



UNIVERSIDAD UCINF
LABOR CONSTANTIAE TRIUMPHARE

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA

PERCEPCIÓN DE LA SALUD FÍSICA Y MENTAL DE LAS MUJERES
CON ROLES MÚLTIPLES

Johanna Betzabé Alarcón Vidal

Profesor Guía: Andrea Tognarelli Guzmán

Diciembre, 2013

Santiago, Chile

©2013, Johanna Betzabé Alarcón Vidal

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica que acredita al trabajo y a su autor.



UNIVERSIDAD UCINF
LABOR CONSTANTIAE TRIUMPHARE

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA

PERCEPCIÓN DE LA SALUD FÍSICA Y MENTAL DE LAS MUJERES
CON ROLES MÚLTIPLES

Johanna Betzabé Alarcón Vidal

Profesor Guía: Andrea Tognarelli Guzmán

Diciembre, 2013

Santiago, Chile

Dedico este trabajo a todas las mujeres que con su esfuerzo, amor y entrega han ayudado a construir un mundo más amoroso, más espiritual y más bello.

AGRADECIMIENTOS

Gracias Dios, gracias Yo Superior.

Gracias familia, porque ustedes siempre están.

A mi profesora guía que con su gran paciencia y profesionalismo me ayudó a re enamorarme de lo que estaba haciendo.

RESÚMEN

La mujer ha tenido que ir conquistando su espacio en este mundo, no ha sido fácil para ella entrar en el campo laboral, se ha tenido que encontrar con una serie de obstáculos. Así como antaño conquistó el sufragio, el privilegio a estudiar, ha ido conquistando derechos, como si por el solo hecho de nacer mujer no fueran inherentes a ella. Existen un sin fin de situaciones que hoy podríamos denominarlas como discriminación o segregación, como la desigualdad salarial o las oportunidades de trabajo, sin embargo, hoy hablamos de equidad e igualdad de género.

Hoy la mujer está presente en las empresas, es mano de obra, está en el senado, como presidenta de una nación, como dueña de casa, madre y cuidadora, con doble jornada, ya que no por el hecho de trabajar fuera de casa significa que deja de realizar las labores de casa y cuidado de los hijos o enfermos que puedan haber dentro de una familia. Esta doble jornada la lleva a descuidar muchas veces su propia salud, esta cantidad de actividades que por lo general son de atención y cuidado hacia otros va en directo desmedro de su autocuidado, esta investigación nos muestra la realidad de ocho mujeres que trabajan fuera de casa, son madres y esposas que deben desempeñar múltiples roles, quisimos saber cómo veían ellas su salud física y mental, que acciones realizaban para su cuidado y que actividades realizaban para la atención y cuidado de sus seres queridos.

Los resultados son bastantes reveladores, ya que podemos entender el desgaste de la mujer con roles múltiples, el deterioro de su salud física y mental, además de entender sus prioridades y lo que las motiva a actuar como lo hacen, aparecen conceptos como autoexigencia, postergación y falta de apoyo que son fundamentales para entender los estados de salud y la percepción que tienen de ellas mismas en su condición de mujeres con roles múltiples..

TABLA DE CONTENIDO

	Página
CALIFICACIÓN	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
RESÚMEN	IV
INTRODUCCCIÓN	6
CAPÍTULO I. OBJETIVOS	
1.1 Objetivo general	11
1.2 Objetivos específicos	11
1.3 Preguntas directrices	11
CAPÍTULO II. ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS	
2.1. Equidad de género	13
2.2. Aspectos de la política de género en Chile	16
2.3. Especialización y educación de la mujer	18
2.4. Desigualdad salarial	19
2.5. Mujeres y sus múltiples roles	21
2. 6. Salud de la mujer	24
2.7. Salud física	26
2.8. Salud mental	31
2.8.1 Trastornos de ansiedad	33
2.8.2 Depresión	34
2.8.3 Trastornos psicosomáticos	35
2.8.5 Estrés	36
2.9. Economía del cuidado	39
2.10. Autocuidado y falta de cuidado	42
2.11. Pareja y apoyo	45

