sau, 1996 y Hyde, 1995).

Así como otros conceptos evolucionan a lo largo del desarrollo de la vida, los conceptos de identidad de género y constancia de género también lo hacen. Para Kohlberg, la adquisición de los conceptos Constancia e Identidad de Género constituyen la base fundamental para la adquisición del papel asignado al propio género (1966 en Hyde, 1995). A los dos conceptos anteriores, elementos centrales en la teoría de Kohlberg, Jayme y Sau (1996) agregan los conceptos de Percepción de Estereotipos de Género y Valoración de los Estereotipos, los que describiremos a continuación junto a los anteriores:

1. El proceso de identidad sexual básica o identidad de género.

Para Kohlberg, la identidad se instala al principio y las identificaciones vienen posteriormente, cuando la conciencia de que se es niño o niña indica con quién o quiénes cabe identificarse. El desarrollo por edades de la adquisición de la identidad sexual, según Kohlberg es el siguiente:

- ◆ Segundo año de vida, se produce la calificación verbal de ser niño o niña. Esta calificación no va más lejos que las palabras cuando el sujeto es preguntado.
- ◆ Tercer año de vida, el sujeto es capaz de generalizar a los demás sus propias características sexuales. La caracterización es poco sistemática a esta edad y se fundamenta en aspectos de índole físico tales como vestidos y peinados, siendo irrelevantes las diferencias genitales que hayan podido observar.
- ◆ Cuarto año de vida, la caracterización está sistematizada y los niños y niñas distinguen perfectamente entre unos y otros (Jayme y Sau, 1996).

2. *La constancia de la identidad sexual.*

La constancia en la identidad sexual es indispensable para que constituya un factor organizador de las actitudes psicosexuales de niños y niñas. Piaget y Kohlberg coinciden en que los niños y niñas antes de los 7 años no son capaces de concebir la invariabilidad o constancia. Por lo tanto, así como en la teoría de la inteligencia de Piaget, la organización cognitiva para la adquisición de la identidad sexual pasaría por los mismos estadios en las mismas o parecidas edades (Jayme y Sau, 1996).

3. *Percepción de estereotipos de género.*

Según Jayme y Sau, Kohlberg plantea lo siguiente: "los significados connotativos y simbólicos universales o comunes a culturas diversas no deben su existencia ni a los instintos ni a la represión sexual como se desprende de la teoría psicoanalítica que los

atribuye exclusivamente a las diferencias genitales. Tampoco se deben a arquetipos innatos. Son resultado de la inclinación general de los humanos al pensamiento simbólico concreto, tal como en la connotación luz con sabiduría" (1996).

Las autoras plantean que las niñas y los niños asignan connotaciones que no necesariamente se corresponden con los modelos que pueden observar en su familia.

El estereotipo de agresividad que es connotado a los varones responde a la creencia infantil de que los hombres son más fuertes y las mujeres son más débiles. Por otro lado, el estereotipo de poder, importante desde la infancia, tiene una base corporal por dos razones:

1. La edad - talla es la primera deferencia social observada en la infancia y es anterior a la sexual.
2. El pensamiento concreto propio de esta edad les lleva a definir la gama de atributos sociales y de conducta en términos corporales concretos, es decir, el poder social es resultante del físico de los sujetos.

Por lo tanto, así como los niños y niñas tienen más edad - talla - poder que los bebés, los padres tienen más edad - talla - poder que las madres. Lo que permite lo anterior es el pensamiento concreto de los niños y niñas.

4. Valoración de los estereotipos.

Jayne y Sau (1996) citan a Brown, planteando que existe una coherencia cognitiva entre el concepto de sí mismo y los juicios de valor (1961 en Kholberg, 1972). Esto quiere decir que hay una tendencia a valorar positivamente aquellas cosas que son parecidas o consecuentes con nuestro propio yo, por ejemplo, las conductas de rol. Los

niños y niñas manifiestan una tendencia a tener una valoración egocéntrica, lo que determina que consideren su sexo como el mejor en sentido absoluto. Esta tendencia a valorar su género como bueno por sobre el opuesto, les permite aprender los comportamientos apropiados a su género. Sin embargo, niños y niñas han observado que hay diferencias en la valoración que se hace de lo masculino y femenino, existiendo una mayor valoración por el primero, lo que provoca un retroceso en el egocentrismo de las niñas que, aunque siguen pensando que son las mejores, aprenden que para el resto no es así y viven un dilema frente a la cultura que les dice que son subvaloradas. (Jayme y Sau, 1996 y Hyde, 1995).

Por lo tanto, desde el punto de los valores, la identificación es más fácil para los varones que figurativamente avanza en línea recta. Por el contrario, para las niñas ésta avanza con dificultades ya que se enfrenta con el obstáculo de la valoración menor, ante lo cual elige como modelo a la mujer adulta que, aunque tiene menos poder y valoración que el hombre adulto, es más poderosa que una niña. De aquí podemos explicarnos por qué las mujeres presentan signos de madurez psicológica antes que los varones.

Podemos concluir con las autoras Jayme y Sau que el desarrollo está dado más bien por la maduración cognitiva que por la fisiología - cronológica. Ellas citan a Kohlberg para explicar lo anteriormente dicho, es decir, que el desarrollo de la identidad "es el resultado de la organización evolutivo - cognitiva por el niño y niña de un mundo social en el que los papeles sexuales se relacionan con nociones corporales y con funciones sociales básicas, según moldes relativamente universales" (1972 en Jayme y Sau, 1996).

EL SEXO COMO VARIABLE ESTÍMULO

Se pondrán de manifiesto aquellos comportamientos que distintos agentes sociales dirigen diferencialmente a niños y niñas, en función de un dimorfismo sexual aparente, durante el proceso de interacción.

Este dimorfismo impacta en los sentidos, como lo ha realizado a lo largo de la historia, de tal manera que es una situación difícilmente refutable. "Estas percepciones del morfismo sexual se acompañan, necesariamente, de una serie de connotaciones presentes ya en el cerebro -positivas, negativas o relativamente neutras-, de forma que la realidad del sexo (morfismo) y la del género (lo que los individuos de una sociedad creen propicio para cada morfismo) se entremezclan de tal manera que resulta bastante difícil distinguir lo uno de lo otro" (Fernández, 1998)

Adolfo Sánchez (1998) indica que para la mejor comprensión de este campo de la generología son necesarios algunos procesos: el de comparación y el de identidad social.

El primero, el proceso de comparación, alude a la necesidad de los seres humanos de comparar sus niveles de ejecución con los deseos de obtener resultados positivos y así afirmar la imagen de sí mismos o conseguir una imagen positiva respecto al propio grupo.

Según Banaji y Prentice (1994); y Wood (1989) (citados por Sánchez, 1998), las personas tendrían tres objetivos al compararse:

1. Autoconocimiento: los individuos buscan conocerse a sí mismos comparándose con sujetos parecidos. Los hombres con hombres y las mujeres con mujeres, de tal modo de confirmar sus características de género que definen a cada grupo.

2. Autoverificación: buscar cierta consistencia en la idea que se tiene de sí mismo, en situaciones diferentes. De este modo, los sujetos se autoperciben consistentes en cuanto a su feminidad y masculinidad.
3. Autovaloración: las personas buscan obtener comparaciones positivas. Por lo tanto, tratan de ser tan masculinos o femeninos como los del grupo de referencia, evitando transgredir las normas sociales de género.

El segundo proceso, la identidad social, alude al sentido de pertenencia, es decir, una imagen que se desprende de las características del grupo de pertenencia. Los sujetos buscan consolidar sus sentimientos de pertenencia al concebirse como miembros de un grupo (Taffel y Turner, 1986 en Sánchez, 1998).

Los individuos que muestran comportamientos acordes al grupo son reforzados e integrados; en caso contrario, son sancionados y rechazados. De este modo, los comportamientos de los sujetos de un mismo sexo son ajustados a la norma prescrita socialmente. Por lo tanto, como señala Spence (1985 en Sánchez, 1998), la identidad de género es el componente del autoconcepto que se adquiere más tempranamente. Esto, por la capacidad organizativa que tiene a propósito de la importancia del sexo en la sociedad.

Teniendo presente los procesos antes mencionados, es posible analizar la influencia del sexo como variable estímulo en las interacciones de las personas.

La teoría de Deaux y Major (1987, en Sánchez, 1998) ofrece un marco de referencia para este análisis. Estos autores consideran que la conducta asociada al género es provocada por la interacción de factores situacionales, predisposiciones individuales

y expectativas interpersonales que una persona, perteneciente a una categoría social, elicitada en un proceso de interacción.

Este modelo muestra o intenta captar la estabilidad y la flexibilidad de las conductas de género, asumiendo a éstas como múltiplemente determinadas, en gran medida flexibles y dependientes del contexto (Sánchez, 1998).

La interacción es definida como una negociación de la identidad que consta de tres procesos:

1. Confirmación de expectativas: el sujeto se confirma en sus expectativas y, al mismo tiempo, se modula de acuerdo a ellas (Darley y Fazio, 1980 en Sánchez, 1998)
2. Verificación de sí mismo: los sujetos tienden a comportarse consistentemente con su autoconcepto o definición de sí mismo (Swann, 1983 en Sánchez, 1998)
3. Presentación o imagen que uno pretende dar de cara al exterior: construcción de identidades sociales valoradas socialmente, con el objeto de controlar las inferencias sobre sí mismo y el significado social generado por su conducta (Jones y Pittman, 1982).

Sánchez (1998) señala que, además de estos procesos, en el modelo de Deaux y Major (1987) existen tres elementos importantes:

1. Un sujeto que percibe: con su sistema de creencias y expectativas sobre el sexo y género, y sus objetivos de interacción (sujeto A).
2. La persona diana: con la que se interacciona, igualmente con su sistema de creencias y sus objetivos (sujeto B).

3. Una situación: variando el grado en que los aspectos relacionados al sexo y al género son más o menos predominantes.

La siguiente secuencia de un proceso de interacción muestra cómo se combinan estos elementos:

1. El sujeto se aproxima a una situación de interacción con objetivos y creencias, basado en información categorial (dimorfismo sexual aparente).
2. Las creencias del primero son activadas por múltiples factores.
3. El sujeto A actúa hacia el diana influido por sus creencias y objetivos.
4. El sujeto B se aproxima a la interacción con sus objetivos sobre la interacción y su sistema de creencias sobre sí mismo (autoconcepto, esquema de sí).
5. Su sistema de creencias puede activarse por múltiples factores situacionales.
6. El sujeto B interpreta las acciones del sujeto A.
7. El B actúa influido por sus objetivos interaccionales y su interpretación de la conducta del sujeto A.

Ámbitos de influencia del sexo como variable estímulo

El dimorfismo sexual aparente tiene influencia en el comportamiento de las personas. Dentro de los ámbitos posibles, los más relevantes son la familia y el grupo de amistades (Sánchez, 1998).

Dentro de la familia, como primer ambiente de socialización que trata de forma diferencial a niños y niñas, nos encontramos con que esta situación se da específicamente en tres áreas: tipificación social de género, disciplina y expresión de afecto (Lytton y Romey, 1991; Macoby y Jacklin, 1974 en Sánchez, 1998).

El padre es quien hace mayores diferencias según el sexo hijo o hija (Siegal, 1987). De este modo se pretende lograr que los comportamientos que la sociedad considera más adecuados a cada sexo sean adquiridos según corresponda, esto es, los comportamientos relacionados con el área de la afectividad deben ser adquiridos por las niñas y aquellos relacionados con la independencia y la agresividad, por los niños.

Desde el mismo momento del nacimiento, los adultos muestran una serie de sesgos perceptivos, elaborando expectativas respecto al sexo de los bebés, según las cuales las niñas son descritas como más suaves, más pequeñas, de rasgos más delicados o más distraídas, y los niños como más fuertes, más duros, con una mejor coordinación, más robustos y con rasgos más bastos (Robin, Provenzano y Luria, 1974 en Sánchez, 1998).

Una esfera clara de socialización diferencial de acuerdo al sexo es lo referente a la expresión de afecto. Existen tres situaciones que estimulan a las niñas e inhiben a los niños (Sánchez, 1998).

1. Ambos padres muestran un mayor número de interacciones con las hijas.

El padre regala más juguetes e inicia más acercamientos con ellas que con ellos (Noller, 1978; Snow, Jacklin y Macoby, 1983).

2. A diferencia de la madre, el padre realiza menos conductas de afecto, lo que puede ejercer una suerte de aprendizaje vicario sobre los hijos varones (Eisenberg, Wolchick, Hernández y Pasternack, 1985)
3. Los niños reciben más reacciones negativas cuando se comunican con un adulto y, a medida que avanzan en edad, sólo las madres responden a las niñas cuando éstas buscan contacto físico (Fagot y Hagan, 1991; Tauber, 1979).

Según Sánchez, estas tres situaciones favorecen el aprendizaje diferencial de tal modo que van interiorizando aquellas cualidades personales que, por el hecho de pertenecer a un sexo determinado, la sociedad espera de ellos.

En relación a la disciplina, ésta se ve reflejada en los tipos de juegos. Cuando un juego es más activo, los padres y las madres desarrollan un tipo de juego con más respuestas de control y disciplina, mientras que cuando el juego tiene fundamentalmente propiedades sociales, entonces el estilo de interacción es más verbal y con menos demandas de control. Lo anterior determina que, al emitir un tipo de juego que implique mayor actividad, el niño reciba mayor control y disciplina, mientras que las niñas reciben otros patrones de disciplina.

Hacia los dos años de edad, generalmente los padres emiten una mayor cantidad de comportamientos diferenciales hasta que los niños y las niñas responden de forma consistente según los roles de género (Sánchez, 1998).

En el segundo ámbito propuesto, en las relaciones de amistad, "la segregación de pares en función del sexo es la tendencia de las personas a integrarse en grupos de su mismo sexo" (Sánchez, 1998).

Esta diferenciación se ve acentuada por una serie de normas aplicadas a todos los miembros de los grupos de niñas o niños, normas elaboradas a partir de la información recibida de los distintos agentes sociales que influyen tanto en niños y niñas, especialmente la familia, otros adultos y la televisión.

Las características de estas normas y razones previas a las interacciones mismas, esto es que las niñas buscan mantener la cooperación y una armonía social mientras que los varones buscan establecer una relación jerárquica de poder, determinan que cada grupo busque contextos diferentes donde alcanzar estos objetivos. Las niñas buscarán instancias de intimidad y cooperación, mientras que los niños preferirán contextos competitivos y el establecimiento de una jerarquía social (Maccoby, 1988, 1990 en Sánchez, 1998).

Lo anterior provoca que en grupos mixtos, los varones consigan mayor control de las situaciones sociales debido a que sus estrategias son más persuasivas. Esta falta de reciprocidad provoca que las niñas cambien sus conductas más frecuentemente ya que su estrategia social más utilizada está encaminada a mantener la armonía social, lo que las suele situar en posiciones de desventaja con respecto a los varones.

Por último, Sánchez (1998) señala que "niños y niñas desarrollan unos estilos de interacción deferentes, mostrándose los primeros más bruscos, competitivos y empleando mayor contacto físico; mientras que las niñas, al tener como objetivo la cooperación y la armonía social, utilizan más la verbalización y las estrategias indirectas para resolver los conflictos".

ROLES DE GÉNERO

Diferentes autores han definido el concepto de rol (Bonilla, 1998).

Goffman (1959) lo plantea como las regularidades esperadas u observadas en la vida en sociedad, los artificios necesarios para su coordinación, los que implican un patrón de acción preestablecido por medio del cual las personas se inscriben en lo social.

Sarbin (1968) lo define como un comportamiento delimitado desde un punto de vista normativo o que responde a ciertas demandas sociales asociadas a un posición dada en el sistema social.

Bronfenbrenner (1979) indica que "un rol es un conjunto de actividades y relaciones que se esperan de una persona que ocupa una posición determinada en la sociedad y las que se esperan de los demás en relación con aquellas".

Russo y Green (1993) señalan que "históricamente, los roles sociales de las mujeres se han solapado y no ha habido necesidad funcional de distinguir entre tipos de roles sexuales. La expectativa era que las mujeres reales normales se convertían en esposas y madres. La socialización para ser una mujer era la socialización para los papeles o funciones de esposa y madre. Sin embargo, el cambio en la posición de las mujeres en la sociedad ha llevado a la necesidad de concepciones más complejas de roles sociales de las mujeres".

Siguiendo con la idea anterior, Fernández (1998) establece una diferencia entre los conceptos de rol sexual y rol de género. Primeramente define rol sexual como "los papeles que cada morfismo sexual -mujeres, varones y ambiguos- desarrolla a través de sus comportamientos sexuales dentro de una sociedad determinada", mientras que rol de

género lo define como "las creencias acerca del modo en que varones y mujeres difieren en una sociedad dada, y que funcionan como mecanismos cognoscitivos y perceptivos por los cuales la diferenciación biológica se convierte en una diferenciación social, que delimita los contenidos de la feminidad y masculinidad" (Bonilla, 1998).

Según Marta Lamas (1996), el papel de género se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento masculino o femenino. La diferenciación básica realizada es aquella vinculada al trabajo, según la cual las mujeres deben cuidar a los hijos ya que ellas los dieron a luz. Lo femenino es lo maternal, lo doméstico, en contra posición con lo masculino, entendido como lo público. Esta dicotomía determina la existencia de un conjunto de estereotipos que condicionan los roles y limitan las potencialidades del hombre y de la mujer al estimular o reprimir sus comportamientos, dependiendo de la adecuación de éstos al género al cual pertenezcan.

Las investigaciones que se desarrollaron a finales de los años setenta dejaron entrever que existía cierta segregación en el espacio laboral según el sexo. Los trabajos son etiquetados en función del sexo, reflejando la creencia de que ciertas ocupaciones requieren atributos característicos de uno u otro sexo, o bien, como en el caso de las mujeres, representan una extensión del trabajo no-pagado que realizan en los hogares o espacio doméstico. Al respecto, Oppenheimer (1968) plantea que es la costumbre la que tiende a fijar esas etiquetas según el sexo. Este encasillamiento se aprendería y perpetuaría a través de la socialización tanto infantil como adulta. De este modo se definen como tipificadas según el sexo las ocupaciones que son desempeñadas en su

mayoría por personas de un mismo sexo y que conllevan la expectativa asociada de que así es como debe ser (en Bonilla, 1998).

Posteriormente se empieza a tratar el tema desde el enfoque de la construcción social. En este contexto surgen estudios que arrojan luces sobre la división de la sociedad según el sexo como una de las fuentes más obvias de desigualdades económicas, políticas y sociales (Blumberg, 1978 en Bonilla 1998). Se puso de manifiesto que, aunque varones y mujeres compartan posiciones sociales, existen barreras que les impiden compartir posiciones ocupacionales y políticas o papeles familiares y parentales, y que contribuyen a una creciente polarización de sus funciones, expresada en el concepto de rol de género.

Luego, las teorías socioestructurales postulan que la asignación de posiciones distintas y desiguales en la estructura social a mujeres y varones es suficiente para que se construyan como sujetos genéricos. Es decir, muchas de las diferencias relacionadas con el sexo que generalmente son atribuidas a la personalidad, en realidad pueden ser construidas a partir de las exigencias derivadas de los papeles que desempeñan. De este modo, entonces, el enfoque socioestructural se centra en las limitaciones de las situaciones que van canalizando la experiencia de ambos sexos, de forma continua, desde el entorno familiar al contexto social (Bonilla, 1998).

Eagly (1987), en su teoría del rol social, postula que las diferencias pueden ser explicadas por las funciones o papeles sociales que tienen su origen en una división del trabajo entre sexos que separa a amas de casa y a trabajadores asalariados. En otras palabras, lo característico de lo femenino sería el papel doméstico y de lo masculino, las

funciones desempeñadas por los varones en el medio social y el económico (en Bonilla, 1998)

Las atribuciones juegan un papel importante respecto al rol genérico en dos sentidos: en un sentido motivacional y de aprendizaje según el rol social asignado y en un sentido comportamental, al adecuarse a esos papeles siguiendo una secuencia de conducta adecuada a ellos. Esta teoría respondería al modelo de la expectativa o profecía autocumplida, es decir, las creencias causan los comportamientos y los comportamientos dan lugar a las creencias (Geis, 1993; Merton, 1948 en Bonilla, 1998). En palabras de Bonilla, "en la medida en que las personas adoptan un papel congruente con lo que han observado que es adecuado para su sexo, las diferencias en función del sexo y los estereotipos que les acompañan serán autoperpetuantes" (1998).