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	
3.1 Opción metodológica	48
3.2 Participantes	49
3.3 Procedimientos	49
3.4 Técnicas de recolección de información	50
3.5 Procedimiento de análisis de la información	50
3.6 Criterios de Confiabilidad	51
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	
4.1 Contexto general de las mujeres con roles múltiples	54
4.2 Percepción de la salud física	60
4.3 Percepción de la salud mental	81
4.4 Múltiples roles	103
CONCLUSIONES	118
REFERENCIAS	132
ANEXOS	108
a) Entrevista acerca de la percepción de la salud física y mental de las mujeres con roles múltiples	144
b) Análisis intracaso	146
MATERIAL COMPLEMENTARIO CD ROOM	162

INTRODUCCIÓN

La inserción de la mujer al mundo laboral hace ya algunas décadas ha impactado a la familia, la sociedad y a las empresas de muchas y distintas maneras, la mujer se ha convertido en una importante colaboradora del sustento familiar, gracias al trabajo remunerado en las empresas, industrias y comercios en general. En muchas ocasiones es la única proveedora de la familia, 33.1 % de los hogares chilenos tiene como única proveedora a una mujer; y esta proporción aumenta al 43.2% en los hogares pobres y a casi la mitad - 47.9%- en los indigentes (Casen 2009), además de ser una activa contribuyente a la economía del país con su trabajo, aportando en las empresas, y siendo bastante valorada en el ámbito laboral. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) 2010, un 45,8% de las mujeres en Chile participa del mercado laboral. (Servicio Nacional de la Mujer, 2010).

La mujer actual está siendo valorada en forma transversal dentro de los cargos de una empresa, no solo cargos operarios como en décadas pasadas, ahora la mujer está optando a cargos técnicos, ejecutivos y gerenciales con una alta especialización. Lo que requiere que la mujer esté preparada para tal desafío, teniendo que ponerse al día en los conocimientos emergentes en las distintas áreas, siendo necesario instruirse en los diversos ámbitos donde se desea desempeñar, es por ello que un número creciente de mujeres se incorporan a institutos técnicos, profesionales y universidades del país.

A pesar de los esfuerzos que realizan las mujeres por mantenerse bien

conceptualizadas en el ámbito laboral a través de los estudios, especialización y cumplimiento del rol de trabajadoras, aun existen diferencias importantes dentro del marco salarial y de acceso a cargos ejecutivos y gerenciales dentro de las empresas, así lo menciona un estudio de la Universidad del Desarrollo dirigido por Pizarro y Guerra (2010), quienes mencionan que las mujeres porcentualmente ganan menos que los hombres, alrededor de 79% en relación al salario de los hombres realizando la misma actividad, y con el mismo nivel de estudios.

Un tema no menos relevante es la cantidad y variedad de roles que la mujer cumple en nuestra sociedad, ya que no solo es profesional competente, trabajadora de una empresa, comercio o empresaria, si no que el rol de madre y dueña de casa no queda en manos de otra persona, es ella misma quien debe cumplir con esas actividades agregando responsabilidad y trabajo adicional al que ya posee como profesional y trabajadora. En muchas ocasiones estas labores no son igualmente compartidas con los hombres, ya sea maridos, hermanos, padres o hijos, sino que deben ser asumidas de igual manera por la misma mujer lo que genera consecuencias en el ámbito de la salud por la sobrecarga que experimentan (Politakis, 2001).

Dentro de un contexto laboral, tanto mujeres como hombres se ven enfrentados a la competitividad laboral, a la especialización creciente que exige el mercado y al afán de siempre mejorar, de ganar mayor prestigio y dinero en este mundo laboral que cada día es más exigente. El estrés que producen las constantes crisis económicas que afectan cada cierto tiempo a las empresas, al país, al mundo, generan un clima de inseguridad laboral, de incertidumbre y estrés en las personas por conservar sus puestos de trabajo y así poder contar