Bonilla señala que en contraparte a las teorías socioestructurales están las teorías centradas en el poder. Desde esta perspectiva, Henley (1977) postula que las persona son lo que les permite o exige su nivel real de poder y su posición social y no sólo lo que han llegado a ser internamente. Con posterioridad, Bonilla (1998) señala que se da más peso a las prescripciones normativas que especifican el modo de realizar los papeles y las señas de identidad de quienes los desempeñan, de acuerdo con su posición social, que a los rasgos diferenciados de personalidad.

El modelo situacional de Deaux y Major (1987 en Bonilla, 1998), aunque distinto a la teoría del rol social, plantea que dependerán del autoconcepto personal y de las interacciones sociales que determinan que, en una situación dada, las expectativas genéricas sobre mujeres y varones se traducen en comportamientos concretos.

Para cualquier caso, siempre el poder estará incorporado por cualquier enfoque que contemple la importancia de los papeles y estructuras sociales como factores primarios en la determinación de diferencias entre los sexos (Archer, 1996 en Bonilla, 1998).

Género y papel social están entrelazados de tal modo en las diversas sociedades que los papeles que confieren poder y autoridad son desempeñados sobre todo por varones, mientras que la mujeres ocupan frecuentemente posiciones subordinadas. Del mismo modo, investigaciones han mostrado que ambos sexos perciben que los varones ostentan mayor poder y rango social que las mujeres. Esas percepciones van más lejos que los hechos concretos o diferencias reales de competencia y liderazgo (Ridgeway, 1982; Unger, 1976 en Bonilla, 1998).

Como es posible constatar, los papeles de rango elevado requieren de características similares a los estereotipos masculinos, mientras que los papeles subordinados requieren dependencia, acomodación, deferencia y sensibilidad hacia las preferencias y necesidades de otros superiores. Así es posible ver que, desde la teoría de rol social, los requisitos comportamentales de los papeles de autoridad parecen característicamente masculinos por el hecho de que sólo se han visto varones en ellos. Del mismo modo, hasta hace un tiempo se veía virtualmente a todas las mujeres en papeles subordinados (Rothbart, Fulero, Jensen, Howard y Birrell, 1978; Secord, 1982 en Bonilla, 1998). A su vez, las expectativas de género prefieren a hombres en los puestos de autoridad y a mujeres en puestos de subordinación.

De esta forma, los estudios sobre papeles, posiciones sociales y poder, sugieren que la causa por la cual las mujeres aparecen como pasivas y sumisas se debe a que

ocupan papeles con estas características y no a que son intrínsecamente así. Lo anterior lo demuestran Williams y Best (1990) cuando plantean que en los países económicamente desarrollados donde las posiciones de mujeres y varones son más equivalentes, contando con un número relativamente elevado de mujeres empleadas fuera del hogar, los respectivos autoconceptos son más similares en características como la fuerza y actividad (en Bonilla, 1998).

En el caso de las desviaciones del rol de género asignado, éstas son socialmente menos toleradas en los varones que en las mujeres. El modelo del rango social establece que esa sanción diferencial que reciben varones y mujeres se debe al mayor grado de prestigio y deseabilidad social que tienen las características estereotípicas del papel genérico masculino (fuerza, independencia, asertividad) frente a las estereotípicamente femeninas (sensibilidad, comprensión, emocionalidad). Por lo tanto, transgredir el papel masculino implica degradarse hacia un rango social inferior como sería el femenino, no así en sentido contrario (McCreary, 1994 en Bonilla, 1996).

Conflicto de roles

En nuestros tiempos, cada vez más mujeres parecen interesadas en compaginar o alternar el desempeño de diversos papeles, familiares, maternos y profesionales, por lo que el conflicto de roles se ha hecho parte de lo cotidiano. Como lo plantean Deaux y Wrightsman (1984 en Bonilla, 1998), el conflicto sería la tensión que le impide a un sujeto el desempeño de un papel cuando una persona mantiene varias posiciones que tienen elementos incompatibles.

Se ha observado que el compromiso con el papel doméstico afecta negativamente la motivación hacia una profesión a largo plazo en el caso de las mujeres, tanto así que la crianza condiciona la necesidad de logro dentro de una carrera de forma que sólo en el caso de las mujeres solteras y sin hijos, la continuidad profesional correlaciona positivamente con el nivel de aspiración (Olson, Frieze y Detlefsen, 1990 en Bonilla, 1998). Factores sociales como la estructura de apoyo y las oportunidades que ofrece el entorno afectan la posibilidad de combinar trabajo y familia (Farmer, 1985). Esto influye por igual en las distintas clases sociales, ya que se relaciona más bien con expectativas y obligaciones del papel marital y parental que con el aspecto económico (Poole, Langan-Fox y Omodei, 1990 en Bonilla, 1998).

Otro elemento que influye en el conflicto de roles se refiere a la repartición de las responsabilidades domésticas y la crianza de los hijos en parejas con dobles ingresos. Se ha comprobado que la satisfacción marital está vinculada con la percepción de un reparto equitativo de las responsabilidades en el hogar (Dance y Gilbert, 1993 en Bonilla, 1998). Cuando esta co-responsabilidad no se hace presente en las tareas domésticas, surge una tensión que se traduce en sintomatología depresiva, afectando a las mujeres más allá de las diferencias de clase socioeconómica y étnicas (Golding, 1990 en Bonilla, 1998).

Aunque podría pensarse que la tensión de rol es particularmente perniciosa para las mujeres, existen investigaciones que afirman sus efectos beneficiosos al darle mayor libertad y autoimagen positiva. Según Thoits (1987), las esposas empleadas aparecen consistentemente como el grupo con mejor salud mental. Sin embargo, se ha encontrado que la tensión asociada al papel materno es más importante que el papel marital a la hora de comprender los síntomas psicopatológicos que se encuentran en mujeres casadas

(Green y Russo, 1993). De hecho, el papel que menos ha cambiado es el materno ya que éstas asumen la responsabilidad principal en la crianza con independencia de su situación laboral (en Bonilla, 1998). Además, la existencia de divisiones a nivel reproductivo fue y es la base de una división del trabajo entre varones y mujeres, lo que conduce finalmente a diferencias psicológicas y comportamentales (agresividad, crianza, logro, etc) (Matsumoto, 1996 en Bonilla, 1998).

Aunque es aceptado que las semejanzas transculturales pueden tener su origen en la división del trabajo entre los sexos y en los rasgos psicológicos consecuentes de la misma, no se han logrado definir los mecanismos específicos responsable de la asignación de papeles sociales a los sexos, de los que se nutren estereotipos y expectativas sobre el comportamiento normativo y el establecimiento de diferencias entre el trabajo de varones y mujeres. Las explicaciones dadas se han adscrito a la tradición, a la socialización temprana, al condicionamiento cultural, a las preferencias y deseos naturales derivados de sus diferentes capacidades e intereses, así como al patriarcado como sistema global, o bien basta con identificar las prácticas sociales e institucionalizadas que mantienen ese orden social imperante (Bonilla, 1998).

La tipificación o etiquetado sexual ha sido señalado como un elemento central en la creación de distinciones sociales que vinculan tipos de conducta o actividad a uno u otro sexo, siendo importantes en la adquisición de papeles y posiciones sociales.

Este proceso de tipificación es un hecho que ocurre en todas las culturas. Según Epstein (1988 en Bonilla, 1998), esa tipificación es la designación cultural que aporta principios generales para la división del trabajo y mantiene las fronteras específicas de género, siendo una fuente de legitimación de las mismas. En concreto, esto significa que

un varón debe hacer un trabajo masculino para ser considerado como tal. Por lo tanto, la elección de ocupaciones significa para mujeres y hombres una forma de autoselección.

Según lo que plantea Bonilla (1998), es el propio orden social el que ha generado un sistema de pensamiento que mantiene y legitima la desigualdad de género, de tal modo que si las distinciones entre varones y mujeres no parecen ser naturales, éstas se crearán a través de mecanismos más sutiles.

Estas divisiones pertenecen a lo necesario para que se mantenga el orden establecido a pesar que el rol femenino es un foco notable de tensiones en nuestra estructura social (Parsons, 1954 en Bonilla, 1998)

En este contexto, las diferencias en función del sexo adquieren un significado notable como una de las fuentes naturales de diferenciación social, ya que las mujeres son entendidas como dependientes, inferiores a los varones, sumisas y entregadas fundamentalmente a las tareas maternas, entendiendo que no pueden competir en iguales términos que ellos. Es el orden social el que crea la naturaleza de los sexos, y esta naturalización ideológica de la condición social explica la importancia específica ligada a las diferencias entre sexos, sobre las que se les asigna un significado social para marcar las relaciones de desigualdad. La declaración de igualdad ha llevado a convertir en más sutiles estos mecanismos de reproducción de la desigualdad, actuando en un dimensión simbólica de desvalorización de lo culturalmente femenino (Bonilla, 1998). Lo anterior hace comprensible lo planteado por Novakovich y Salinas (1999), quienes mencionan que la división de las tareas en las familias, produciendo una división entre lo público y lo privado y preservando un espacio para la reproducción social, resulta funcional para el sistema pero no necesariamente para la persona.

Las mujeres pueden llegar a percibir como ilegítima su presencia en el ámbito público del saber, de la ciencia, del trabajo y la política, con el correspondiente coste emocional que ello implica (Bonilla, 1998)

Roles y Familia

Históricamente, la evolución de la división del trabajo por sexo llevó a una asignación diversificada de tareas entre hombres y mujeres que se expresa claramente en la repartición de roles específicos. De este modo, todo lo relacionado al mundo público, al mundo de la producción son responsabilidad del hombre, mientras que las tareas de reproducción social se asignan a la mujer, en el ámbito de lo privado (Cruz, 1994). Tradicionalmente, los roles masculinos y femeninos en relación a los hijos dicen que es papel de los hombres ocuparse de la subsistencia económica de éstos, mientras que a la mujer le corresponde encargarse de su cuidado y socialización. Del mismo modo, la maternidad sería el aspecto que caracteriza y diferencia a las mujeres de los hombres y, por lo tanto, se levanta como el elemento central en la definición de lo femenino, lo que implica tanto el embarazo como el cuidado, protección y socialización de los hijos (Blázquez, Andrade, Palma, 1995). Es más, para el cuidado de los hijos no se toma en consideración la participación activa del padre, existiendo un convencimiento en las mujeres que el ámbito de acción del hombre está fuera del hogar y cuando no lo tiene fuera, tampoco dentro (Vega, 1997).

Pero se ha desarrollado un importante movimiento en el cual cada vez más mujeres compatibilizan sus actividades del ámbito privado con nuevas actividades en el mundo público (Cruz , 1994).

Con la incorporación de la mujer al trabajo se ha visto que los roles y responsabilidades en el ámbito de la reproducción determinan la forma de integración en el mercado laboral pero, a su vez, esta participación en el mercado de trabajo repercute en la estructura y funcionamiento familiar (Todaro, 1995).

El análisis del cambio social pone en evidencia que la incorporación de la mujer al mundo laboral obedece a una estrategia para suplir las necesidades básicas de los miembros e implica una redefinición de las funciones y los roles en el seno de la familia, generando cambios sustanciales en las interacciones familiares (Vega, 1997).

Es importante constatar que las desigualdades notadas en el poder, al interior familiar y en el mercado, influyen en el reparto del tiempo realizado entre el trabajo remunerado, trabajo doméstico, ocio y otras actividades sociales, y también los costos que implica la sustitución entre unos y otros. Por ejemplo, la aceptación de las mujeres de trabajar a salarios inferiores a los de los masculinos (Todaro, 1995).

La mujer trabajadora, en la mayoría de los casos, cumple una segunda jornada de trabajo realizando las labores domésticas que demanda su familia. De este modo, además de trabajar fuera del hogar (donde habitualmente percibe menores ingresos que los del hombre), en la esfera doméstica tienen la responsabilidad no compartida del trabajo doméstico y el cuidado de los hijos (Reca, 1995). Esto ha determinado que las mujeres trabajen de lunes a domingo en jornadas muy superiores a las ocho horas, siendo casi imposible compatibilizar ambas actividades (Veloso, 1995).

Para estas mujeres, la semana laboral comprende de lunes a domingo ya que en muchos casos (excepto los más acomodados), ellas aprovechan este último día para las actividades propias de su rol de esposa y madre, además de realizar las tareas del hogar que han quedado relegadas al fin de semana, ya sea por cansancio o por falta de tiempo. Lo anterior implica que estas mujeres gozan menos del tiempo libre dentro del hogar que el resto de los miembros de la familia porque, aunque trabajan fuera de casa, dedican los fines de semana a adelantar el trabajo doméstico y a atender a los demás (Salazar, 1997).

Por lo general, las mujeres que trabajan son también amas de casa y madres responsables de las tareas domésticas y del cuidado de la prole (Arriagada, 1990; Rokowski, 1987 en Vega, 1997).

Si vemos las horas que trabaja una mujer, éstas alcanzan entre 15 y 18 horas, en comparación a las 8 de los hombres (Córdoba y Farreón, 1997). Aunque existe evidencia que la desigualdad en la división del trabajo en el hogar empieza a descender, al menos en los países desarrollados, las mujeres trabajadoras todavía conservan la responsabilidad del hogar, lo que puede tener serios efectos en su bienestar (Berk, 1985; Morris, 1990 en Doyal, 1996). En los países no desarrollados, la mujer tiene un papel tanto en el mercado laboral como en el hogar, siendo difícil compatibilizar ambos, especialmente en los hogares más pobres (OIT, 1996). En los países desarrollados, las mujeres trabajan al menos dos horas más que los hombres, aunque se encuentran diferencias de hasta cinco o diez horas. En los países en desarrollo esta diferencia es mayor, ya que las mujeres dedican entre 31 y 42 horas por semana a actividades no remuneradas, a diferencia de las 5 a 15 horas de los hombres. (OIT, 1996)

De este modo, la mujer contemporánea añade un segundo rol al rol moral valorativo impuesto socialmente, el de la actuación laboral y la responsabilidad del ingreso económico, encontrando en ello dificultades y contradicciones entre su desempeño real y los valores morales operantes en la sociedad.

Hoy en día, aunque se hace más aceptable el trabajo femenino, se duda aún del beneficio familiar y social de los bebés de guardería, la desorganización de la casa y la desatención conyugal. Se hace necesaria una transformación del entorno moral y cultural del individuo. Dicha transformación es posible mediante la adaptación de los individuos que presionan desde sus nuevas conductas y la relajación de la censura del común de la gente hasta conseguir su aceptación (Trujano, 1997).

Sin embargo, lo anterior deja en evidencia que el trabajo de las mujeres fuera del hogar no modifica profundamente, por sí solo, la relación tradicional entre hombre y mujer. Tampoco implica un reparto de las tareas domésticas y del cuidado de los niños entre la pareja. Lo que para la mujer es un deber (la vida familiar) para los hombres es como el "reposo del guerrero" luego del trabajo y las actividades recreativas personales. La vida del hombre en el hogar se reduce a jugar y divertirse con los niños y su mujer, siendo su tarea principal aportar el sustento (Rossetti, 1988).

Por otro lado, esta integración al mercado laboral no fue acompañada por mecanismos sociales, legales y sanitarios que permitan a la mujer compatibilizar los roles reproductivos con el rol productivo que ha ido asumiendo. Por el contrario, ha significado una sobrecarga de trabajo que afecta su salud, aumentando los niveles de estrés y problemas de salud mental (SERNAM, 1992)

Ciclo de Vida Familiar

El Dr. Florenzano afirma que toda familia atraviesa por distintos periodos ciertas etapas durante su historia como tal. Distinguir el Ciclo de Vida Familiar permite conocer la secuencia normal de las fases por las que pasa una familia a lo largo de su existencia: de formación, expansión, consolidación-mantenimiento y disolución. Cada una de estas etapas puede ser motivo de tensión y conflictos entre sus miembros, existiendo algunos que son más habituales entre las familias. (Florenzano, 1987).

Las etapas del Ciclo de Vida Familiar y los conflictos más recurrentes son descritos a continuación:

A. Etapa de Formación de la pareja:

Período donde la pareja se integra y afiata en una nueva relación, con toda la historia individual proveniente de las familias de origen de cada uno de los miembros.

Las posibles crisis pueden surgir por:

- Decisión sobre el grado de cercanía física de los novios;
- Decisión sobre el momento y oportunidad del matrimonio;
- Luego del matrimonio, separación de cada uno de los miembros de la pareja de sus familia de origen.

B. Formación de la familia (etapa de hijos recién nacidos):

Se produce una apertura de la relación de pareja ante la llegada del primer hijo.

Pueden producir crisis:

- Durante el embarazo, las fantasías maternas relativas al parto y salud del futuro hijo;
- El cambio brusco de identidad al adoptar los roles de padre y madre;

- Contradicciones en el hombre: satisfacción de convertirse en padre y sentimiento de abandono por parte de su mujer en favor del nuevo hijo.

C. Familia con hijos pre-escolares:

El tiempo y el esfuerzo se centra en la crianza de los hijos. Los conflictos pueden ser:

- Dedicación a los hijos versus dedicación de la pareja a sí misma;
- Distribución del tiempo entre la vida laboral y la vida familiar;
- Planificación del número de hijos y medidas de control de la natalidad.

D. Familia con hijos escolares:

La efectividad del sistema familiar es puesto a prueba cuando el niño entra a la escuela. Motivos de posibles crisis:

- Capacidad familiar para tolerar la separación inicial del niño y el uso del tiempo de éste fuera de su hogar;
- Rendimiento escolar de los hijos;
- Adaptación sexual de la pareja ante la dificultad constante para la vida íntima en cuanto tiempo y espacio.

E. Familia con hijos adolescentes:

La estructura y funcionalidad lograda hasta entonces por la familia nuevamente es puesta a prueba. Las crisis típicas de esta etapa tienen por causa:

- Aceptación del crecimiento biológico y del desarrollo sexual de los hijos;
- Coincidencia en esta época de las “crisis de la adolescencia” con las “crisis de la edad media” de los padres;

- La “sobre-identificación” de los padres con los hijos y la pretensión de dirigir sus vidas, especialmente en lo relativo a la vocación laboral y la elección de pareja.

F. Familia plataforma de lanzamiento:

Al entrar en la adultez temprana, los hijos se separan de su familia de origen debido a estudios, trabajo y/o matrimonio. Crisis de esta etapa:

- Presiones por parte de los padres para evitar esta separación, especialmente con el último hijo que deja el hogar, lo cual les significa aceptar el envejecimiento personal y el comienzo de la disolución de la familia;
- La ida de los hijos da paso al “síndrome del nido vacío”, especialmente en las madres, las que ven terminada su razón de vida;
- Reparición de las dificultades de pareja tras el alejamiento de los hijos, pudiendo descubrirse que ya no hay intereses comunes.

G. Familia de edad media:

La pareja vuelve a estar sola y cobran importancia las expectativas de vida y mejora en la calidad de vida. Entre las potenciales crisis se encuentran:

- Dificultad de adaptarse a la jubilación y al retiro;
- Aparición de enfermedades crónicas en la pareja.

H. Familia anciana:

Comprende el período entre la muerte de uno de los cónyuges, incluyendo la viudez, hasta la de ambos. Posibles fuentes de crisis:

- Después de la muerte del cónyuge, enfrentamiento de la cercanía de la propia;
- Abandono por desaparición de pareja, amigos y otros seres queridos y aceptación de la soledad como estilo de vida;

- Inserción y aceptación de una nueva familia constituida por hijos y nietos.

Familia y construcción histórico social del sujeto

Mabel Burín (1998) plantea la existencia de una construcción histórico-social de la subjetividad sexuada de hombres y mujeres, de cómo se construyen a sí mismos como sujetos.

La noción de hombre y mujer ha variado a lo largo de la historia, es decir, el ser humano como sujeto psíquico y como producción cultural ha sufrido distintas vicisitudes.

En la época judeo-cristiana, el sujeto humano era concebido a imagen y semejanza de un dios masculino, con autoridad omnipotente sobre quienes consideraba sus bienes (mujer, hijos, siervos y animales). La mujer quedaba asignada a la noción de objeto, ya que la concepción de sujeto era de "hombre religioso". No fue hasta el Concilio de Trento que se le adjudicó "alma" a la mujer, avanzando a la concepción de ser religioso.

Durante la Edad Media, el lugar social de las mujeres era la casa feudal (C. Sáez Buenaventura, 1979 en Burín, 1998), y sólo salían de ella para contraer matrimonio o para profesar en los conventos. Las alternativas restantes eran la servidumbre o la prostitución. También existían las "brujas", mujeres (hechiceras, pitonisas, curanderas) que con habilidades especiales servían a determinadas necesidades del resto de la población. Eran principalmente viejas o mayores, pobres, carentes de prestigios sociales, marginales, alejadas de la gente con aprobación social y unidas a otras de su misma

condición. Su manera de subsistir era recurriendo a prácticas con escasas aprobación social, como celestinas y curanderas. Estas mujeres, como grupo, cuestionaban la autoridad masculina demostrando el ejercicio y la transmisión de un saber de mujeres, saber que era validado por sus pares, lo que era condición necesaria para la construcción de su subjetividad marginal.