con los recursos económicos necesarios para mantenerse y mantener a sus familias. Adicionalmente a las condiciones normales del contexto laboral, los diversos roles que ocupa la mujer en esta sociedad, de madre, dueña de casa, trabajadora, esposa, etc. hacen que esté con un alto grado de estrés por la responsabilidad que recae sobre ella, esta sobrecarga puede incluso generar enfermedades psicosomáticas y depresión (Harari, 1990 en Avendaño *et. al.*, 2000). “Las experiencias de vida de las mujeres difieren de la de los hombres de muchas maneras, abarcando su carencia de poder en las relaciones personales, laborales, económicas, sociales, profesionales y políticas. Ellas son las que tienen a los hijos y en la mayoría de los países, las que los crían y muchas de ellas desarrollan tareas dobles, en el seno del hogar y en el trabajo” (Correa E. y Jadresic E. 2005 p.23). Según la World Federation of Mental Health se declaró que “a menudo el estrés psicológico de las mujeres tienen orígenes sociales; la discriminación contra las mujeres en el empleo, la educación, la distribución de alimentos, el acceso a la salud, y los recursos para el desarrollo económico, las torna vulnerables a la violencia física y sexual, los trastornos psiquiátricos y el estrés psicológico” (Correa E. Y Jadresic E. 2005 p.23).

En Chile el panorama de desigualdad laboral, salarial y de oportunidades no es alentador, según el informe global sobre la desigualdad de género 2012, elaborado por el foro Económico Mundial que evalúa aspectos como acceso de las mujeres a la salud, educación, trabajo y política de 135 naciones, Chile en un lapso de 12 meses descendió del puesto 46 al 87. (Radio Universidad de Chile, 2012).

Como se puede observar el panorama en Chile no es muy auspicioso, lo que genera un alto estrés para aquellas mujeres que desean incorporarse al ámbito

laboral o que incluso desean estudiar para tener mayores opciones laborales, salariales y acceso a una mejor salud, la exigencia además de cumplir con todos los roles auto impuestos e impuestos por la sociedad hace que todo se vea más difícil para el género femenino, esta carga adicional por el solo hecho de ser mujer ¿qué áreas afecta, que repercusiones conlleva? . Dicho esto, surge una pregunta que toma carácter de problema y es; ¿Cómo es la percepción de la salud física y mental de la mujer que cumple con múltiples roles?. Este estudio surgió por el desconocimiento o por la invisibilidad que aqueja a la mujer en su calidad de multirol, invisibilidad de su contexto más cercano, así como la invisibilidad social de la que son parte hoy (Correa E. y Jadresic E. 2005). La falta de reconocimiento social y familiar que le afecta, por la gran cantidad de responsabilidad, trabajo y estrés al cual se ve enfrentada y cómo esto afecta a su salud física y mental. Las mujeres presentan tasas de depresión más alta que los hombres (Murria y López, 201). Según un estudio realizado por el instituto nacional de estadísticas sobre las enfermedades agudas y crónicas, posiciona a la mujer en un 39% por sobre los varones que solo tienen un 27%, además las mujeres se enferman más que los hombres y van más al médico que sus pares masculinos (INE, 2000). Esta sobrecarga de trabajo en todas las áreas, y el intento permanente de estar a la altura en desempeño, reconocimiento y salario que sus pares masculinos, al grado de postergarse ella en sus necesidades más básicas y de salud (Nadelson & Notman, 1982).

Es por esto que el objetivo del presente estudio fue intentar describir las percepciones, significaciones y opiniones que tienen las mujeres trabajadoras sobre su propia salud física y mental y sus múltiples roles, para ello se realizó un estudio con algunas mujeres que cumplían con los requisitos de tener

múltiples roles, es decir, ser madre, trabajadora, dueña de casa, estar o haber estado casada.

I.- OBJETIVOS

1.1 Objetivo general

Describir la salud física y mental de la mujer con roles múltiples, según sus propias percepciones.

1.2 Objetivos específicos:

1. Describir las características de los roles múltiples que realizan las mujeres del estudio.
2. Describir las características del cuidado y descuido de la salud física y mental de las mujeres.
3. Describir las características y conceptualizaciones de la salud y enfermedad de las mujeres del estudio.

1.3 Preguntas directrices

- I. Describir las características de los roles múltiples que realizan las mujeres del estudio.
 1. ¿Qué actividades relacionadas con su rol de madre realiza diariamente?
 2. ¿Con quienes comparte la crianza de los hijos?
 3. ¿Qué actividades realiza en su trabajo?