Durante el período previo a la Revolución Industrial, la familia se constituye en el núcleo central del proceso industrial donde, si bien el padre es la autoridad máxima, ejerciendo dominio sobre sus congéneres, aprendices y servidumbre, a cada miembro se le otorga la condición de sujeto, ya que su trabajo es valorado en el proceso productivo, por lo tanto, en este contexto el trabajo de la mujer es muy bien valorado y significativo.

La Revolución Industrial trajo consigo muchos cambios a partir de los procesos de industrialización y de urbanización crecientes, y de una nueva ética que rige los valores humanos. La familia pierde el carácter productivo cambiando hacia una institución con un carácter relacional e íntimo. El papel de las mujeres se vio reducido y las tareas domésticas, de crianza y de sostén emocional pasaron al ámbito de lo "natural". Esta situación se ha prolongado hasta nuestros días, donde fue necesario el surgimiento de surgen una serie de problemas en los vínculos materno filiales y en la propia subjetividad femenina para que se pusiera en cuestión la naturalización antes señalada. Es en la actualidad cuando se ponen en tela de juicio estas subjetividades, emergiendo nuevas diversidades en la definición de la mujer y, por ende, del hombre como sujetos (Mabel Burín, 1998).

PSICOLOGÍA SOCIAL Y EMPLEO

Dentro de nuestra cultura occidental existe una gran relevancia de la actividad laboral. Esto se hace evidente en los sentimientos de satisfacción de aquellos que están trabajando y de insatisfacción de los que no.

El trabajo se ha vuelto uno de los principales pilares de nuestra sociedad, constituyéndose en un factor estructural del sistema industrial y estructurante del sentido común, así como de la misma vida cotidiana de las sociedades contemporáneas (Josep M.^a Blanch, 1996)

Este fenómeno social aflora en las representaciones de los sujetos como una actividad que exige esfuerzo físico y mental, ocupa mucho tiempo, permite ganarse la vida y proporciona satisfacción, oportunidades de autoexpresión y sentimientos de logro y de utilidad social (Salmaso y Pombeni (1986 en Blanch, 1996)

TEORÍAS PSICOSOCIALES DEL EMPLEO

Diferentes investigaciones se han preocupado por los efectos que tiene el desempleo en los sujetos, en especial sobre su bienestar. Y también se han investigado los efectos del empleo sobre las personas. Las siguientes teorías o modelos psicosociales han constituido un esfuerzo por abordar esta problemática (Álvaro, 1992)

Teoría de la privación y teoría de la agencia

Marie Jahoda es la autora de esta perspectiva, la que es central en el enfoque psicosocial del desempleo y, por extensión, del empleo.

El empleo, además de otorgar a los trabajadores los ingresos económicos, cumpliría cinco funciones latentes que se resumen de la siguiente manera (Jahoda, 1982/87 en Álvaro y col., 1992):

1. El empleo impone una estructura temporal a nuestra vida diaria.
2. Implica experiencias y contactos regulares compartidos con personas de fuera de la familia nuclear.
3. Une al individuo con metas y propósitos que trascienden los suyos propios.
4. Define importantes aspectos del estatus personal y de la identidad.
5. Fuerza el desarrollo de una actividad.

El trabajo sería la única institución capaz de asegurar el otorgamiento de estas cinco categorías. La autora agrega que "cuando estas categorías se han convertido en una necesidad psicológica en la vida social, las personas desempleadas sufrirán su ausencia a menos que a través de sus propios y deliberados esfuerzos hayan encontrado formas alternativas de satisfacerlas" (Jahoda, 1982/87 en Álvaro, 1992).

Por otro lado, al fortalecer el trabajo la experiencia en la medida que pasa el tiempo, provee conocimiento objetivo de la realidad inmediata y permite una experiencia de competencia y un sentido de trascendencia de metas individuales. En lo que serían metas sociales, satisfacería necesidades psicológicas universales (Jahoda, 1986 en Álvaro, 1992).

En este punto Baudrillard (1969/73 en Álvaro, 1992) plantea que las necesidades son de índole ideológica. Más que verlas como elementos básicos de la personalidad de los sujetos, deben ser consideradas como productos sociales, dentro de los cuales cumplen un importante papel los aspectos valorativos asociados a su satisfacción. Desde este punto es posible entender las funciones que cumple el empleo, así como el valor positivo y moral que tiene el desempeñar un rol ocupacional en las sociedades occidentales.

Desde una perspectiva funcionalista, se han distinguido dos conceptos para entender el significado del trabajo, siendo estos los siguientes (Hayes y Nutman, 1981 en Álvaro, 1992):

1. El primero se refiere a las funciones del trabajo en la satisfacción de necesidades personales como: ingresos, actividad, estructuración del tiempo, creatividad, dominio e identidad)
2. El segundo se relaciona con las respuestas afectivas e individuales hacia el trabajo, o sea, el significado que tiene para cada uno el trabajo en sus funciones.

Aunque los autores ponen el acento en los efectos negativos del desempleo, como la privación de lo anteriormente expuesto, para Fagin y Little los efectos psicológicos positivos del empleo se derivan de las funciones que cumple el mismo (1984 en Álvaro, 1992).

Siguiendo la misma idea de mostrar los elementos que aportaría el trabajo a las personas y que influirían en su bienestar, citamos a Warr, el cuál plantea que la situación inversa, es decir, la del desempleo, acarrea al menos nueve situaciones negativas que

estarían a la base del deterioro del bienestar psicológico de los desempleados. Estas características son las siguientes:

1. Reducción de ingresos.
2. Restricción en la variedad de la vida personal.
3. Reducción de metas y actividades.
4. Disminución de la capacidad en la toma de decisiones.
5. Menor desarrollo de los conocimientos y capacidades personales.
6. Exposición a actividades psicológicamente desestabilizadoras.
7. Incremento en la inseguridad acerca del futuro.
8. Restricción de las relaciones interpersonales y,
9. Pérdida de la posición social y deterioro del autoconcepto y la autovaloración. (Warr, 1982 en Álvaro, 1992)

En resumen, la teoría de la privación es "como el marco teórico donde explicar la psicología de un suceso social, el engranaje entre necesidades psicológicas y presiones socioestructurales que determinan en el caso del desempleo una experiencia de privación subjetiva, la privación de las categorías de experiencia latentes asociadas a un puesto de trabajo en las sociedades occidentales contemporáneas" (Álvaro, 1992).

Por el contrario, podemos pensar que la situación de empleo entrega estas categorías de experiencia latentes asociadas a él y que antes hemos descrito como funciones del empleo, según nos indican Jahoda, Warr y los funcionalistas Hayes y Nutman.

Al contrario de la teoría de la privación, que pone el acento en la pérdida de las funciones latentes asociadas al empleo, la teoría de la agencia según Fryer y Payne

(1984 en Álvaro, 1992) está centrada en las conductas y cogniciones nuevas que significan un cambio social, o sea, el énfasis está puesto en los problemas cognitivos y de maximización de la conducta.

Por lo tanto, a diferencia de la teoría de la privación, la teoría de la agencia plantea que no son las categorías empleo y desempleo las que debieran estudiarse sino el tipo de presión ejercida por el medio sobre el individuo. Probablemente, los problemas que tiene el sujeto sean por las consecuencias que se desprenden de intentar entender y enfrentarse con su situación (Fryer y Payne, 1984; Fryer, 1986 en Álvaro, 1992).

Para estos autores, el deterioro psicológico tanto de una persona empleada como de una desempleada, no se debe a la privación de necesidades psicológicas sino a la privación de una conducta autodirigida.

Fryer y Payne hacen múltiples críticas a la teoría de la privación como son: subestimación de los aspectos económicos (1986), problemas de verificación empírica (1986), incapacidad para distinguir consecuencias no negativas de la situación de desempleo, etc., resumiendo falta de contrastación empírica del enfoque teórico de la privación debido sus imprecisiones teóricas y metodológicas.

Sin embargo, Álvaro (1992) argumenta que existen estudios de experiencias cuantitativas y cualitativas que apoyan los dos supuestos básicos de la teoría de Jahoda; "que el empleo provee ciertas categorías de experiencia y que el acceso a las mismas repercuten o influyen el bienestar psicológico de las personas".

Por su parte, la teoría de la agencia es criticada por no considerar en su análisis el poder de las instituciones sociales y por reducir la realidad social a sus aspectos más psicológicos (Jahoda, 1984;1986 en Álvaro, 1992). Del mismo modo, Torregrosa (1987),

también citado por Álvaro, plantea que la teoría de la agencia perdió de vista la especificidad de las relaciones que suscita el desempleo como característica de la estructura socioeconómica y como categoría de experiencia. La teoría de la privación aborda el estudio del control social que la teoría de la agencia deja fuera, producto de su reduccionismo psicológico. Por otro lado, deja fuera del problema del desempleo (como problema social) el rol de las instituciones sociales y los aspectos normativos de conducta social (en Álvaro, 1992).

Teoría de la incongruencia mental

Álvaro (citando a Tazelaar, 1989) plantea que esta teoría se fundamenta en dos supuestos (1992):

1. las limitaciones que impone todo contexto social en la realización de una acción y
2. las disposiciones o inclinaciones individuales a llevar a cabo dicha acción.

En esta teoría, las reacciones de los desempleados están explicadas por la disonancia que existe entre elementos evaluativos y elementos cognitivos; concretamente, el desempleado vive el conflicto producto de la incongruencia entre el elemento evaluativo "debería estar empleado" y el elemento de índole cognitivo, "estoy desempleado".

Para Álvaro, las posibilidades de deterioro psicológico son mayores cuando es mayor la concordancia entre los elementos evaluativos propios y de los otros significativos ("estar empleado es importante para mí") con posibilidades menores de

introducir cambios en el medio ("encontrar un empleo no depende de mi mismo ni de los esfuerzos que haga").

Tazelaar (1989) dice que esta teoría explica las reacciones de los sujetos a las diferentes situaciones, postulando que la "cantidad total de incongruencia mental en el sistema varía con una cognición dada, "estoy desempleado en este momento", en relación a (a) la importancia del valor trabajo, (b) las ventajas que se adscriben al trabajo/empleo y las desventajas del desempleo, (c) la cantidad de apoyo social que se percibe como recibido de otros significativo, y (d) las oportunidades que uno cree tener de encontrar un puesto de trabajo. Que se produzca o no una reducción de la incongruencia mental y cómo se produzca no sólo depende de la cantidad de incongruencia (total) y de las combinaciones específicas de las mencionadas características mentales, sino también de las oportunidades y restricciones reales, tanto situacionales como normativas" (en Álvaro, 1992).

De todo lo anteriormente dicho podemos suponer que la situación de empleo significa para el sujeto un estado de equilibrio entre los elementos evaluativos y los elementos cognitivos, lo que le reportarían a los individuos empleados un mejor bienestar.

Esta teoría tiene una fuerte orientación cognitiva que ayuda a comprender la diversidad de los efectos provocados por el desempleo. Sin embargo, corre el peligro de dejar a un lado el marco social donde interpretar los procesos psicológicos asociados a la experiencia del desempleo (Álvaro, 1992) y por extensión del empleo. Dentro de este esquema, asumir que los diferentes estilos cognitivos forman parte de las representaciones sociales dominantes, significan una notable aportación teórica ya que

ubican a los procesos psicológicos de percepción, opinión, pensamiento, creencia, etc., en un marco de influencia social (Blanch, 1989 en Álvaro, 1992). Sin embargo, Álvaro llama la atención afirmando que tomar esta teoría con un excesivo idealismo llevaría a considerar a la persona como un procesador de información y trasladar un problema social a la esfera de los desequilibrios o disonancias cognitivas individuales o de las representaciones colectivas.

Teoría de la Expectativa - Valencia y Teoría de la Indefensión Aprendida

Feather y Davernport (1981) y Feather y Bond (1983) en Álvaro (1992), investigaron las consecuencias del desempeño para los sujetos desde la perspectiva de la teoría de la expectativa-valencia.

En términos generales, esta teoría tiene como supuesto que "la realización de una acción está determinada tanto por las expectativas de llevarla a cabo con éxito, como por los valores subjetivos asociados a las consecuencias derivadas de dicha acción".

Álvaro resume los supuestos de esta teoría aplicados al desempleo en los siguientes dos enunciados:

1. Cuanto mayor es la expectativa de encontrar empleo y más positivo el valor asociado al mismo, mayor será la motivación por encontrar un puesto de trabajo.
2. Los efectos psicológicos negativos derivados de la no-consecución de un empleo serán mayores en aquellas personas que tienen mayores

expectativas de encontrarlo y perciben el empleo de una forma más positiva, es decir le dan mayor valor.

Por lo tanto, lo importante en esta teoría son las expectativas que tienen los sujetos en relación al empleo y la importancia que éste tiene para ellos. Es decir, el modelo busca predecir la conducta de las personas de acuerdo a los resultados que se derivarán de realizar dicha conducta. Lo fundamental sería la instrumentalidad de la conducta que está enfocada a obtener resultados atractivos o de valencia positiva (Feather y Barber, 1983 en Álvaro, 1992).

Sin embargo, esta teoría es criticada por presentar poco valor explicativo y por no considerar el valor asociado al trabajo ni las funciones psicológicas que éste cumple (O'Brien, 1986 en Álvaro, 1992).

Por otra parte, la teoría de la indefensión aprendida toca las situaciones que escapan al control de quien las sufre y cuyas conductas por lograr el control fracasan. La persona o el sujeto expuesto a esta situación a final de cuentas cesaría en sus esfuerzos por lograr el control. Para Seligman (1975/81 en Álvaro, 1992), esta situación produce déficit motivacionales, cognitivos y emocionales.

Álvaro presenta de la siguiente forma el esquema propuesto por Seligman para su teoría:

Informe sobre la contingencia	Representación de la contingencia (aprendizaje, expectativa, percepción y creencia)	Conducta
-------------------------------	---	----------

Existe un primer momento, donde tendríamos una información sobre la contingencia de un resultado y la respuesta. Un segundo momento, el aprendizaje, expectativa, percepción o creencia de que la conducta y los resultados derivados de la misma son independientes. Por último, una conducta de indefensión resultante de una expectativa de incontrolabilidad.

Por ende, los sujetos desempleados tendrían consecuencias psicológicas negativas cuando pierden el control instrumental.

Frente a esta teoría existe una reformulación realizada por Abramson y otros (1978 en Álvaro, 1992) el cual, según Álvaro, plantea tres lagunas en la formulación de Seligman:

1. No hay distinción entre aquellos casos en que la experiencia de incontrolabilidad es extensible a todo el mundo (indefensión universal) y aquellos en que la experiencia de incontrolabilidad es extensible sólo a algunas personas (indefensión personal).
2. No considera cuando la indefensión ocurre en situaciones diferentes (indefensión global) y aquellas cuando ocurre en una situación concreta (indefensión específica).
3. No diferencia entre indefensión crónica y aguda.

Álvaro resume la propuesta de Abramson y otros en los siguientes tres puntos:

1. La depresión provoca déficit tanto motivacional como cognitivo, como de autoestima y afectivo.

2. La intensidad de los déficit depende de las expectativas de incontrollabilidad y, en el caso de los déficit afectivos y de autoestima, de la importancia atribuida a los resultados.
3. Por último, el déficit depresivo es interpretado en términos de atribución, es decir que los tipos de atribución interno-externo, global-específico y estable-inestable explicarían el tipo y la forma de los déficit depresivos.

La diferencia entre ambas teorías, indefensión de Abramson y la teoría expectativa-valencia, radica en que para la última los déficit se presentan en aquellos desempleados más motivados por un trabajo y no en aquellos que han perdido el interés por buscarlo, como sería el caso de la primera (Álvaro, 1992).

Por lo tanto, el trabajo o la situación de estar empleado es capaz de responder a estas motivaciones de los sujetos por estar trabajando, situación que, por lo demás, es altamente valorada dentro de nuestro contexto socioeconómico. De las anteriores teorías es posible afirmar que la situación de empleo reporta un mejor bienestar psicológico a las personas.

El modelo de Roles y Vitamínico

Álvaro (1992), Warr (1984 b), autor de esta teoría, define los cambios por la pérdida del empleo como un proceso de transición y cambio de roles.

Los roles serían definidos en función de su contenido y de sus resultados. Según el contenido, implicaría unas tareas, unas rutinas, una posición social y un medio físico

propio. En cuanto a los resultados, implica unos costes y unos beneficios tanto físicos como psíquicos y materiales.

Aunque con estos postulados de Warr (1984) se explicarían los efectos del desempleo en los sujetos a través del cambio de rol de estar empleado a estar desempleado, posteriormente el mismo Warr (1987 en Álvaro, 1992) elaboró un modelo donde existen diferentes factores determinantes de la salud mental en cualquier medio:

1. Oportunidad por ejercer control sobre el medio.
2. Oportunidad para la utilización y desarrollo de los conocimientos y capacidades personales.
3. Existencia de objetivos generados en el medio.
4. Variedad.
5. Claridad ambiental.
6. Disponibilidad económica.
7. Seguridad física.
8. Oportunidades para desarrollar las relaciones interpersonales y
9. Posición social valorada.

La denominación de vitamínico está dada por su creencia de que estos factores trabajan del mismo modo que las vitaminas a nivel del organismo. Esto quiere decir que los elementos determinados por Warr tendrán consecuencias positivas o negativas en la salud mental dependiendo de su presencia o ausencia y de la intensidad de las mismas. Lo anterior se traduce en que el aumento constante en algunos de los componentes del medio, antes citados, son causa de beneficios en la salud mental hasta que alcanzan su nivel máximo en el cual el efecto sobre la salud mental se vuelve constante (sentencias 6,

7 y 9) o bien disminuirán el grado de bienestar psicológico alcanzado previamente (sentencias 1, 2, 3, 4, 5 y 8).

Álvaro (1992) plantea que Warr (1987) justifica este funcionamiento en las cuatro siguientes razones:

1. Los incrementos en las características del medio (ambiente) tienen mayor efecto en la salud mental en los niveles bajos que en medios. Del mismo modo, la capacidad de enfrentarse a las vicisitudes del medio es mayor en el caso de los niveles medios y menor en los niveles bajos.
2. Las modificaciones del medio (ambiente) son experimentadas de diferente forma por los niveles medio y bajo. Pequeñas modificaciones son experimentadas como no problemáticas en los niveles medios. Por el contrario, en niveles bajos los cambios ligeros son considerados como amenazas hacia las personas, provocando un aumento de los niveles de atención, percepción discriminativa y consciencia de los cambios producidos.
3. Los sujetos de niveles bajos tienen mayor probabilidad de atribuir su condición (de negativo estado emocional) al medio, lo que les llevaría a tener mayor capacidad discriminativa entre los diferentes medios y a un mayor deterioro de su condición mental.
4. Los altos niveles de salud mental que alcanzan las personas situadas en los niveles medios, tienen un efecto moderador de las presiones ejercidas por el medio.

Este modelo tiene su principal virtud al ser aplicable a diferentes medios, en relación con el nivel de salud mental que provocan en los sujetos. De este modo, es posible predecir las repercusiones de un determinado medio ambiente para la salud mental de los sujetos.

Por el contrario, se le critica la homologación que hace el autor con el funcionamiento de las vitaminas a nivel del organismo. Según Álvaro, un proceso de índole químico no se debe trasladar al ámbito de las necesidades humanas ya que, en relación con su medio, éstas son de carácter simbólico, para cuya comprensión es necesario considerar aspectos de índole motivacionales, cognitivos y afectivos, así como su contexto histórico-cultural (1992).

Sin embargo, el autor cree que no es necesaria la comparación para que este modelo tenga validez como heurístico ya que, además, desde el punto de vista teórico tiene respaldo de numerosas investigaciones empíricas (Álvaro, 1992).

Transición Psicosociales y Modelo del estrés

El concepto de transiciones psicosociales ha sido utilizado en el estudio de las situaciones de pérdida. El caso de la pérdida del empleo reúne las características de una pérdida psicosocial, es decir, tiene lugar en corto plazo, sus consecuencias son duraderas y afecta el mundo de nuestras experiencias de vida cotidiana (Hayes, 1976; Hayes y Nutman, 1981; Parkes, 1971; en Álvaro, 1992).

Álvaro plantea (citando a Parker, 1971) que es necesario atender al concepto de *espacio vital* para explicar la pérdida que sufre el desempleado; pérdidas de tipo lugar de trabajo, relaciones interpersonales, ingresos económicos, las cuales en conjunto le significan al sujeto una falta de control individual sobre aquel espacio vital que se asumía y que ahora le significan cambiar la concepción subjetiva del mundo. Los cambios que involucra se relacionan con la estructura del tiempo, los ingresos económicos, la creencia en el mundo como un lugar seguro y, por último, las expectativas familiares y de futuro.

La crítica que recibe esta teoría es la similitud que hace a otras situaciones de pérdida y que no es viable de realizar, ya que la pérdida de un empleo es transitoria. Además, los jóvenes que por primera vez entran al mercado laboral quedan fuera de este enfoque (Álvaro, 1992).

Álvaro indica que el desempleo sigue determinadas etapas que van cambiando a lo largo del tiempo. Para esto se justifica en diversos autores como Harrison, 1976; Hill, 1977,78; Powell y Driscoll, 1973; Zawdsky y Lazarsfeld, 1935.

En esta misma línea, el autor encontró relación con los enfoques teóricos del estrés ya que ambos, desempleo y estrés, se caracterizan en que frente a una situación generadora de estrés se van modificando a lo largo del tiempo en sucesivas etapas o fases.

Estas dos teorías se unen ya que ambas son planteadas como un proceso de adaptación, la teoría del estrés (Selye, 1956) contempla shock inicial, resistencia y debilitación, mientras que el proceso vivido por los desempleados sería estadio I (shock inicial), estadio II y III (resistencia) y estadio IV (resignación).

Álvaro trae a colación el modelo de Fineman (1979, 1983) que utiliza el modelo psicosocial del estrés, para analizar los efectos diferenciados del desempleo sobre los sujetos. Frente a este modelo es necesario tener ciertas consideraciones tanto para su comprensión como para su análisis (Álvaro, 1992):

1. Las reacciones ante la situación de desempleo se caracterizan, generalmente, por una experiencia de tensión y ansiedad tanto psíquica como física.
2. El nivel de estrés asociado a la experiencia del desempleo viene determinado por el significado atribuido a la situación de paro.
3. Las distintas conductas de enfrentamiento se corresponden con el modelo de las fases del desempleo.
4. En el modelo es posible la inclusión de diferentes tipos de respuestas tanto psicológicas como físicas.
5. Puede ser utilizado como modelo explicativo o como herramienta de investigación empírica.
6. La realidad es concebida como un proceso de negociación donde las personas son capaces de dar sentido a sus acciones y originar cambios en el medio.
7. Por último, pretende reflejar las percepciones, creencias y sentimientos de las personas desempleadas, más que crear un marco de hipótesis contrastable.

La principal crítica a este modelo radica en el énfasis puesto en el cambio individual, dejando de lado los aspectos sociales (Álvaro, 1992).

Teoría de la autoeficacia y locus de control

Este enfoque (Bandura, 1977) acentúa la importancia de los sentimientos de eficacia personal que cada sujeto tiene en el hacer de una tarea. En esta teoría, lo central es la percepción que tiene cada uno con relación a su capacidad para encontrar otro empleo.

Este modelo no es suficiente para explicar la situación actual de desempleo, es más, un cambio cognitivo no resuelve el problema de disfuncionalidad de la mano de obra en el contexto de la racionalidad económica imperante (Álvaro, 1992).

El locus de control (Rotter, 1966) ha sido otro concepto utilizado en el estudio del desempleo. Las investigaciones "indican que las personas desempleadas tienden a percibir los resultados de su conducta como controlados por factores externos" (Álvaro, 1992). Sin embargo, esta teoría corre el riesgo de atribuir la falta de control a un factor de personalidad, reduciendo un problema de índole social a sus elementos meramente psicológicos, lo cual es un reduccionismo no aceptable (Tiffany, Cowan y Tiffany, 1970; Hayes y Nutman, 1981 en Álvaro, 1992).

Frente a esto, Álvaro trae a colación a O'Brien (1986) y propone clasificar a los sujetos en tres tipos, según sea su dimensión de control: interno, externo y realista. De este modo, el locus de control puede distorsionar la realidad ya que pueden llegar a ser incapaces de ver realidades donde sí tienen control. Pero es claro que la situación de desempleo propicia un sentimiento de falta de control sobre sus vidas (Warr, 1987 en Álvaro, 1992).

Análisis de los modelos teóricos

Según Álvaro, Gergen y Gergen (1982) categorizan las teorías en cuatro tipos:

1. Centradas en la situación, donde la persona carece de libertad.
2. Centradas en el medio, donde el sujeto puede cambiar algunas cosas.
3. Centradas en las características personales, donde los sujetos tienen un grado de acción limitado.
4. Centradas en las características personales, donde los sujetos son agentes determinantes de su propio destino.

Para nuestro autor, el problema del desempleo debe ser entendido desde tres perspectivas: una perspectiva política-económica, una segunda perspectiva centrada en el mercado laboral y, por último, desde las consecuencias que tiene en la configuración del medio social de las personas la carencia de empleo.

Álvaro considera que las teorías de Jahoda (1982/87) y Warr (1987) implican un aporte hermenéutico más completo y adecuado.

CAPITULO 3

METODOLOGÍA

TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo *Exploratoria No Experimental Transeccional Descriptivo*. Se define como No experimental porque no habrá una manipulación deliberada de variables. Estas se estudiarán con interdependencia entre ellas, sin intervención directa del investigador sino tal y como se dan en su entorno natural. De tipo Exploratorio debido a la carencia de investigaciones en Chile frente a esta temática y a la ausencia de un marco teórico definido para abordar el bienestar psicológico de los funcionarios del sector salud, menos aún específicamente de las mujeres técnico paramédicos. Y es Transeccional Descriptivo ya que intentará estudiar las variables mediante observaciones realizadas en un tiempo y lugar únicos, a través de la medición de distintas propiedades del fenómeno, con la finalidad de aportar información valiosa que potencie la salud mental en nuestro contexto laboral.

MUESTRA

La muestra es no probabilística, es decir, del tipo muestra dirigida, ya que se realizó un procedimiento de selección informal y poco arbitrario de los participantes. Éste consistió en estudiar a todas aquellas mujeres auxiliares paramédicos que se

encontrasen presentes en el momento de visita de los investigadores al servicio clínico correspondiente. La clase de muestra intencionada fue de sujetos voluntarios, ya que las funcionarias podían aceptar o rechazar el ser evaluadas. Esto fue posible ya que las características de quienes se veían enfrentadas a decidir su participación en esta investigación eran homogéneas, con excepción de las variables consideradas dentro de los objetivos, cuales son:

- la presencia o ausencia de pareja;
- la presencia o ausencia de hijos;
- situación laboral de titularidad o contrata.

Para seleccionar a las participantes voluntarias de la muestra, se consideraron ciertos requisitos que ellas debían cumplir, los cuales fueron:

- pertenecer al hospital Carlos Van Buren;
- contar con los estudios que acrediten la calidad de Auxiliares Paramédicos;
- tener, al momento de la evaluación, una edad fluctuante entre los 20 y 40 años;
- tener un contrato laboral con el hospital evaluado;
- estar presente en su servicio clínico en el momento la de evaluación.

El cargo de auxiliar paramédico se desempeña en los distintos servicios clínicos del hospital Carlos Van Buren. Estos funcionarios van rotando de servicio en servicio de acuerdo a las demandas y otras necesidades.

Es por ello que se consideraron todas las unidades médicas en el momento de escoger la muestra. Sin embargo, el servicio de Pabellones, por la complejidad de sus turnos y características propias de atención al paciente, no pudo ser incluido en el momento de la evaluación.

Los servicios clínicos evaluados fueron los siguientes:

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| - Cirugía Infantil | - Consultorio Especialidades |
| - Servicio Dental | - Esterilización |
| - Farmacia | - Imagenología |
| - Jardín Infantil | - Laboratorio Clínico |
| - Maternidad | - Medicina |
| - Medicina Nuclear | - Neonatología |
| - Neurocirugía | - Neurología |
| - Oftalmología | - Oncología |
| - Otorrino | - Pediatría |
| - Pensionado | - Traumatología Adulto |
| - Traumatología Infantil | - U.C.I. Adulto |
| - U.C.I. Pediátrica | - U.E.A. |
| - U.E.I. | - Urología |

Finalmente, considerando lo explicado con anterioridad, la muestra quedó constituida por un total de 110 mujeres auxiliares paramédicos del hospital Carlos Van Buren, quienes pueden clasificarse en los siguientes grupos:

Variable Independiente		Indicadores	Nº Total	%
Rol de Género	Situación Conyugal	Sin Pareja	47	43
		Con Pareja	63	57
	Presencia de Hijos	Sin Hijos	35	32
		Menores de 6 años	30	27
		Mayores de 6 años	27	25
		Menores y Mayores de 6 años	18	16
		Sin Pareja Sin Hijos	28	26
		Sin Pareja con hijos Menores de 6 años	6	5
		Sin Pareja con hijos Mayores de 6 años	10	9
		Sin Pareja con hijos Menores y Mayores de 6 años	3	3
Con Pareja Sin Hijos		7	6	
Con Pareja con hijos Menores de 6 años		24	22	
Con Pareja con hijos Mayores de 6 años		17	15	
Con Pareja con hijos Menores y Mayores de 6 años		15	14	
Situación Contractual		Titular	55	51
		A Contrata	54	49

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

<i>VARIABLES INDEPENDIENTES</i>		
	<u>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</u>	<u>DEFINICIÓN OPERACIONAL</u>
<i>Situación Contractual</i>	Convención por la cual el empleador y el trabajador se obligan recíprocamente, éste a prestar servicios personales bajo dependencia y subordinación del primero, y aquél a pagar por estos servicios una remuneración determinada. (Código del Trabajo. Ley N° 18.620, artículo 7)	Tipo de contrato establecido entre la trabajadora y el empleador dependiendo del tiempo y el grado de estabilidad de éste.
<i>Rol de género</i>	Papel conformado a partir del conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino y masculino. (Lamas, 1998)	Características asociadas al género femenino como presencia de hijos y presencia de pareja.

VARIABLES DEPENDIENTES		
	<u>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</u>	<u>DEFINICIÓN OPERACIONAL</u>
<i>Salud Mental</i>	Salud mental: Sentimiento de bienestar emocional, competencia, autonomía, aspiración y funcionamiento integrado con ausencia de trastornos psíquicos leves	Categoría del bienestar psicológico en la cual se ubica a los sujetos según la puntuación obtenida al responder el General Health Questionnaire (GHQ-12) de Goldberg
<i>Autoestima</i>	Sentimiento de capacidad personal e imagen o autoevaluación positiva sí mismo.	Categoría del bienestar psicológico en la cual se ubica a los sujetos según la puntuación obtenida al responder la Escala de Autoestima de Rosenberg, adaptada por Bachman y O'Malley.

<i>Depresión</i>	Desorden afectivo caracterizado por la falta de capacidad para divertirse o concentrarse y por la ausencia de reacciones emocionales normales.	Categoría del bienestar psicológico en la cual se ubica a los sujetos según la puntuación obtenida al responder el Inventario de Depresión de Beck.
<i>Satisfacción con la vida actual</i>	Grado de conformidad de la persona con su vida presente asociada a una mayor satisfacción con la forma en que se organiza y estructura el tiempo y las actividades diarias.	Categoría del bienestar psicológico en la cual se ubica a los sujetos según la puntuación obtenida al responder el ítem de satisfacción con la vida actual de Warr (1978).

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PRUEBAS PSICOLÓGICAS ESTANDARIZADAS

A continuación describiremos las escalas y preguntas utilizadas para la medición de diferentes aspectos del bienestar psicológico.

General Health Questionnaire (G.H.Q)

Este es un cuestionario de auto-informe elaborado por Goldberg (1972 - 1978) con el objeto de detectar vulnerabilidad ante trastornos psicológicos menores (no-psicóticos) (Álvaro, 1992). Ha sido señalado como el "mínimo común múltiplo" de los síntomas que pueden presentarse en los distintos síndromes de trastorno mental (Goldberg y Hillier, 1979 en Rodríguez, 1993).

Esta escala no mide o clasifica a las personas como enfermas ya que el contenido de las ítems hace referencia a conductas, emociones o pensamientos que se pueden encontrar en personas "sanas", como afecto negativo, satisfacción, ansiedad, ánimo deprimido, experiencia de tensión y afecto positivo (Rodríguez y otros, 1993).

Para la obtención de las puntuaciones de este cuestionario se dispone de dos métodos. El método del G.H.Q., con puntuaciones de 0 para las dos primeras modalidades de respuestas y 1 para las dos últimas y el método Likert con puntuaciones de 0, 1, 2 y 3 respectivamente para cada uno de las 4 posibles respuestas que se ofrecen

0.82; Moret y col. (1987); Rodríguez (1991) y Banks y col. (1980) obtienen 0.90 (en Rodríguez, 1993).

En su estudio, Álvaro (1992) encontró una consistencia interna (Cronbach, 1951) de 0.83, mientras que Novakovich y Salinas (1999) encuentran un valor de 0.85.

Inventario de Depresión de Beck (I.D.B)

Este inventario consta de 21 ítems que aluden a una gran variedad de síntomas asociadas al estado depresivo tales como tristeza, pesimismo, preocupación por problemas de salud física, insomnio y en general describen una manifestación conductual, actitudinal, emocional o biológica del cuadro (Álvaro, 1992).

Las puntuaciones de los ítems van de 0 a 3 puntos, fluctuando el puntaje total entre 0 y 63. A mayor puntuación nos encontramos con mayor sintomatología depresiva.

Los puntos de corte establecidos por Beck y Beamesderfer (1974) y el centro de Terapia Cognitiva para las puntuaciones obtenidas son 0-9, depresión mínima o ausente; 10-19, depresión leve; 20-29, depresión moderada; 30-63, depresión severa (en Novakovich y Salinas, 1999)

En relación a las características de confiabilidad, Beck, Steer y Garbin (1988), encontraron que la consistencia interna del I.D.B., es de 0.86 para la población psiquiátrica y de 0.81 para la no-psiquiátrica. Del mismo modo, Bernal, Bonilla y Santiago (1995) encontraron una confiabilidad interna, utilizando el mismo índice, de 0.89.

forma negativa. Los ítems tienen cinco puntos de anclaje. Feather y Barber (1983) encuentran una consistencia (coeficiente alfa) de 0.83 (en Rodríguez, 1993).

Existen estudios en que las puntuaciones basadas en los ítems positivos de la escala han sido separadas de los basados en los ítems negativos bajo el presupuesto de que los individuos separan la autoestima positiva y la autoestima negativa, especialmente bajo condiciones de adversidad (Warr y Jackson, 1983). Dichos componentes de la autoestima señalan el grado de acuerdo o desacuerdo con evaluaciones positivas y negativas sobre sí mismos. Ambos tipos de autoestima han sido medidas mediante ítems derivados de la investigación de Backman y O'Malley (1977) y Rosenberg (1965). La correlación entre ambas es sólo de 0.25 (en Rodríguez, 1993).

En este estudio se utiliza la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), adaptada por Backman y O'Malley (1977). Esta escala mide 2 factores: autoestima positiva y negativa. Consta de 8 ítems con un formato tipo Likert. Las puntuaciones a los ítems fueron de 5 a 1 para los ítems de la subescala positiva y de 1 a 5 para la subescala negativa. Se deduce que a mayor puntuación, mayor es su autoestima positiva y menor su autoestima negativa (en Álvaro, 1992).

La consistencia de esta escala en Álvaro (1992) fue de 0.70 para la subescala de autoestima positiva y de 0.74 para la subescala de autoestima negativa. Warr y Jackson (1983 en Álvaro, 1992) obtuvieron un coeficiente de consistencia interna entre 0.63 y 0.75 (escala autoestima positiva) y entre 0.52 y 0.61 (subescala negativa).

Novakovich y Salinas (1999), en su estudio realizado sobre una muestra de 120 mujeres chilenas, obtuvieron un índice de consistencia alfa de Cronbach de 0.68.

Ítem de Satisfacción con la Vida Actual

Se utilizó un ítem correspondiente a un cuestionario sobre satisfacción con la vida presente usado por Warr y Hepworth (1978 y 1980 en Álvaro 1992). También lo encontramos en Novakovich y Salinas, (1999).

Se usó una escala de 1 a 5 describiendo cada punto de graduación de la siguiente manera:

- 1- muy satisfecha
- 2- satisfecha
- 3- ni satisfecha ni insatisfecha
- 4- insatisfecha
- 5- muy insatisfecha

Otros estudios donde se usó este mismo ítems son el de Harding, Phillips y Fogarty (1986), el de Herwood y Miles (1987) y el de Miles (1983) (citados en Álvaro (1992).

Cuestionario

Se utilizó un cuestionario que recoge información de índole sociodemográfico, entre las que se encuentran la edad, estado civil, número de hijos, nivel de educacional, ingresos, condición contractual.

Al final, se incorporó el ítems de satisfacción con la vida actual.

ANÁLISIS DE LOS INSTRUMENTOS PARA LA MUESTRA

MUESTRA PILOTO

Con anterioridad a la aplicación de los instrumentos, se reunió a una muestra piloto conformada por 30 mujeres, cuyo nivel de escolaridad fue IV año de educación media. A este grupo se le aplicó las pruebas para observar lo adecuado de la presentación, del formato, la claridad de las explicaciones, la facilidad de respuesta y otros elementos que pudieran interferir en la normal entrega de información. Como resultado se concluyó que las pruebas no presentaban problemas en cuanto a su presentación, modificándose sólo el formato de respuesta de una de ellas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS INSTRUMENTOS

Se calculó la confiabilidad de cada uno de los test, arrojando los resultados siguientes:

TEST	CONFIABILIDAD
BECK	0,8597
GHQ	0,8669
ROSENBERG	0,71629

Es menester señalar que para calcular la confiabilidad, en las pruebas de Depresión (Inventario de Beck), Salud Mental (GHQ) y Autoestima Global (Rosenberg) se utilizó el método de Cronbach. Los puntajes obtenidos permiten que los resultados de

las pruebas aplicadas sean interpretables. Los instrumentos que evalúan las variables sintomatología Depresiva, Salud Mental son significativos al 5%.

PLAN DE TRABAJO:

ORGANIZACIÓN GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

Primera Fase: Preparación y diseño.

Durante esta primera fase se realizó la elaboración del proyecto de investigación, teniendo en cuenta el diseño, la selección, adaptación y preparación de los instrumentos a utilizar durante el estudio.

Segunda Fase: Recolección y análisis de los datos.

Durante esta fase se seleccionaron, dentro del universo en estudio, los sujetos para la muestra. Se realizó la aplicación de los instrumentos y la tabulación de los resultados obtenidos. Finalmente, estos resultados fueron organizados y procesados para facilitar el paso siguiente.

Tercera Fase: Evaluación y Análisis Estadístico. Elaboración del Informe Final.

Durante esta fase se evaluaron los resultados obtenidos en el paso anterior, realizando un análisis estadístico de los mismos. Con posterioridad, se extrajeron las conclusiones del estudio para, finalmente, elaborar el presente informe, publicando los resultados.

PROCEDIMIENTO

Para favorecer la realización de este estudio, se tomaron en consideración los siguientes aspectos:

Autorización:

Para trabajar en el hospital Carlos Van Buren, dirigimos una carta de presentación al director del servicio, con el patrocinio de la Escuela de Psicología perteneciente a la Universidad de Valparaíso. Con posterioridad, y luego de ser permitido nuestro estudio, realizamos una entrevista con la jefe del departamento de Recursos Humanos y con la jefe del departamento de capacitación, quienes fueron el nexo entre los investigadores y las auxiliares paramédicos del establecimiento. Los investigadores recalcaron el carácter científico del estudio y la confidencialidad de la información obtenida, comprometiéndose a presentar los resultados de éste a la directiva del hospital para mejorar la calidad de vida laboral de sus funcionarios, instancia que valora la salud mental de estos como primer paso para una óptima entrega de servicios a la comunidad de la V región.

Tiempo:

El presente estudio se realizó durante aproximadamente un año.

Recursos:

El recurso humano dispuesto para este estudio estuvo compuesto por dos investigadores egresados de Psicología quienes, luego de cumplida su formación profesional, cuentan con los conocimientos y el manejo adecuado para llevar a cabo esta empresa. Ambos estuvieron involucrados en todas las instancias del proceso investigativo, contando con la asesoría de un profesor patrocinante (Ps. María Elena

Valdovinoitt), un asesor metodológico (Ps. Bianca Dapelo) y un profesional informante (Ps. Víctor Maray).

Con respecto a los recursos físicos, se hizo necesario un espacio con condiciones adecuadas a una situación de evaluación, ambiente que fue garantizado durante la primera reunión por el departamento de Recursos Humanos.

Dentro de los recursos materiales se utilizaron papelería en general destinada a los instrumentos de evaluación y apoyo computacional para un más rápido y certero análisis estadístico e interpretación de la información obtenida.