4. ¿Como dueña de casa qué actividades realiza diariamente?
5. ¿Como pareja, qué le toca hacer dentro del día por su relación?
6. ¿Les alcanza el tiempo para realizar todas las actividades?
7. ¿Deben postergar ciertas actividades personales por conciliar otras?

II. Describir las características del cuidado y descuido de la salud de las mujeres.

8. ¿Cuántas comidas diarias consume?
9. ¿Qué tipo de alimentos consume?
10. ¿Qué hace para cuidarse física y mentalmente?
11. ¿Con cuanta frecuencia se enferman?
12. ¿Qué tipos de enfermedades han padecido?

III. Describir las características y conceptualizaciones de la salud y enfermedad de las mujeres del estudio.

13. ¿Qué significa para ellas estar enferma?
14. ¿Qué consecuencias conlleva el estar enferma?
15. ¿Qué factores identifican como gatillantes o relacionaos con el hecho de enfermarse?
16. ¿Qué actividades poco saludables realizan?
17. ¿Qué es ser saludable?
18. ¿Cómo cuidan su salud?

II.- ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPIRICOS

2.1.- Equidad de género

No es fácil ser mujer en este mundo, desde hace muchos años ha sido necesario enfrentar una serie de problemáticas donde ha tenido que conquistar sus derechos, como si por el solo hecho de nacer mujer naciera sin ellos, Goñi (2004) en su libro Los Rostros de Eva explica este hecho en el siguiente párrafo:

Cada trece segundos se produce una violación en Estados Unidos. Cada cinco días muere una mujer en España, a manos de su pareja, según datos del año 2003. En algunas regiones de la India, las personas pertenecientes al sexo femenino no tienen derecho a la medicina y las enfermas perecen sin hospitalización, atención médica ni medicamentos.

En algunos países musulmanes de África, la mujer violada debe ser asesinada por considerar este delito sexual como adulterio.

En China se deja morir de inanición a las niñas de los orfanatos, pues piensan que hay demasiada población femenina.

Las recién nacidas y las púberes de una treintena de países subsaharianos y de Oriente Próximo son sometidas legalmente a la ablación del clítoris, negándoles el placer en su futura vida sexual.

En Afganistán, la mayoría de las mujeres siguen viviendo escondidas tras la burka, encerradas toda su vida en una cárcel de tela... (Goñi, 2004, p.2

Remontándose históricamente a este hecho hay que recordar que recién en el año 1776 en Nueva Jersey por un error se autorizó el sufragio femenino, sin embargo se abolió en 1807, desde ahí parte la lucha por conquistar el sufragio, en Chile el debate por el voto femenino comienza en 1920, sin embargo, existe la oposición de los partidos anticlericales y de izquierda que retrasan por varias décadas la concesión de este derecho. En 1935 se aprobó el voto femenino, pero solo para las elecciones municipales y recién en 1949 las mujeres pueden votar en las elecciones presidenciales y parlamentarias, pudiendo participar en la elección presidencial del año 1952. (Voto Femenino, 2013).

El derecho a estudios superiores parte en Europa entre 1850 y 1890. Las universidades de París y Zúrich fueron pioneras en aceptar mujeres en todos los estudios universitarios con igualdad de derechos que los varones, seguidas de otras universidades en Reino Unido, Bélgica, Dinamarca, Italia y Alemania. Mucho antes de esa fecha hubo una mujer que se vistió de hombre para poder entrar a la Universidad y estudiar medicina, se trata de Margaret Ann Bulkley, más conocida como el Doctor James Barry quien estudió en 1809 medicina en la Universidad de Edimburgo. (James Barry, 2013).

71 años después en Chile logra entrar a la universidad Eloísa Díaz Inzunza , que en 1880, postuló a la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, luego de ser aprobado un decreto que permitía, por primera vez, el ingreso de mujeres a la Universidad de Chile. Así en 1887 se convirtió en la primera mujer en Chile y América del Sur en obtener el título de Médico Cirujano en 1887. (Universidad de Chile, 2013)

Y es así como comienza una interminable lista de conquistas, y en todos los ámbitos, como son la entrada de la mujer al ejército en octubre de año 2000 las Naciones Unidas adoptaron la Resolución 1325 del Consejo de Seguridad, en la que se insta a poner fin a la desigualdad histórica de participación masculina y femenina en la consolidación de la paz. (Instituto Español de Estudios de Estrategia, 2012).