Proceso:

Previo al inicio del estudio en el hospital, se dedicó un período de tiempo a una sensibilización por parte de los investigadores al sector comprometido con el estudio. La finalidad fue informar a la comunidad hospitalaria sobre la investigación y los objetivos de ésta, para evitar confusiones relativas a la utilización de la información.

Con los sujetos que conformaron la muestra se trabajó más profundamente, explicándoles adecuadamente los instrumentos de evaluación para erradicar cualquier duda con respecto a la forma de responder. Los investigadores estuvieron físicamente presentes en el momento de la aplicación de las pruebas a fin de resolver cualquier interrogante y evitar respuestas al azar.

La recolección de los datos fue realizada en forma conjunta por ambos investigadores.

Se aplicó la totalidad de los instrumentos en una sola oportunidad, con cada persona evaluada, lo cual tomó un tiempo no superior a 40 minutos.

CAPITULO 4

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

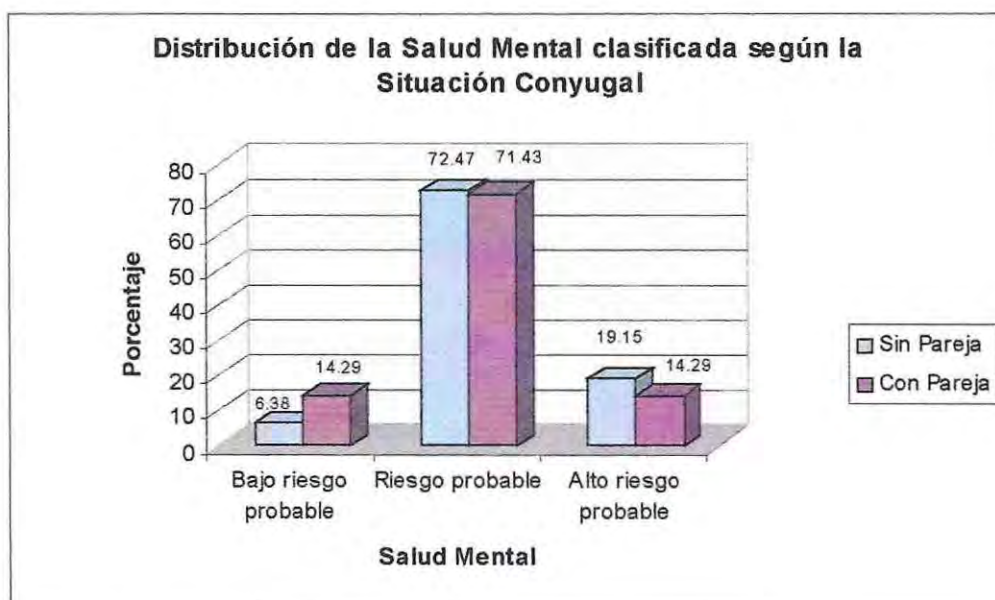
OBJETIVO 1

Detectar la **Salud Mental** (Cuestionario de GHQ) de las mujeres Auxiliares Paramédicos del hospital Carlos Van Buren, considerando su situación conyugal y la presencia de hijos.

Tabla 1 Distribución de la Salud Mental clasificada según la Situación Conyugal

Salud Mental	Situación Conyugal				Total	
	Sin Pareja		Con Pareja			
	N	%	N	%	n	%
Bajo riesgo probable	3	6,38	9	14,29	12	11
Riesgo probable	35	72,47	45	71,43	80	72
Alto riesgo probable	9	19,15	9	14,29	18	16
Total	47	100	63	100	110	100

Gráfico 1

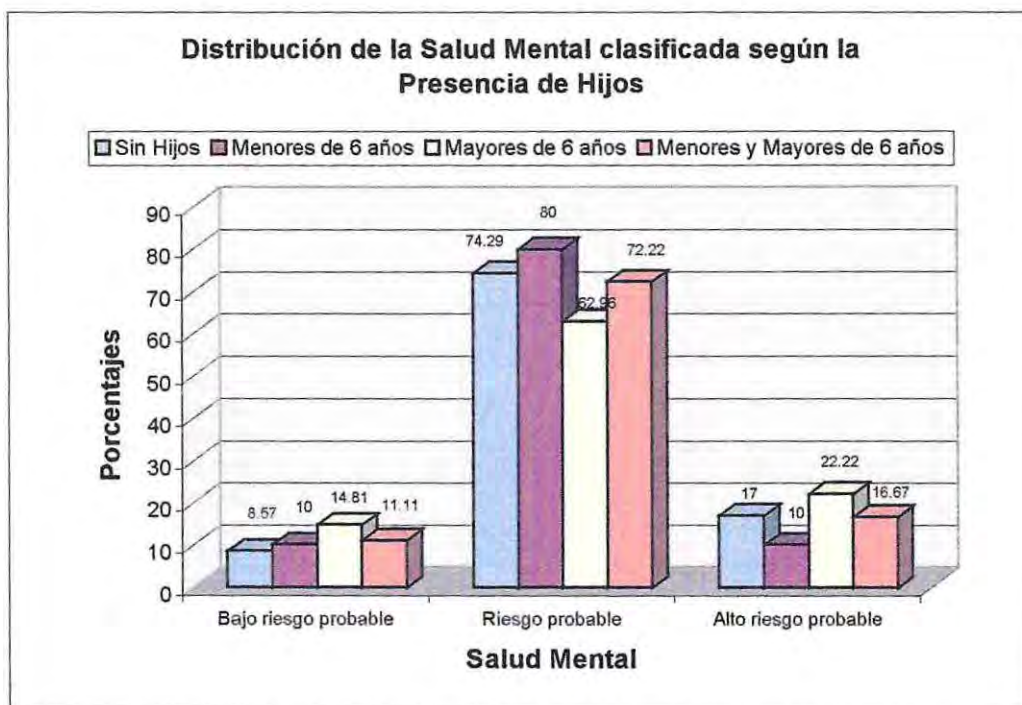


Tanto en las mujeres sin pareja como con pareja, el mayor porcentaje está concentrado en la categoría de riesgo probable (74,47% y 71,43% respectivamente). Para el caso de las mujeres sin pareja, la categoría de alto riesgo probable se ve notoriamente más representada (19,15%) que la categoría de bajo riesgo probable (6,38%). En relación a las mujeres con pareja, no hay diferencias entre las categorías alto y bajo riesgo probable (14,29% respectivamente).

Tabla 2 Distribución de la Salud Mental clasificada según la Presencia de Hijos

Salud Mental	Presencia de Hijos								Total	
	Sin Hijos		Menores de 6 años		Mayores de 6 años		Menores y mayores de 6 años			
	n	%	n	%	N	%	N	%	n	%
Bajo riesgo probable	3	8,57	3	10	4	14,81	2	11,11	12	10,9
Riesgo probable	26	74,29	24	80	17	62,96	13	72,22	80	72,72
Alto riesgo probable	6	17	3	10	6	22,22	3	16,67	18	16,35
Total	35	100	30	100	27	100	18	100	110	100

Gráfico 2



Considerando los cuatro grupos de mujeres, el mayor porcentaje se concentra en la categoría de riesgo probable. En primer lugar, las mujeres con hijos menores de 6 años (80%), le siguen las mujeres sin hijos (74,29%). Luego las mujeres con hijos menores y mayores de 6 años (72,22%) y, por último, las mujeres con hijos mayores de 6 años (62,96%). En la categoría de alto riesgo probable, el mayor porcentaje se concentra en las mujeres con hijos mayores de 6 años (22,22%), luego las mujeres sin hijos (17,14%), las menores y mayores de 6 años (16,67%) y, por último, las mujeres con hijos menores de 6 años (10%).

En cuanto a la categoría bajo riesgo probable, el mayor porcentaje se concentra en el grupo de mujeres con hijos mayores de 6 años (14,81%), luego las mujeres con hijos

hijos menores y mayores de 6 años (11,11%). Posteriormente, las mujeres con hijos menores de 6 años y finalmente, aquellas mujeres sin hijos (8,57%).

Tabla 3 Distribución de la Salud Mental clasificada según el Rol de Género

Rol de Género		Presencia de Hijos								Total	
Situación Conyugal	Salud Mental	Sin Hijos		Menores de 6 años		Mayores de 6 años		Menores y Mayores de 6 años		n	%
		n	%	n	%	N	%	n	%		
Sin Pareja	Bajo riesgo probable	1	3,6	1	16,7	1	10	0	0	3	6,4
	Riesgo probable	23	82,1	3	50	6	60	3	100	35	74,3
	Alto riesgo probable	4	14,3	2	33,3	3	30	0	0	9	19,2
Porcentaje Columna		28	80	6	20	10	37	3	16,7	47	42,7
Con Pareja	Bajo riesgo probable	2	28,6	2	8,3	3	17,6	2	13,3	9	14,3
	Riesgo probable	3	42,8	21	87,5	11	64,7	10	66,7	45	71,4
	Alto riesgo probable	2	28,6	1	4,2	3	17,7	3	20,0	9	14,3
Porcentaje Columna		7	20	24	80	17	63	15	83,3	63	57,3
Total		35		30		27		18		110	

Se observa que en los distintos grupos de mujeres predomina la categoría de riesgo probable.

En relación con la categoría de alto riesgo probable, el grupo con mayor porcentaje es el de las mujeres sin parejas y con hijos menores de 6 años (33,3%), seguidas por el grupo de mujeres sin pareja con hijos mayores de 6 años (30%), luego las mujeres con parejas sin hijos (28,6%). Posteriormente, aquellas con pareja y con hijos menores y mayores de 6 años (20%), las mujeres con pareja y con hijos mayores de 6 años (17,7%), las mujeres sin pareja y sin hijos (14,3%) y finalmente, aquellas con pareja y con hijos menores de 6 años (4,2%).

En cuanto a la categoría de Salud Mental bajo riesgo probable, el grupo con mayor porcentaje es el de las mujeres con pareja sin hijos (28,6%), seguidas por aquellas con pareja y con hijos mayores de 6 años (17,6%), por las mujeres sin pareja con hijos menores de 6 años (16,7%), por aquellas con pareja y con hijos menores y mayores de 6 años (13,3%), las mujeres sin pareja con hijos mayores de 6 años (10%), las mujeres con pareja con hijos menores de 6 años (8,3%) y finalmente, aquellas mujeres sin parejas y sin hijos (3,6%).

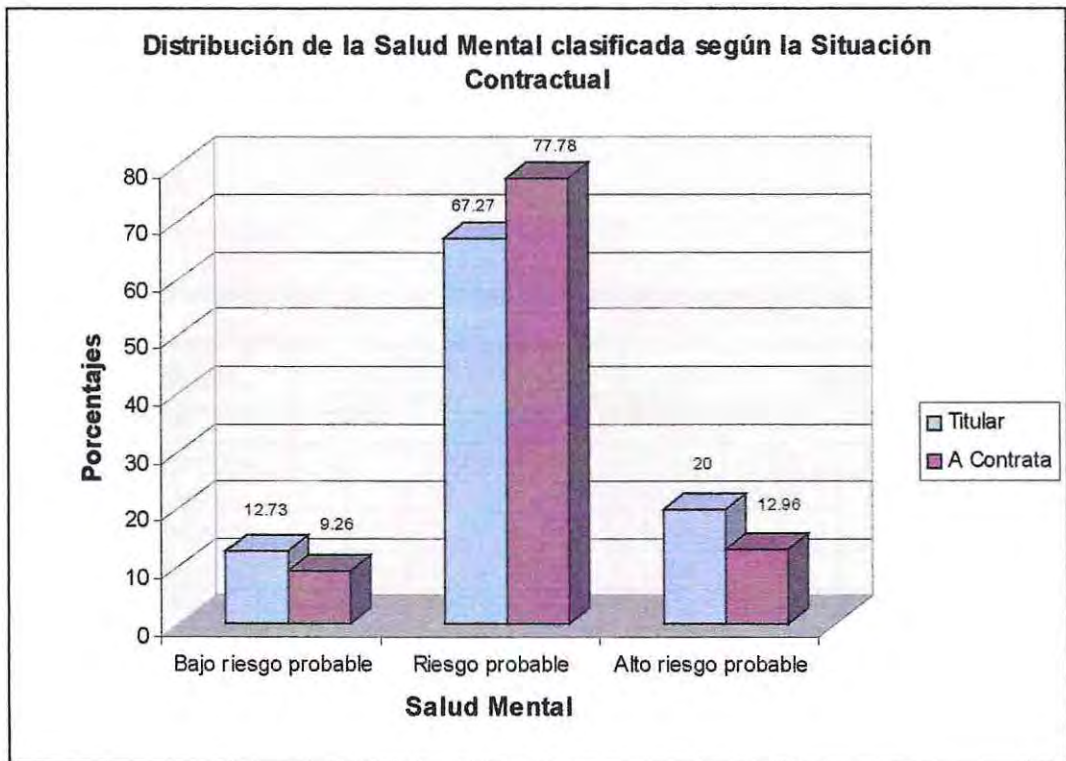
OBJETIVO 2

Identificar la Salud Mental (Cuestionario de GHQ) de las mujeres Auxiliares Paramédicos del hospital Carlos Van Buren, considerando su titularidad o contrata.

Tabla 4 Distribución de la Salud Mental clasificada según la Situación Contractual

Salud Mental	Situación Contractual				Total	
	Titular		A Contrata			
	N	%	n	%	n	%
Bajo riesgo probable	7	12,73	5	9,26	12	11,01
Riego probable	37	67,27	42	77,78	79	72,48
Alto riesgo probable	11	20	7	12,96	18	16,51
Total	55	100	54	100	109	100

Gráfico 3



Dentro de los dos grupos contractuales, el mayor porcentaje de mujeres se concentra en la categoría de riesgo probable; el grupo de las titulares concentra el mayor porcentaje de mujeres en bajo riesgo (12,73%) y en alto riesgo (20%). Mientras que el grupo de mujeres a contrata tiene un mayor porcentaje en la categoría riesgo probable (77,78%).

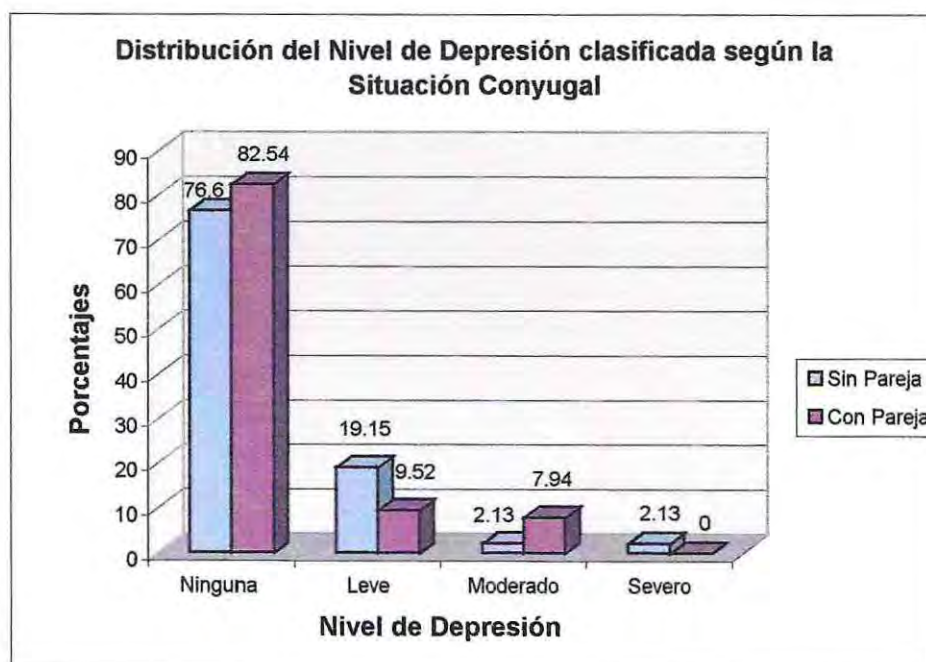
OBJETIVO 3

Establecer el nivel de **Depresión** (Inventario de Beck) de las mujeres Auxiliares Paramédicos del hospital Carlos Van Buren, considerando la situación conyugal y la presencia de hijos.

Tabla 5 **Distribución del Nivel de Depresión clasificada según la Situación Conyugal**

Nivel de Depresión	Situación Conyugal				Total	
	Sin Pareja		Con Pareja			
	n	%	n	%	n	%
Ninguna	36	76,60	52	82,54	88	80,00
Leve	9	19,15	6	9,52	15	13,64
Moderado	1	2,13	5	7,94	6	5,45
Severo	1	2,13	0	0,00	1	0,91
Total	47	100,00	63	100,00	110	100,00

Gráfico 4

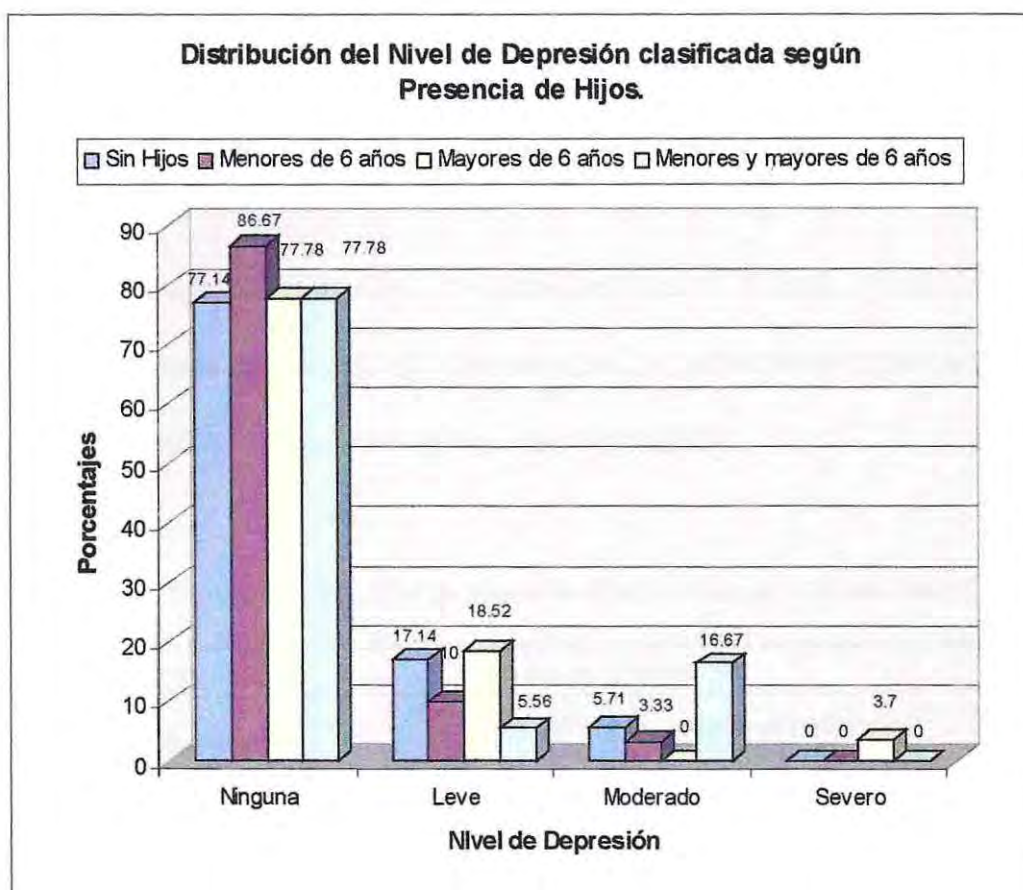


En ambos grupos de mujeres, sobre el 75% no presenta sintomatología depresiva. Sin embargo, el grupo de las mujeres sin pareja presenta mayor sintomatología depresiva que aquellas con pareja; con una mayor concentración en el nivel leve e igual porcentaje en los niveles moderado y severo. Para el caso de las mujeres con pareja, hay una pequeña superioridad en la concentración de las mujeres en el nivel leve por sobre el moderado. No se presentan casos en la categoría severo.

Tabla 6 Distribución del Nivel de Depresión clasificada según la Presencia de Hijos

Nivel de Depresión	Presencia de Hijos								Total	
	Sin Hijos		Menores de 6 años		Mayores de 6 años		Menores y mayores de 6 años			
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Ninguna	27	77,14	26	86,67	21	77,78	14	77,78	88	80,00
Leve	6	17,14	3	10,00	5	18,52	1	5,56	15	13,64
Moderado	2	5,71	1	3,33	0	0,00	3	16,67	6	5,45
Severo	0	0,00	0	0,00	1	3,70	0	0,00	1	0,91
Total	35	100	30	100	27	100	18	100	110	100

Gráfico 5



En los cuatro grupos de mujeres es posible apreciar que un elevado porcentaje (sobre el 75%) no presenta sintomatología depresiva, alcanzando el mayor porcentaje las mujeres con hijos menores de 6 años (86,67%).

En el grupo de las mujeres con hijos mayores de 6 años, las que presentan alguna sintomatología depresiva se ubican principalmente en la categoría leve (18,52%), aunque un porcentaje menor están en la categoría severo (3,7%), siendo el único grupo con presencia en esta categoría.

Para el caso del grupo de mujeres con hijos mayores y menores de 6 años, las que presentan sintomatología depresiva se ubican, en mayor porcentaje, dentro de la categoría moderado (16,67%) y en menor porcentaje en la categoría leve (5,56%).

Las mujeres sin hijos y con sintomatología depresiva se distribuyen en mayor porcentaje en la categoría leve (17,14%) y en menor porcentaje dentro de la moderado (5,71).

Para el caso de las mujeres con hijos menores de 6 años, la distribución de aquellas que acusan sintomatología depresiva está principalmente concentrada en la categoría leve (10%). Luego, la categoría moderado (3,33%).

Tabla 7 Distribución del Nivel de Depresión clasificada según el Rol de Género

Rol de Género		Presencia de Hijos								Total	
Situación Conyugal	Nivel de Depresión	Sin Hijos		Menores de 6 años		Mayores de 6 años		Menores y Mayores de 6 años			
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Sin Pareja	Ninguna	22	78,6	4	66,7	7	70	3	100	35	74,5
	Leve	5	17,8	2	33,3	2	20	0	0,0	9	19,1
	Moderado	1	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2
	Severo	0	0,0	0	0,0	1	10	0	0,0	1	2,2
Porcentaje Columna		28	80	6	20	10	37	3	16,7	47	42,7
Con Pareja	Ninguna	5	71,4	22	91,6	14	82,3	11	73,3	52	82,6
	Leve	1	14,2	1	4,2	3	17,4	1	6,7	6	9,5
	Moderado	1	14,3	1	4,2	0	0,0	3	20	5	7,9
	Severo	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Porcentaje Columna		7	20	24	80	17	63	15	83,3	63	57,3
Total		35		30		27		18		110	

En todos los grupos de mujeres predomina la categoría que implica ausencia de sintomatología depresiva ("ninguna"), siendo el grupo que concentra los mayores porcentajes las mujeres sin pareja con hijos menores y mayores de 6 años (100%), las

con pareja y con hijos menores de 6 años (91,6%) y las mujeres con pareja y con hijos mayores de 6 años (82,3%). Luego le siguen las mujeres sin pareja y sin hijos (78,6%), aquellas con pareja y con hijos mayores y menores de 6 años (73,3%), las mujeres con pareja pero sin hijos (71,4%), las mujeres sin pareja pero con hijos mayores de 6 años (70%) y, por último, las mujeres sin pareja y con hijos menores de 6 años (66,7%).

La segunda categoría con mayor porcentaje en los grupos es la que presenta sintomatología leve. Exceptuando las mujeres con pareja con hijos menores y mayores de 6 años, la segunda categoría con mayor concentración es la denominada moderado.

Sólo uno de los grupos de mujeres, aquellas sin pareja y con hijos mayores de 6 años, presenta sintomatología depresiva severa (10%).

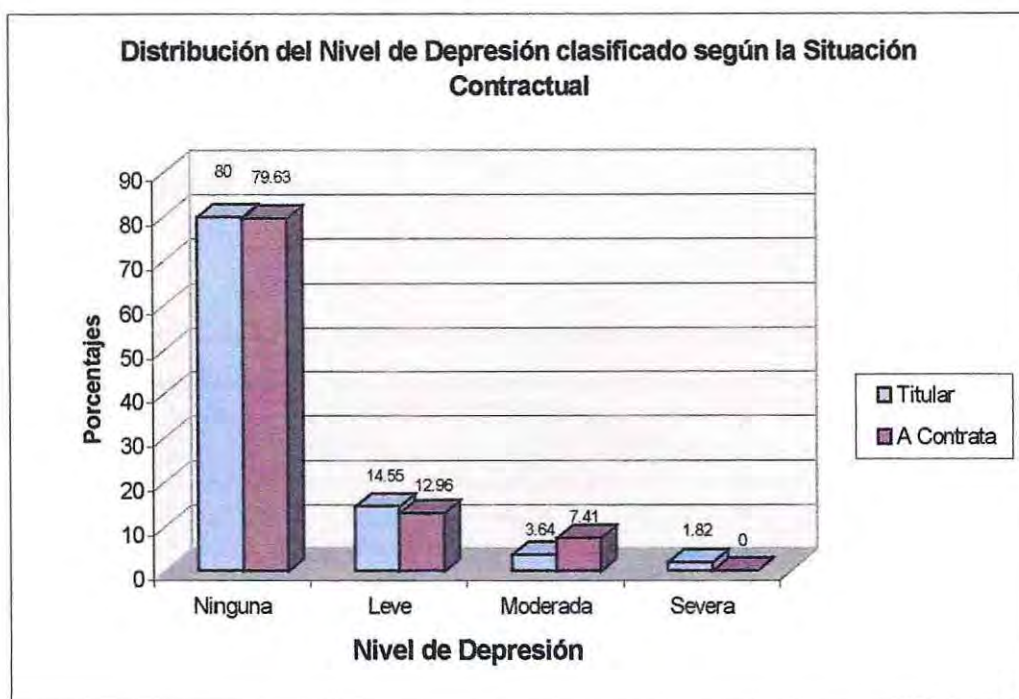
OBJETIVO 4

Precisar el nivel de **Depresión** (Inventario de Beck) de las mujeres Auxiliares Paramédicos del hospital Carlos Van Buren, considerando su titularidad o contrata.

Tabla 8 **Distribución del Nivel de Depresión clasificada según la Situación Contractual**

Nivel de Depresión	Situación Contractual				Total	
	Titular		A Contrata			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ninguna	44	80,00	43	79,63	87	79,82
Leve	8	14,55	7	12,96	15	13,76
Moderado	2	3,64	4	7,41	6	5,50
Severo	1	1,82	0	0,00	1	0,92
Total	55	100,00	54	100,00	109	100,00

Gráfico 6



La mayor concentración de mujeres, tanto titulares (80%) como a contrata (79,63%), no presenta sintomatología depresiva.

De las mujeres titulares que presentan sintomatología depresiva, el mayor porcentaje se ubica en la categoría leve (14,55%) y un menor porcentaje en las categorías moderado (3,64%) y severo (1,82%).

Del grupo de mujeres a contrata que tiene sintomatología depresiva, la mayor concentración se ubica en la categoría leve (12,96%) y luego en la categoría moderado (7,41%). Finalmente, no presentan sintomatología severa.

OBJETIVO 5

Determinar el nivel de **Autoestima Global** (Escala de Rosenberg) de las mujeres Auxiliares Paramédicas del hospital Carlos Van Buren, considerando su situación conyugal y la presencia de hijos.

Tabla 9 Distribución de la Autoestima Global clasificada según la Situación Conyugal

Autoestima Global	Situación Conyugal				TOTAL	
	Sin Pareja		Con Pareja		n	%
	n	%	n	%		
Alta Autoestima	32,00	68,09	45,00	71,43	77	70
Baja Autoestima	15	31,91	18	28,57	33	30
TOTAL	47	100,00	63	100,00	110	100

Gráfico 7

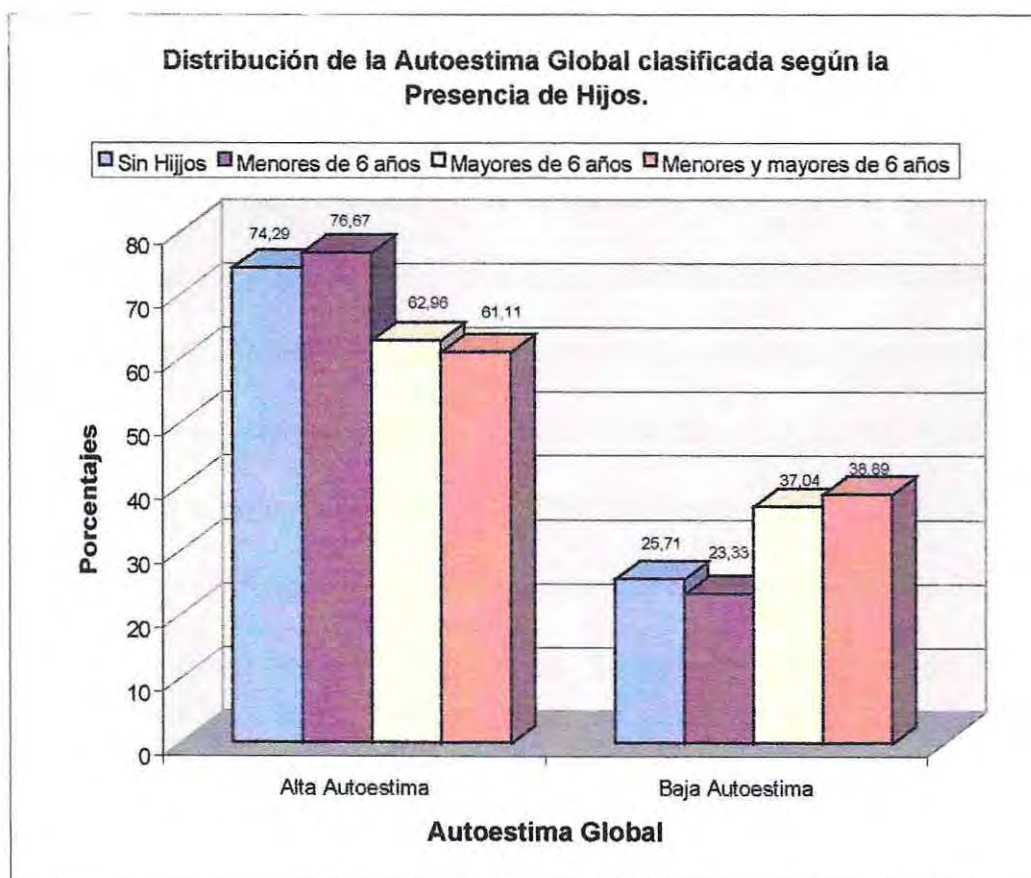


Tanto el grupo de mujeres sin pareja como aquellas con pareja presenta una alta autoestima (68,09% y 71,43% respectivamente). Sin embargo, las mujeres sin pareja muestran un porcentaje levemente mayor de mujeres con autoestima baja.

Tabla 10 **Distribución de la Autoestima Global clasificada según la Presencia de Hijos**

Autoestima Global	Presencia de Hijos								Total	
	Sin Hijos		Menores de 6 años		Mayores de 6 años		Menores y mayores de 6 años			
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Alta Autoestima	26	74,29	23	76,67	17	62,96	11	61,11	77	70
Baja Autoestima	9	25,71	7	23,33	10	37,04	7	38,89	33	30
Total	35	100	30	100	27	100	18	100	110	100

Gráfico 8



De los cuatro grupos de mujeres, el que muestra un porcentaje más elevado en la categoría alta autoestima es el correspondiente a las mujeres con hijos menores de 6 años (76,67%). Luego las mujeres sin hijos (74,29%), posteriormente aquellas mujeres con hijos mayores de 6 años (62,96%) y, por último, las mujeres con hijos menores y mayores de 6 años (61,11%).

Tabla 11 **Distribución de la Autoestima Global clasificada según el Rol de Género**

Rol de Género		Presencia de Hijos								Total	
Situación Conyugal	Autoest. Global	Sin Hijos		Menores de 6 años		Mayores de 6 años		Menores y Mayores de 6 años			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Sin Pareja	Alta Autoest.	19	67,8	5	83,3	5	50	3	100	32	68,1
	Baja Autoesti.	9	32,2	1	16,7	5	50	0	0,0	15	31,9
Porcentaje Columna		28	80	6	20	10	37	3	16,7	47	42,7
Con Pareja	Alta Autoest.	7	100	18	75	12	70,6	8	53,3	45	71,4
	Baja Autoest.	0	0,0	6	25	5	29,4	7	46,7	18	28,6
Porcentaje Columna		7	20	24	80	17	63	15	83,3	63	57,3
Total		35		30		27		18		110	

Se observa que en la mayoría de los grupos de mujeres predomina la categoría de alta autoestima. En relación con la categoría alta autoestima, los grupos con mayor porcentaje están formados por las mujeres con pareja y sin hijos y las mujeres sin pareja pero con hijos menores y mayores de 6 años (100% cada uno). Le siguen las mujeres sin pareja con hijos menores de 6 años (83,33%), aquellas con pareja e hijos menores de 6 años (75%); las mujeres con pareja e hijos mayores de 6 años (70,58%) y, por último, las mujeres sin pareja y sin hijos (67,85%). Para el caso de todos los grupos antes

mencionados, las concentraciones en la categoría alta autoestima son notoriamente más elevadas que para la categoría baja autoestima.

Para el caso del grupo de mujeres sin pareja y con hijos mayores de 6 años, los porcentajes en ambas categorías son iguales (50%); del mismo modo, en el grupo de aquellas mujeres con pareja y con hijos menores y mayores de 6 años, la diferencia entre las dos categorías, alta y baja autoestima, es menor (53,33% y 46,07%). De este modo, son estos grupos los que presentan las mayores concentraciones en la categoría baja autoestima, siguiéndole los grupos de mujeres sin pareja y sin hijos (32,15%), las mujeres con pareja y con hijos mayores de 6 años (29,47%), aquellas con pareja y con hijos menores de 6 años (25%), y, por último, las mujeres con pareja y sin hijos y aquellas sin pareja y con hijos menores y mayores de 6 años (0,0%)

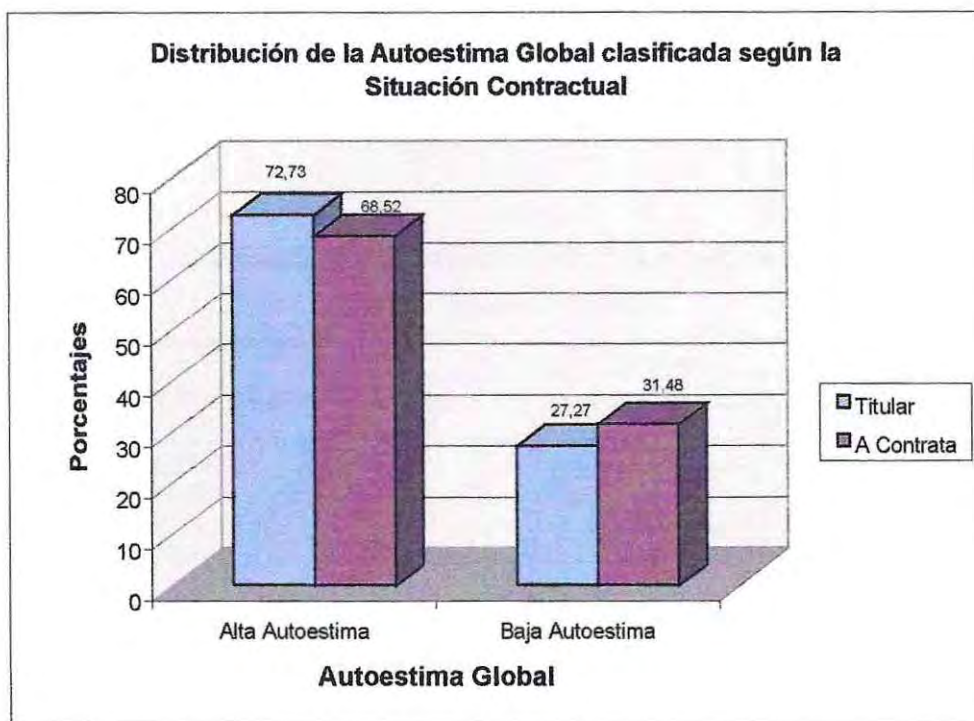
OBJETIVO 6

Clarificar el nivel de **Autoestima Global** (Escala de Rosenberg) de las mujeres Auxiliares Paramédicos del hospital Carlos Van Buren, considerando su titularidad y contrata.

Tabla 12 **Distribución de la Autoestima Global clasificada según la Situación Contractual**

Autoestima global	Situación Contractual				Total	
	Titular		A Contrata			
	n	%	n	%	N	%
Alta Autoestima	40,00	72,73	37	68,52	77	70,65
Baja Autoestima	15	27,27	17	31,48	32	29,35
Total	55	100	54	100	109	100

Gráfico 9



Existe predominancia de la autoestima alta en ambos grupos de mujeres, siendo mayor en el caso de las titulares (72,73%) que en aquellas a contrata (68,52%). El grupo de las mujeres titulares presenta mayor variabilidad entre ambas categorías (45,46 puntos porcentuales).

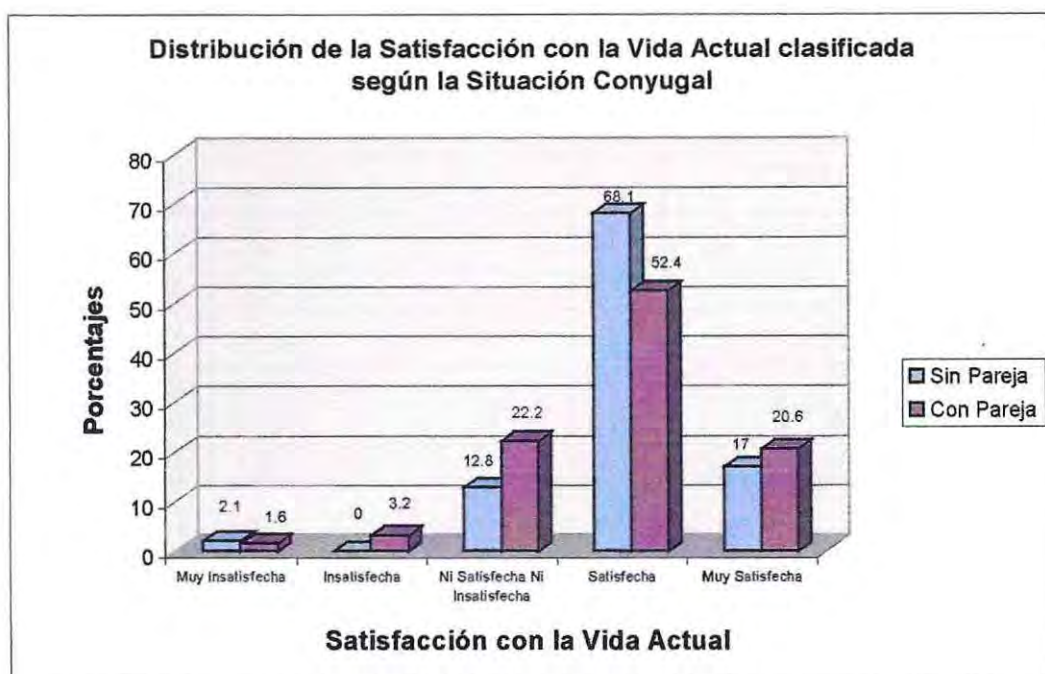
OBJETIVO 7

Conocer el grado de **Satisfacción con la Vida Actual** (Índice de Calidad de Vida) de las mujeres Auxiliares Paramédicos del hospital Carlos Van Buren, considerando su situación conyugal y la presencia de hijos.