Según la definición entregada por el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola, se entiende por Igualdad de género y equidad de género lo siguiente;

Una situación en la que mujeres y hombres tienen las mismas posibilidades, u oportunidades en la vida, de acceder a recursos y bienes valiosos desde el punto de vista social, y de controlarlos. El objetivo no es tanto que mujeres y hombres sean iguales, sino conseguir que unos y otros tengan las mismas oportunidades en la vida.

Por equidad de género se entiende el trato imparcial de mujeres y hombres, según sus necesidades respectivas, ya sea con un trato equitativo o con uno diferenciado pero que se considera equivalente por lo que se refiere a los derechos, los beneficios, las obligaciones y las posibilidades. En el ámbito del desarrollo, el objetivo de lograr la equidad de género, a menudo exige la incorporación de medidas específicas para compensar las desventajas históricas y sociales que arrastran las mujeres. (IFAD Definiciones, 2013).

Según las Naciones Unidas la igualdad de género “implica que todos los seres humanos, tanto hombres como mujeres, tienen la libertad para desarrollar sus habilidades personales y para hacer elecciones sin estar limitados por estereotipos, roles de género rígidos, o prejuicios. Comprende la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades de mujeres y hombres, niñas y niños, para lo cual deben considerarse los intereses, aspiraciones y necesidades específicas de las mujeres y de los hombres, siendo valoradas y favorecidas de la misma manera”. (ONU, 2013). La desigualdad se ve en todos los ámbitos de la vida de una mujer, no solo en lo laboral, educacional, y salud. Según una publicación en Gaceta Sanitaria sobre salud pública y expectativas de género y clase social indican que;

Existe una desigual distribución del trabajo doméstico, o en el cuidado de las personas del hogar, que se realiza mayoritariamente por las mujeres. Por otro lado, las mujeres sufren también desigualdades en el medio laboral: soportan una tasa de paro más alta que los hombres y una mayor proporción de contratos laborales temporales o precarios. Otros ejemplos son la segregación que existe en el mercado laboral, tanto vertical (las mujeres ocupan los trabajos menos cualificados) como horizontal (las mujeres se centran en unos pocos sectores de la actividad económica relacionados con el cuidado de las personas). (Gaceta Sanitaria ,2014).

2.2.- Aspectos de la política de género en Chile

La integración de la mujer en los diversos ámbitos sociales en Chile nace a partir de la promulgación del Decreto Amunategui en 1877, lo que le permitió a la mujer acceder a la educación universitaria, en 1931 surge un movimiento

femenino que consigue el derecho a voto en las elecciones municipales, en 1949 surge el movimiento pro Emancipación de las mujeres en Chile (MEMCH) que fue el grupo que buscó reivindicaciones para las mujeres y lograron el sufragio femenino. En el año 1951 Inés Henríquez logra ser la primera diputada Chilena, en 1953 María de la Cruz, líder del partido Femenino Chileno es la primera senadora. Esta lucha no solo se está dando en Chile sino que en todo el mundo, ya que las Naciones Unidas buscan la igualdad de género y la lucha por los derechos humanos y políticos de la mujer, estos valores han sido un eje para esta institución teniendo numerosas iniciativas que han contribuido en el objetivo de posicionar a las mujeres en el mundo para una igualdad de oportunidades. Chile ha participado activamente en estas iniciativas buscando igualdad y disminuir las brechas existentes entre hombres y mujeres en cuanto a oportunidades, salarios y beneficios. Aun cuando este proceso ha sido lento en Chile en relación a otros países desarrollados debemos considerar que nuestro país en solo 200 años de Republica ha avanzado generosamente a favor de la integración de la mujer a los estudios superiores, al trabajo, al ámbito político, social y económico. Incluso logrando en el año 2006 posicionar a una mujer como líder de Chile, es decir, como la primera mujer que ocupa el importante cargo político de elección popular de presidenta. (SERNAM, 2011).

En 1991 se crea el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), para promover la igualdad entre hombres y mujeres, gracias a los gobiernos democráticos, en ese periodo se crea el primer plan de igualdad de oportunidades 1994-1999 y así sucesivamente mientras los gobiernos democráticos fueron gobernando en sus periodos se fue legitimizando el Servicio Nacional de la Mujer y fueron ampliando, reforzando y mejorando el Plan de Igualdad entre hombres y mujeres hasta llegar al plan propuesto por el actual gobierno del Presidente Sebastián Piñera para el periodo comprendido entre los años 2011-2020

proponiendo principios como la igualdad de libertad, dignidad, derechos, corresponsabilidad social y dignidad de la familia.

2.3.- Especialización y educación de la mujer

Ha sido necesario y de vital importancia para la mujer que entra en el mercado laboral acceder a la educación superior, o técnico profesional para poder competir con sus pares masculinos, ya que el mercado laboral no es tan grade y para poder competir, debe hacerlo con capacitación, especialización y competencias, es por ello el creciente interés en acceder a la educación y a una alta especialización, cada año se ven mucho más mujeres inscritas en universidades, institutos técnicos y profesionales en todas las jornadas y áreas de especialización, es por esto que ellas deben estudiar en horarios vespertino, para poder costear sus estudios, siendo incluso dueñas de casa y madres a la vez.

Según la comisión nacional de investigación científica y tecnológica (CONICYT), en un estudio realizado entre los años 2006 y 2009 dice lo siguiente:

En el pregrado, el número de mujeres tituladas aumentó de 11.170 a 17.342 en el decenio presentado, lo que representa un aumento de un 55%, superior al incremento experimentado por los hombres, de 31%. El principal incremento (para hombres y mujeres) se registra en los estudios de magíster y doctorado. Para el grado de magíster, se observa un incremento de 366 a 1.264 mujeres tituladas entre 1999 y 2008. Finalmente, en cuanto a los estudios de postítulo, el aumento para las mujeres fue de 57%, pasando de 1.975 a 3.094 titulaciones en el período; para los

hombres el aumento fue de sólo un 10%. (Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnología, 2009).

2.4.- Desigualdad salarial

A pesar de los esfuerzos por las mujeres de capacitación, especialización y desempeño, aun existen brechas importantes en cuanto a la remuneración, las empresas al parecer prefieren a su pares masculinos, aun cuando la especialización sea mayor en una mujer, esto puede tener diversas explicaciones para el empleador, una de ellas puede ser del tipo económico, ya que probablemente quedarán embarazadas ausentándose un prolongado tiempo por licencias medicas por pré y post natal, sin embargo no deja de ser una desigualdad y una discriminación con la que la mujer debe cargar.

A pesar que la maternidad suele ser un factor de castigo, existen algunas empresas en las que, por el contrario, es ponderada al hacer el cálculo de las metas anuales. Estos casos, minoritarios, ocurren en empresas multinacionales con casas matrices en el hemisferio norte, cuyos criterios respecto de la maternidad son aplicados a sus filiales en Chile” (Servicio Nacional de la Mujer, 2011).

Es probable que la maternidad pueda ser un impedimento para todas aquellas mujeres que desean acceder a un puesto ejecutivo, gerencial o simplemente a un puesto de trabajo. “La maternidad, desde el punto de vista económico y organizacional, es un estado de invalidez, es el anti-trabajo, la no disponibilidad absoluta. (IMOP-Instituto de la mujer, 1999), Por ello, la creencia estereotipada sobre el posible abandono o menor dedicación laboral provoca reticencias entre los empleadores para contratar y promocionar mujeres a puestos de

responsabilidad y/o a invertir en su desarrollo de carrera” (Barberá E y Martínez I, 2004, p.203).

“La crítica que efectúa el modelo producción-reproducción a la cultura patriarcal ha servido para evidenciar que la división sexual del trabajo doméstico condiciona y limita las posibilidades de inserción del género femenino en el trabajo extra-doméstico, poniendo de relieve que solo a través del análisis conjunto del mercado y la familia es posible incorporar a las mujeres al mundo empresarial” (Uribe, 2008, p. 34).