Tabla 13 **Distribución de la Satisfacción con la Vida Actual clasificada según la Situación Conyugal**

Satisfacción con la Vida Actual	Situación Conyugal				Total	
	Sin Pareja		Con Pareja			
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%
Muy Insatisfecha	1	2,1	1	1,6	2	1,82
Insatisfecha	0	0,0	2	3,2	2	1,82
Ni Satisfecha Ni Insatisfecha	6	12,8	14	22,2	20	18,18
Satisfecha	32	68,1	33	52,4	65	59,09
Muy Satisfecha	8	17,0	13	20,6	21	19,09
Total	47	100,0	63	100,0	110	100

Gráfico 10



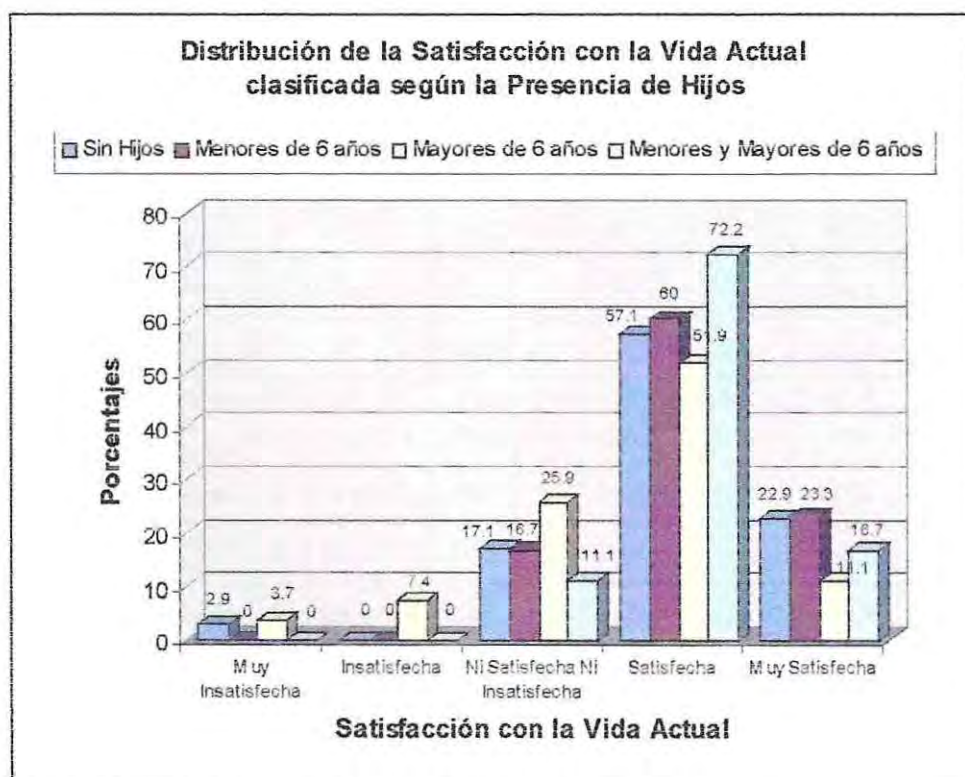
En el grupo de mujeres sin pareja, es señalada en mayor porcentaje la categoría satisfecha (68,1%), seguida por las mujeres que se ubican dentro de la categoría muy satisfecha (17,0%) y, luego, por aquellas que se consideran ni satisfecha ni insatisfecha (12,8%). Para el grupo de las mujeres con pareja, el mayor porcentaje de ellas se ubica en la categoría satisfecha (52,4%). Luego, la categoría ni satisfecha ni insatisfecha (22,2%) y, finalmente, la categoría muy satisfecha (20,6%).

En el grupo de las mujeres sin pareja, el porcentaje de las categorías satisfecha y muy satisfecha es mayor que en el grupo de mujeres con pareja en iguales categorías.

Tabla 14 **Distribución de la Satisfacción con la Vida Actual clasificada según la Presencia de Hijos**

Satisfacción con la Vida Actual	Presencia de Hijos								Total	
	Sin Hijos		Menores de 6 años		Mayores de 6 años		Menores y mayores de 6 años			
	n	%	n	%	N	%	n	%	N	%
Muy Insatisfecha	1	2,9	0	0	1	3,7	0	0	2	1,8
Insatisfecha	0	0,0	0	0	2	7,4	0	0	2	1,8
Ni Satisfecha Ni Insatisfecha	6	17,1	5	16,7	7	25,9	2	11,1	20	18,2
Satisfecha	20	57,1	18	60	14	51,9	13	72,2	65	59,1
Muy Satisfecha	8	22,9	7	23,3	3	11,1	3	16,7	21	19,1
Total	35	100	30	100	27	100	18	100	110	100

Gráfico 11



Considerando todos los grupos, el mayor porcentaje de mujeres señala sentirse satisfecha con su vida actual.

La segunda categoría que señalan las mujeres sin hijos, las mujeres con hijos menores de 6 años y aquellas con hijos menores y mayores de 6 años es la muy satisfecha, seguida por la categoría ni satisfecha ni insatisfecha.

El grupo de las mujeres con hijos mayores de 6 años señala, como segunda categoría, la denominada ni satisfecha ni insatisfecha. Luego la categoría muy satisfecha, a diferencia de los otros grupos. Sólo en este grupo, las categorías de muy insatisfecha e insatisfecha (en conjunto) alcanzan significancia (11,1%).

Tabla 15 **Distribución de la Satisfacción con la Vida Actual clasificada según el Rol de Género**

Rol de Género		Presencia de Hijos								Total	
Situación Conyugal	Satisfac. Con la Vida Actual	Sin Hijos		Menores de 6 años		Mayores de 6 años		Menores y Mayores de 6 años			
		N	%	n	%	n	%	N	%		
Sin Pareja	Muy Insatisfecha	0	0,0	0	0,0	1	10	0	0,0	1	2,1
	Insatisfecha	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Ni satisfec. Ni insatisf.	3	10,7	1	16,7	2	20	0	0,0	6	12,7
	Satisfecha	18	64,3	5	83,3	7	70	2	66,7	32	68,1
	Muy Satisfecha	7	25	0	0,0	0	0,0	1	33,3	8	17,1
Porcentaje Columna		28	80	6	20	10	37	3	16,7	47	42,7
Con Pareja	Muy insatisfecha	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6
	Insatisfecha	0	0,0	0	0,0	2	11,8	0	0,0	2	3,2
	Ni satisfec. Ni insatisf.	3	42,9	4	16,6	5	29,4	2	13,3	14	22,2
	Satisfecha	2	28,6	13	54,2	7	41,2	11	73,4	33	52,4
	Muy Satisfecha	1	14,2	7	29,2	3	17,6	2	13,3	13	20,6
Porcentaje Columna		7	20	24	80	17	63	15	83,3	63	57,3
Total		35		30		27		18		110	

En todos los grupos predomina la categoría satisfecha con la vida actual, a excepción del grupo de mujeres con pareja y sin hijos, donde predomina la categoría ni satisfecha ni insatisfecha.

Los grupos que concentran los mayores porcentajes en la categoría satisfecha son las mujeres sin pareja, con hijos menores de 6 años (83,34%), seguidas por aquellas con pareja y con hijos menores y mayores de 6 años (73,34%), levemente superiores a las mujeres sin pareja y con hijos mayores de 6 años (70%).

Los grupos con mayor concentración en la categoría muy satisfecha son las mujeres sin pareja con hijos menores y mayores de 6 años (33,33%), siguiéndole aquellas con pareja y con hijos menores de 6 años (29,16%) y las mujeres sin hijos y sin pareja (25%).

El porcentaje de mujeres concentrado en las categorías muy insatisfecha e insatisfecha es irrelevante para el conjunto del total, aunque sí cobra relevancia en el interior de sus grupos. Son las mujeres con pareja y sin hijos, aquellas sin pareja y con hijos mayores de 6 años y las mujeres sin pareja, con hijos mayores de 6 años.

OBJETIVO 8

Identificar el grado de **Satisfacción con la Vida Actual** (Índice de Calidad de Vida) de las mujeres Auxiliares Paramédicos del hospital Carlos Van Buren considerando su titularidad y contrata.

Tabla 16 **Distribución de la Satisfacción con la Vida Actual clasificada según la Situación Contractual**

Satisfacción con la Vida Actual	Situación contractual				Total	
	Titular		A contrata			
	n	%	N	%	N	%
Muy Insatisfecha	2	3,64	0	0,0	2	1,83
Insatisfecha	0	0,0	1	1,85	1	0,92
Ni satisfecha Ni insatisfecha	9	16,37	11	20,37	20	18,35
Satisfecha	33	60,00	32	59,26	65	59,63
Muy satisfecha	11	20,00	10	18,52	21	19,27
Total	55	100	54	100	109	100

Gráfico 12



Ambos grupos de mujeres tienen mayores porcentajes, con similar puntaje, concentrados en la categoría satisfecha (60,0% las titulares y 59,26 las a contrata).

En el grupo de las mujeres titulares, la segunda mayor concentración la tiene la categoría muy satisfecha (20,00%) a diferencia de las mujeres a contrata, quienes se ubican en la categoría ni satisfecha ni insatisfecha (20,37%).

CAPITULO 5

DISCUSION

Los resultados de esta investigación nos permiten señalar que el grupo de mujeres que presenta un bienestar psicológico positivo es el formado por las mujeres que trabajan con un contrato como titular, están sin pareja y tienen hijos menores y mayores de 6 años.

Del mismo modo, son las mujeres con situación contractual a contrata, sin pareja y con hijos mayores de 6 años quienes presentan un bienestar psicológico negativo.

En cuanto al rol de género, el mayor porcentaje de mujeres de todos los grupos de la muestra presenta un riesgo probable de padecer un trastorno psicológico.

Son las mujeres que señalan tener pareja pero no hijos quienes presentan una mejor salud mental.

Si consideramos ambas dimensiones del rol de género, obtenemos los siguientes resultados:

- Al comparar los dos indicadores de la situación conyugal no se aprecia una diferencia significativa entre la presencia o ausencia de pareja: 5,9% más de posibilidades de tener un trastorno psicológico en mujeres sin pareja.
- Si consideramos los cuatro indicadores de la dimensión presencia de hijos, aquellas con mejor índice de salud mental son las madres de niños mayores de 6 años, con un 6,9% más de mujeres en esta situación que las mujeres sin hijos.

Al considerar las variables rol de género y nivel de depresión observamos que el grueso de las mujeres estudiadas no presenta sintomatología depresiva. El grupo que está más alejado de tener una sintomatología depresiva es el de las mujeres sin pareja, con hijos menores y mayores de 6 años, seguida por aquellas mujeres con pareja y con hijos de niños menores de 6 años.

Si consideramos ambas dimensiones del rol de género, obtenemos lo siguiente: dentro del grupo de mujeres que no tienen sintomatología depresiva, aquellas con pareja tienen mayor representatividad que las mujeres sin pareja. Igualmente, las madres de niños menores de 6 años constituyen el grupo de mayor peso.

Al considerar el cruce de las variables rol de género y autoestima, podemos señalar que tanto el grupo de mujeres sin pareja, con hijos menores y mayores de 6 años como el grupo de mujeres con pareja y sin hijos, presentan el mayor índice de autoestima global en la categoría alta autoestima, seguidas por las mujeres sin pareja, con hijos menores de 6 años y por las mujeres con pareja e hijos menores de 6 años.

Las mujeres de la muestra con pareja tienen mejor autoestima global que las mujeres sin pareja, al igual que las mujeres con hijos menores de 6 años y las mujeres sin hijos.

Los resultados del rol de género y satisfacción con la vida actual nos permite señalar que son las mujeres sin pareja, con hijos mayores y menores de 6 años y las mujeres sin pareja y sin hijos quienes están más satisfechas con su vida. Las más insatisfechas son las mujeres con pareja y sin hijos, seguidas por las mujeres con pareja y con hijos mayores de 6 años.

Si consideramos ambas dimensiones de esta variable, son las mujeres sin pareja las más satisfechas con su vida actual. Y si comparamos los cuatro indicadores de la dimensión presencia de hijos, se observa que son las mujeres con hijos menores y mayores de 6 años seguidas por las mujeres con hijos menores de 6 años las más satisfechas.

Si analizamos el cruce entre las variables situación contractual y salud mental, podemos plantear que ambos grupos concentran mayor porcentaje en la categoría riesgo probable. Si consideramos las categorías más sensibles a presentar un trastorno psicológico, observamos que el grupo a contrata presenta mayor sensibilidad.

Con respecto a la situación contractual y depresión, la mayor concentración de mujeres se encuentra en la categoría ninguna sintomatología depresiva. Ambos grupos se ubican igualmente. Si consideramos las categorías de las tres sintomatologías depresiva en conjunto, las mujeres a contrata presentan una mínima diferencia con respecto a las mujeres contratadas como titulares (0,37). Vale la pena indicar que en la categoría leve la diferencia es de 1,59% mientras que en la categoría moderado, la diferencia entre ambos tipos contractuales alcanza un 3,77%.

Al hablar de situación contractual y autoestima global, la categoría de autoestima que presenta mayor concentración en ambos grupos es la alta autoestima. Con respecto a la autoestima baja, el grupo a contrata presenta mayor porcentaje en esta categoría.

Finalmente, al referirnos a la situación contractual en relación a la satisfacción con la vida actual, podemos señalar que en ambos grupos de mujeres las altas concentraciones se encuentran en la categoría satisfecha. Si consideramos las tres

categorías de insatisfacción encontramos que las mujeres a contrata tienen un 2,22% más de representatividad en dicha categoría.

Concluyendo, son las mujeres a contrata quienes presentan en mayor proporción una baja autoestima, algún grado de sintomatología depresiva, mayor riesgo a desencadenar un trastorno psicológico y menor satisfacción con su vida actual.

Observando los resultados podemos afirmar que el conjunto de las mujeres presentan una alta autoestima, satisfacción con la vida actual y ausencia de sintomatología depresiva, pero con sensibilidad a tener un trastorno psicológico.

Hipotetizamos que esta situación está dada por el ambiente laboral donde trabajan estas mujeres, con factores muy estresantes y un clima organizacional poco óptimo, con sobre exigencia laboral, mal uso del tiempo de descanso, problemas con jefatura y frustración en su carrera profesional. Estos elementos no gatillan mayores dificultades en el bienestar a causa de las características de personalidad de este grupo de mujeres, muy autoafirmadas en su experticia y entrenamiento profesional, que les permite enfrentar diferentes problemas de adecuada manera. De este modo, son capaces de sobrellevar jornadas laborales extenuantes junto a su rol de madre o madreposa (Lagarde, 1997)

La ausencia de sintomatología depresiva implica una alta satisfacción con su vida lo que indica que estas mujeres pueden superar las dificultades gracias a sus fortalezas de tal modo que debieran ser valoradas y potenciadas estas capacidades, para mejorar su condición y prevenir trastornos psicológicos y un consecuente deterioro en el bienestar psicológico. Estas trabajadoras debieran ser consideradas un recurso sano que debiera ser protegido como un capital humano valioso para el hospital.

Desde la perspectiva del rol de género, y considerando las variables de autoestima y satisfacción con la vida actual, vemos que no hay interferencia en los roles de madre y trabajadora. Esto puede deberse al entrenamiento técnico profesional y a las herramientas entregadas por su profesión, lo que les permite afrontar y manejar los problemas desde su ser madre, esposa y auxiliar de enfermería.

Otro elemento que aporta al bienestar de estas mujeres es la seguridad laboral que tradicionalmente se le atribuye a una institución pública, especialmente dentro de un contexto socio económico de crisis, con las consecuencias que ello implica.

Quisiéramos explicar algunas limitaciones teóricas y/o prácticas de la investigación realizada y las propuestas para futuras investigaciones.

1. Por ser éste un estudio descriptivo, no puede darse una explicación causal sobre las variaciones en el bienestar psicológico de los sujetos estudiados.
2. Los instrumentos de medición utilizados en esta investigación fueron confeccionados bajo patrones y conceptos culturales extranjeros, los que no han recibido una estandarización a nuestro medio. Por esto, los resultados obtenidos pueden no responder íntegramente a lo que los autores originalmente quisieron representar.
3. Los resultados obtenidos en este estudio en relación al bienestar psicológico de las mujeres auxiliares paramédicas de acuerdo al rol de género y a la situación contractual deben ser utilizados sólo en el universo del cual fueron obtenidos, es decir, el de las mujeres auxiliares paramédicos del hospital Carlos Van Buren de Valparaíso. El tipo de muestra utilizado, muestra

intencionada, no permite la generalización de dichos resultados ni tampoco son fiables de ser utilizados como predictores del bienestar psicológico de las mujeres auxiliares paramédicos en general, sino que deben ser considerarse como una significativa descripción de la muestra determinada.

4. Las condiciones de evaluación a que fueron sometidas las mujeres de la muestra no fueron en todos los casos óptimas, por lo que esto podría haber sesgado en alguna medida los resultados.

Debido a lo anteriormente expuesto, sería deseable realizar estudios que permitieran comparar estos resultados y complementarlos con otros hallazgos, considerando otras variables de tipo individuales, macro y/o microsociales.

Como posibles estudios posteriores, sería beneficioso que se profundizase en los distintos factores que mide el inventario de salud mental GHQ, un diagnóstico organización en este medio laboral, el efecto de los turnos en estas trabajadoras y la existencia y uso del tiempo libre.

REFERENCIAS

Aguirre, R. (1994). ¿Por qué es necesario incorporar la perspectiva de género cuando trabajamos en Salud Mental? I Congreso Nacional: Mujer y Salud Mental, Santiago Chile

AlmÉRas, D. (1994). Logros y obstáculos en la educación formal de las mujeres. *Revista de la CEPAL*, 54, 61-79

Altimir, O. (1994). Distribución del ingreso e incidencia de la pobreza a la largo del ajuste. *Revista de la CEPAL*, 52, 7-32

Álvaro, J., A. Garrido y J. Torregrosa (1992). Influencias sociales y psicológicas en la salud mental. 1ª ed., España: Siglo Veintiuno.

Álvaro, J. y D. Páez (1996). *Psicología Social en la Salud Mental*. En McGraw Hill (Ed), Psicología Social Aplicada (pp.381-407). Madrid.

Aron, A. (1983). Aprendizaje social y desarrollo humano. VI jornada de Psicología Educativa. Facultad de Educación, Dpto. Ciencias de la Educación 5 al 7 de Octubre.

Arriagada, I. (1994). Transformaciones del trabajo femenino urbano. *Revista de la CEPAL*, 53, 91-110.

- Arriagada, I. (1997). Realidades y mitos del trabajo femenino urbano en América Latina, Serie mujer y Desarrollo de la Cepal, N° 21.
- Artazar, O., Montt, J. & Vásquez, C. (1997). Estructura y recursos humanos en un hospital público chileno: una experiencia de cambio. Revista Panamericana de Salud Pública, 2 (5), 342-350.
- Asun, D. y col. Psicología Comunitaria. Editorial Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
- Banco Interamericano de Desarrollo (1999). América Latina Frente a la Desigualdad. Washington, DC: Eds.
- Bandura, A. (1971). Teoría del aprendizaje social (resumida). General Learning Press.(pp.3-30)
- Barrientos, M. & Sepúlveda, R. (1996) Trabajo en Salud Mental en contextos comunitarios: ideas para la sinergia entre la perspectiva clínica y la perspectiva comunitaria. Cuadernos Médicos Sociales, 37 (2), 21-30.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (1983). Terapia cognitiva de la depresión. 2ª ed., España: Desclee de Brouwer, S.A

- Blanch, J.(1996) Psicología Social de trabajo. En McGraw-Hill (Ed.), Psicología Social.(pp.85-120)
- Blásquez, M., C. Andrade, y C. Palma (1995), La participación de las Mujeres en el Mercado Laboral y el Cuidado y Atención de sus Hijas e Hijos. En JEMBA (Ed.), Igualdad de Oportunidades para la Mujer en el Trabajo, (pp. 443 - 472), Santiago, Chile
- Bolis, L. (1997) El desarrollo de la Salud Mental y la legislación de la atención psiquiátrica en Latinoamérica. Cuadernos Médicos Sociales, 38 (2), 72-77
- Bonilla, A. (1998). Los roles de género. En Pirámide (Ed.), Género y Sociedad. (pp. 141-176)
- Bonino, G. (1991). Ciclo vital femenino y crisis de origen cultural. En Corporación de Promoción Universitaria Universidad de Chile, Temas de Salud Mental y atención primaria de salud pp. 63-75.
- Bouësseau, M. (1997) Ética en Salud Pública: Aportes y Desafíos. Cuadernos Médicos Sociales, 38 (2), 39-46
- Bravo, M., Peiró, J. y Rodríguez, I. (1993). Satisfacción Laboral. En, Tratado de Psicología del Trabajo (pp. 243-395).

- Briones, G. (1982). Métodos y Técnicas de Investigación para las Ciencias Sociales. México: Trillas.
- Burín, M. (1998). Estudios de Género: Reseña histórica. En Paidós (Ed.), Género y Familia (pp. 18-30).
- Burín, M. (1998). Ámbito familiar y construcción del género. En Paidós (Ed.), Género y Familia (pp. 71-86)
- Bustos, R. (1996). Trabajo Comunitario: las demandas sociales y el trabajo de los técnicos. Cuadernos Médicos Sociales, 37 (2), 31-38.
- Bustos, L. (1997) Reestructuración de la asistencia psiquiátrica en América Latina: contexto, problemas y desafíos futuros. Cuadernos Médicos Sociales, 38 (2), 78-82.
- Castro, S., Manriquez, M. & Possel, L. (1994). Del enfoque asistencial a una aproximación de género en atención primaria de salud. I Congreso Nacional: Mujer y Salud Mental, Santiago, Chile.
- CEPAL (1997). Acceso de la mujer al poder y superación de la pobreza [online]. CEPAL. Disponible en World Wide Web:
<<http://www.eclac.org/espanol/noticias/notas/ne609.html>>

- Cervantes, C. (1994). Identidad de género de la mujer tres tesis sobre su dimensión social. Revista Frontera Norte Vol. 6, Núm. 12. Pág. 9-23.
- Colectivo Mujer, Salud y Medicina Social (Comusans) (1997). Una perspectiva de Género de los Recursos Humanos del Sector Público de Salud: perfil socio familiar y laboral. Santiago, Chile.
- Conway, J., Bourque, S., y Scott, J. (1996). El concepto de género. En Grupo Editorial Miguel Angel Porrua (Ed.), El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual (pp. 21-34).
- Coordinación de Enfermería (1997) Manual Administrativo. Hospital Carlos Van Buren.
- Córdoba, B. y Faerron, A. (1997). Comunicación con perspectiva de género: escuchando voces de mujeres. Ciencias Sociales, 76, 47-63.
- Cordova, C. Correa, C., y Magnan, R. Programa de intervención: desarrollo de autoestima en profesores de enseñanza media municipalizada de Viña del Mar. Tesis para optar al título de Psicólogo. Profesor guía Raúl Velozo. Viña del Mar, Universidad de Valparaíso. Facultad de Medicina, Escuela de Psicología, 1998.
- Cruz, R. (1994). Volatilidad en el empleo femenino: características individuales y del hogar. Revista Frontera Norte 6(12) 25-37

Cumbre mundial sobre desarrollo social. (1995). Para un desarrollo con perspectiva de género. Colectivo El telar. Santiago. Chile.

Decreto Supremo N° 42 del Ministerio de Salud (1986, 9 de Diciembre) Diario Oficial de la República de Chile, Pág. 6-22.

Demicheli, G. (1994). Principios del aprendizaje: su aplicación al comportamiento social. Apuntes de Cátedra, Psicología Social. Universidad de Valparaíso, Chile.

Díaz, B. (1995). Mujer, Trabajo y Salud: los daños invisibles. En JEMBA (Ed.), Igualdad de Oportunidades para la Mujer en el Trabajo, (pp. 287-318), Santiago, Chile.

Díaz, X. (1996). La salud de las trabajadoras o los costos del modelo. Cuadernos Médicos Sociales, 37(1), 11-16.

Díaz, X., J. Medel y N. Schläen (1996). La salud de las trabajadoras a domicilio en la confección. Cuadernos Médicos Sociales, 37(2), 103-113.

División de Apoyo a la Gestión (DIPAG) (1996). Modernización del sector público de Salud: Experiencias innovadoras. Chile: Ministerio de Salud

- División de Estadística y Proyecciones Económicas (1998). Pobreza y desigualdad de género: una propuesta para el diseño de indicadores. Santiago: CEPAL y SERNAM.
- Doyal, L. (1996). Trabajo asalariado y bienestar. En Paidós (Ed.), Mujer y salud: una perspectiva feminista (pp.-75-96).
- Fernández, F. (1998). La complejidad en el estudio del sexo y del género. En Pirámide (Ed.), Varones y Mujeres: desarrollo de la doble realidad del sexo y del género.(pp.19-30).
- Fernández, F. (1998). Identidad sexual e identificación de género. En Pirámide (Ed.), Varones y Mujeres: desarrollo de la doble realidad del sexo y del género.(pp.115-130).
- Fernández, F. (1998). El posible ámbito de la generología. En Pirámide (Ed.), Género y Sociedad. (pp. 19-40)
- Fernández, F. (1998). Las identidades de género a lo largo de la vida. En Pirámide (Ed.), Género y Sociedad. (pp. 105-140)
- Florenzano, R. (1991). Crisis familiares e intervención del médico general/ Familias en ellas. En Corporación de Promoción Universitaria Universidad de Chile, Temas de Salud Mental y atención primaria de salud pp. 47-61.

Gagné, R. M. (1993). Las condiciones del aprendizaje. 4ª ed., México: McGraw-Hill.

García, P. (1995) Empleo y participación en Chile. Colección de estudios CIEPLAN, 41, 7-40.

Goldberg, D. (1978). Manual of the Genenral Health Questionnaire. Oxford University Press. Inglaterra.

Hepworth, S. J. (1980). Moderating factors of the psychological impact of unemployment, Journal of Occupational Psychology, núm.53, pp. 139-145.

Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, L. (1996) Metodología de la investigación, México: McGraw-Hill.

Herzlich, C. (1997) Evolución actual de las problemáticas de salud: aportes de las ciencias sociales. Cuadernos Médicos Sociales, 38(2), 47-50.

Hollander, E. (1976). Principios y métodos de psicología social. 2ª ed, Argentina: Amorrortu.

Hollander,E. (1982). Principios y métodos de la Psicología Social. 2ª ed. Argentina: Amorrortu.

Hyde, J. (1995). Psicología de la mujer: La otra mitad de la experiencia humana. 4ª ed., España: Ediciones Morata.

Jahoda, M. (1987). Empleo y desempleo: Un análisis socio-psicológico. España: Morata S.A.

Jauregui, M. (1994). La igualdad de oportunidades educativas de las mujeres: mitos y realidades. Proyecto de Educación, 35, 47-58.

Jayme, M. y Sau, V. (1996). Psicología diferencial del sexo y el género. España: Icaria Editorial S.A.

Kalimo, R., M. El-Batawi y C. Cooper (1988). Los factores psicosociales y la salud de los trabajadores: panorama general. En OMS. Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud (pp.3-47)

Lagarde, M. (1997) Mujeres y hombres, feminidades y masculinidades al final del milenio. Ciencias Sociales, 76, 107-113.

Lamas, M. (1996). Introducción. En Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa (Ed.), El Género; La construcción cultural de la diferencia sexual (pp. 9-20).

Lehman, C. (1995). La mujer chilena hoy: trabajo familia y valores. Estudios Públicos, 60, 159-202.

León, O.; Montero, I. (1993) Diseño de investigaciones. España

López, D. (1996) La subordinación y la precarización del empleo. Revista Laboral Chilena, agosto, 67-77.

Maas, J. & Monasterio, H. (1996) Red de urgencias psiquiátricas e intervenciones en crisis. Propuesta para la mejoría de la resolutividad en atención psiquiátrica. Cuadernos Médicos Sociales, 37 (2), 39-45.

Menanteau - Horta, D. (1980). La estructura de oportunidades y el rol de la mujer en Chile. Estudios Sociales, 2º trimestre, 24, 147-160.

Mideplan (1998). Evolución de la pobreza e indigencia en Chile 1987 - 1996. Documentos Sociales.

Ministerio de Planificación y Cooperación (1997) Balance de seis años de las políticas sociales (1990-1996). Santiago, Chile.

Ministerio de Salud (1999). Las enfermedades mentales en Chile: magnitud y consecuencias. Santiago: Crónicas Médicas.

- Mizala, A. & Romanguera, P (1996) Capacitación y características educacionales de la fuerza de trabajo. Colección de estudios CIEPLAN, 43 pp.101-141
- Molina, P. (1994) Identidad femenina o identidad mujer. I Congreso Nacional: Mujer y Salud Mental. Santiago, Chile.
- Montoya, C. (1996) La reforma del sistema de salud del Reino Unido. Cuadernos Médicos Sociales, 37(2), 114-119.
- Montt, J. (1997) Salud, bioética y economía. Cuadernos Médicos Sociales, 38(2), 57-65.
- Nicolson, P. (1997) Poder, Género y Organizaciones. España: Narcea, S.A. de Ediciones.
- Novakovich, N. y Salinas, R. Estudio exploratorio descriptivo: Bienestar psicológico en un grupo de mujeres empleadas de las comunas de Viña del Mar y Valparaíso. Tesis para optar al grado de licenciatura. Viña del Mar, Universidad de Valparaíso, 1999.
- Organización Internacional del Trabajo, (1995). La feminización de la pobreza. Revista de la OIT, N °11,12-14
- Organización Internacional del Trabajo (1995). El progreso social en América Latina. Revista de la OIT, N °11, 32-33

- Organización Internacional del Trabajo (1995). Mujeres que luchan por la supervivencia. Revista de la OIT, N°11, 34-35
- Organización Internacional del Trabajo (1996). Las mujeres engrosan la categoría de trabajadores desfavorecidos, Revista de la OIT, N°17, 4- 7.
- Organización Internacional del Trabajo (1998) Informe sobre el empleo en el mundo 1998-1999: Empleabilidad y mundialización papel fundamental de la información. Ginebra: Oficina de información pública (PRENSA).
- Páez, D., y col. (1986). Salud Mental y Factores Psicosociales. España: Fundamentos.
- Papalia, D. & Olds, S. (1992) Desarrollo Humano. 4ª ed., Colombia: McGraw-Hill Interamericana, S.A.
- Pemjean, A. (1996) El proceso de reestructuración de la atención en Salud Mental y psiquiátrica en Chile (1990-1996), Cuadernos Médicos Sociales, 37(2), 5-17.
- Pino, M. (1996) Prevención de las enfermedades profesionales: un desafío para la salud ocupacional en Chile. Cuadernos Médicos Sociales, 37(1), 17-26.
- Pinto, C. (1994) Identidad femenina y su posibilidad de rediseño. I Congreso Nacional: Mujer y Salud Mental. Santiago, Chile.

Reca, I. (1995), Familia y trabajo: una tensión no resuelta. En JEMBA (Ed.), Igualdad de Oportunidades para la Mujer en el Trabajo, (pp. 141- 176). Santiago.

Rodríguez, A. (1990). Psicología Social. 3ª ed., México: Trillas

Rodríguez, J. y García, J. (1996). Psicología Social de la Salud. En McGraw Hill (Ed), Psicología Social Aplicada (pp.351-380). Madrid.

Rodríguez, T., M. Busquets, S. Montecinos y C. Sarquis (1995). Comentarios a la Encuesta CEP sobre la mujer en Chile, Estudios Públicos, 60 (pp.203-235)

Rodríguez, I. Cambios en el bienestar psicológico en función de las transiciones que se producen al finalizar la formación profesional de primer ciclo. Tesis para optar al grado de licenciatura. Valencia, Universidad de Valencia, 1991.

Rodríguez, I., Hontagas, P., Bravo, M., Grau, R., y González, P. Estudios de los cambios producidos en el bienestar psicológico. En IV Congreso Nacional de Psicología Social, Sevilla, España, 22-25 septiembre de 1993. Unidad de Investigación de Psicología de las Organizaciones y del Trabajo. Universidad de Valencia.

Rosenbluth, G. (1994) Informalidad y pobreza en América Latina. Revista de la CEPAL, 52, 157-178.

Rossetti, J. (1988). Perspectiva femenina y masculina frente al trabajo. ¿Diferentes o Desiguales? Programa Cooperativo CIDE - PII OISE. (pp.103-118).

Salazar, C. (1997). El uso del tiempo libre y las relaciones asimétricas de género y entre generaciones. Revista Sociológica, años 12, N° 33. Pág. 119-137.

Salazar, J. (1990). La Psicología Social: una panorámica general En Trillas, Psicología Social (pp. 9-31).

Sánchez, A. (1998). El desarrollo del sexo como variable estímulo durante la infancia. En Pirámide (Ed.), Varones y Mujeres desarrollo de la doble realidad del sexo y del género.(pp.131-152)

Sánchez, A. (1998). El sexo como variable estímulo: análisis de las interacciones entre los sexos. En Pirámide (Ed.), Género y Sociedad. (pp.131-152)

Sánchez, E. (1990). La Psicología Social Aplicada En Trillas, Psicología Social (pp. 380-395).

Sandoval, H. (1996) El productivismo y sus efectos en la salud. Cuadernos Médicos Sociales, 37(1), 5-10.

- Scott, J. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa (Ed.), El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual (pp.265-302)
- Selamé, T. (1998). Seguimiento al empleo femenino, 1982 - 1997. SERNAM: Documento de trabajo N° 1/98.
- Servicio Nacional de la Mujer (1992). Salud laboral de la mujer en Chile, Documento de Trabajo N° 22/92
- Szasz, I. (1995) Mujeres y migrantes: desigualdades en el mercado laboral de Santiago de Chile. Revista de la CEPAL, 56, 179-189.
- Todaro, R. (1995). Los costos laborales del trabajo de la mujer. En JEMBA (Ed.), Igualdad de Oportunidades para la Mujer en el Trabajo, (pp. 475-500), Santiago, Chile.
- Torregrosa, J., J. Dezaphi y J. Álvaro (1989). Juventud, Trabajo y Desempleo: un análisis psicosociológico. 1ª ed., España: MIJAN.
- Trujano, M. (1997). Valores y prácticas de transición cultural femenina: estudio de caso. Revista Sociológica, años 12, N° 33. Pág. 45-71.

- Valenzuela, M. Venegas, S. & Andrade, C. (1998) De mujer sola a jefa de Hogar. Santiago: SERNAM
- Vega, I.. (1997). Mujeres en la Informalidad: la conjunción familiar-trabajo en la vida de once microempresarias. Revista Ciencias Sociales, N° 76. Pág. 27-45
- Veloso, P.(1995).Conclusiones Generales. En JEMBA (Ed.), Igualdad de Oportunidades para la Mujer en el Trabajo, (pp. 581-591), Santiago, Chile.
- Velasco, M. & Torres, J (1997). Bioética, Salud Pública y Economía. Cuadernos Médicos Sociales,37 (2), 51-56.
- Vera, A.; Wood, P. (1994). Un modelo explicativo de la Salud Mental basado en categorías psicosociales: descripción teórica de sus componentes, construcción de una batería de instrumentos para la evaluación de factores psicosociales y prueba empírica del modelo. Tesis para optar al grado de licenciado en Psicología. Universidad Diego Portales. Santiago. Chile.
- Vicente, B. & col. (1992) Nivel de la Salud Mental de los funcionarios de dos consultorios generales urbanos. Revista Psiquiátrica, IX, 1028-1033.
- Vidal, W. (1995). Normas de estilo y formato para la presentación de tesis de grado. Escuela de Psicología. Universidad de Valparaíso. Valparaíso. Chile.

Villamil, C. (1997). Mujer y entorno social. Sociológica, 12 (33), 159-182

Warr, P. B. (1978). A study of psychological well-being, British of Psychology, núm. 69, pp. 11-121.

Whittaker, J., y Whittaker, S.(1991). Psicología con adaptaciones para Iberoamérica. 4^a ed., México: McGraw-Hill.

Wilkinson, S.; Kitzinger, C. (comps.) (1996). Mujer y Salud. España: Paidós



APÉNDICE

CUESTIONARIO 1

¿Cómo se ha sentido durante las **últimas semanas?** Por favor, conteste las preguntas marcando con una cruz sobre la alternativa que más se aplique a su caso. Debe comparar los sentimientos actuales con los que habitualmente ha tenido en los últimos años.

1) ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?	Mejor que habitualmente	Más o menos como siempre	Menos que habitualmente	Mucho menos que habitualmente
2) ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	Mejor que habitualmente	Más o menos como siempre	Menos que habitualmente	Mucho menos que habitualmente
3) ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Mejor que habitualmente	Más o menos como siempre	Menos que habitualmente	Mucho menos que habitualmente
4) ¿Ha sido capaz de disfrutar con sus actividades normales de cada día?	Mejor que habitualmente	Más o menos como siempre	Menos que habitualmente	Mucho menos que habitualmente
5) ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?	Mejor que habitualmente	Más o menos como siempre	Menos que habitualmente	Mucho menos que habitualmente
6) ¿Se siente razonablemente feliz considerando toda las circunstancias?	Mejor que habitualmente	Más o menos como siempre	Menos que habitualmente	Mucho menos que habitualmente
7) ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	En absoluto	No más que lo habitual	Algo más que habitualmente	Mucho más que habitualmente
8) ¿Se ha notado constantemente agobiada y bajo tensión?	En absoluto	No más que lo habitual	Algo más que habitualmente	Mucho más que habitualmente
9) ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?	En absoluto	No más que lo habitual	Algo más que habitualmente	Mucho más que habitualmente
10) ¿Se ha sentido poco feliz y deprimida?	En absoluto	No más que lo habitual	Algo más que habitualmente	Mucho más que habitualmente
11) ¿Ha perdido confianza en sí misma?	En absoluto	No más que lo habitual	Algo más que habitualmente	Mucho más que habitualmente
12) ¿Ha pensado que es una persona que no vale para nada?	En absoluto	No más que lo habitual	Algo más que habitualmente	Mucho más que habitualmente

CUESTIONARIO 2

Lea las siguientes afirmaciones y marque con una cruz (X) la alternativa que mejor refleja lo que Ud. piensa al respecto.

1. Me considero una persona útil para tener cerca.	Totalmente en desacuerdo	Generalmente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Generalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
2. Puedo hacer las cosas tan bien como las personas de mi propia edad.	Totalmente en desacuerdo	Generalmente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Generalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
3. No tengo mucho de lo que estar orgulloso.	Totalmente en desacuerdo	Generalmente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Generalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
4. Algunas veces pienso que no soy nada valioso.	Totalmente en desacuerdo	Generalmente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Generalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
5. Creo que soy tan valioso como persona como cualquier otro.	Totalmente en desacuerdo	Generalmente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Generalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
6. Siento que no puedo hacer nada bien.	Totalmente en desacuerdo	Generalmente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Generalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
7. Cuando hago algo siempre lo hago bien.	Totalmente en desacuerdo	Generalmente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Generalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
8. Realmente no llego a ninguna parte con mi vida.	Totalmente en desacuerdo	Generalmente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Generalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

CUESTIONARIO 3

A continuación, ¿Podría indicar cuál de las afirmaciones de cada uno de los grupos de cuatro frases describe mejor sus sentimientos durante **la última semana**, incluido el día de hoy? Por favor, marque con una cruz la alternativa que más se acerca a su forma de pensar o sentir.

1)	a) No me siento triste b) Me siento triste c) Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo d) Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2)	a) No me siento especialmente desanimado de cara al futuro b) Me siento desanimado de cara al futuro c) Siento que no hay nada por lo que luchar d) El futuro es desesperanzador y las cosas no mejoran
3)	a) No me siento como un fracasado b) He fracasado más que la mayoría de las personas c) Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro d) Soy un fracaso total como persona
4)	a) Las cosas me satisfacen tanto como antes b) No disfruto de las cosas tanto como antes c) Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas d) Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo
5)	a) No me siento especialmente culpable b) Me siento culpable en bastantes ocasiones c) Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones d) Me siento culpable constantemente
6)	a) No creo que este siendo castigado b) Siento que quizá este siendo castigado c) Espero ser castigado d) Siento que estoy siendo castigado
7)	a) No estoy descontento de mí mismo b) Estoy descontento de mí mismo c) Estoy a disgusto conmigo mismo d) Me detesto

- | | |
|-----|---|
| 8) | a) No me considero peor que cualquier otro
b) Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores
c) Continuamente me culpo por mis faltas
d) Me culpo por todo lo malo que me sucede |
| 9) | a) No tengo ningún pensamiento de suicidio
b) A veces pienso en suicidarme pero no lo haré
c) Desearía poner fin a mi vida
d) Me suicidaría si tuviera oportunidad |
| 10) | a) No lloro más de lo normal
b) Ahora lloro más que antes
c) Lloro continuamente
d) No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga |
| 11) | a) No estoy especialmente irritado
b) Me molesto o irrito más fácilmente que antes
c) Me siento irritado continuamente
d) Ahora me irritan muchísimo cosas que antes no me molestaban |
| 12) | a) No he perdido el interés por los demás
b) Estoy menos interesado en los demás que antes
c) He perdido gran parte del interés por los demás
d) He perdido todo el interés por los demás |
| 13) | a) Tomo mis propias decisiones lo mismo que antes
b) Evito tomar decisiones más que antes
c) Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
d) Me es imposible tomar decisiones |
| 14) | a) No creo tener peor aspecto que antes
b) Estoy preocupado, porque parezco mayor y poco atractivo
c) Noto cambios en mi físico que me hacen poco atractivo
d) Creo que tengo un aspecto horrible |
| 15) | a) Trabajo igual que antes
b) Me cuesta más esfuerzo que lo habitual comenzar a hacer algo
c) Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo
d) Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea |
| 16) | a) Duermo tan bien como siempre
b) No duermo tan bien como antes
c) Me despierto antes de lo habitual y me cuesta retomar el sueño
d) Me despierto mucho antes de lo habitual y ya no retomo el sueño. |

- 17) a) No me siento más cansado de lo normal
b) Me canso más que antes
c) Me canso en cuanto hago cualquier cosa
d) Estoy demasiado cansado para hacer nada

- 18) a) Mi apetito no ha disminuido
b) No tengo tan buen apetito como antes
c) Ahora tengo mucho menos apetito
d) He perdido completamente el apetito

- 19) a) No he perdido peso últimamente
b) He perdido más de 2 kilos
c) He perdido más de 4 kilos
d) He perdido más de 7 kilos

- 20) a) No estoy preocupado por mi salud
b) Me preocupan los dolores de cabeza o de estomago, los catarros, etc.
c) Me preocupan las enfermedades; me cuesta pensar en otras cosas
d) Pienso tanto en las enfermedades que ya no pienso en nada mas

- 21) a) No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo
b) La relación sexual me atrae menos que antes
c) Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes
d) He perdido totalmente mi interés sexual

Universidad de Valparaíso
Chile



00106265