A pesar de los esfuerzos que realiza el actual gobierno en Chile para generar igualdad en los salarios un Informe de Desarrollo Humano para Chile 2009, dice que a pesar del incremento de la mujer en el mundo laboral alcanzando un 60% de mujeres entre 25 y 39 años, poseen mayor nivel educacional aun reciben salarios más bajos que los hombres, tienen contratos más precarios o es menos probable que ocupen posiciones de poder en el mundo de las empresas y la política. La desigualdad salarial en Chile se expresa en cifras, ya que las mujeres ganan el 79% del salario, la brecha aumenta aun más cuando se trata de cargos que requieren de mayor responsabilidad y de nivel educacional. En este sentido, las ejecutivas serían las más perjudicadas: sólo ganan el 66% del sueldo de sus pares (OIT, 2009). (Universidad del Desarrollo, 2010).

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), a diciembre del año 2005 se observa que el ingreso medio mensual de las mujeres en todas las

regiones del país es inferior al de los hombres. (Servicio Nacional de la Mujer, 2009).

Sin duda que estos porcentajes o índices mostrados, generan frustración e impotencia en un gran número de mujeres que intentan postular a un trabajo o un cargo y se ven relegadas a un segundo plano cuando se trata de competir con un hombre frente a un mismo puesto de trabajo, o bien teniendo que conformarse con un sueldo menor que las discrimina generándoles un estrés adicional por demostrar que son competentes, responsables y que están a la altura de sus pares masculinos (Pizarro, Guerra 2010), es decir, con el mismo grado de estudio o especialización pero con el recurso en este caso de ser hombre.

Así lo mencionan Pizarro y Guerra (2010) en un estudio realizado por la Universidad del Desarrollo:

Sin embargo, a pesar de la igualdad en los niveles educativos, éstos no logran concretarse en una igualdad de oportunidades para las mujeres. Así por ejemplo, persisten las desigualdades en las remuneraciones del trabajo, las que además son crecientes con la educación. Información de la CASEN 2000 muestra que las mujeres reciben remuneraciones por su trabajo un 39% inferior a los hombres, brecha que aumenta a 52% para aquellas con más de trece años de estudio.” (Olga Pizarro y Massiel Guerra, 2010).

2.5.- Mujer y sus múltiples roles.

Como se ha mencionado anteriormente, la mujer de hoy cumple múltiples roles en la sociedad, no solo es madre, esposa, trabajadora, estudiante, dueña de

casa, etc. Se suman y suman roles y responsabilidades a esta ya larga lista de actividades que debe desempeñar a diario, estas múltiples actividades y responsabilidades hacen que la mujer se pueda ver afectada en su salud mental y física debido a la gran carga que debe llevar sobre sus hombros, ahora bien cabe preguntarse si esta carga es igualmente para hombres como para mujeres.

Un estudio realizado por el SERNAM muestra los siguientes índices de trabajo doméstico tanto en hombres como mujeres.

Al analizar el número de horas diarias destinadas a cada actividad, el 77,8% de las mujeres destinan 3,9 horas para realizar trabajo doméstico no remunerado entre lunes y viernes. En el caso de los hombres, es de 2,9 y 1,6 horas, pero con tasas de participación muchísimo más bajas (40,7 y 9,2%, respectivamente). Si se consideran la totalidad de las actividades clasificadas como trabajo doméstico no remunerado, la diferencia es mucho más marcada: 4 de cada 5 mujeres realizan este tipo de actividades durante el día, mientras que los hombres no alcanzan la mitad de esa proporción. (Servicio Nacional de La Mujer, 2009).

Como podemos observar, los números son relevantes y concluyentes a la hora de hacer una comparación entre la cantidad de horas y trabajo doméstico que dedican tanto hombres como mujeres, nos damos cuenta que la cantidad de tiempo invertida en actividades del hogar son mucho mayores en el caso de las mujeres. Obviamente, esto hace una gran diferencia respecto a la calidad de vida, salud y ocio que tienen las mujeres respecto a sus pares masculinos, ya que

podemos asumir que las mujeres trabajadoras con múltiples roles tienen menos tiempo para dedicar al descanso y al ocio, lo que afecta directamente su calidad de vida y salud. “Se ha demostrado que las mujeres duermen menos, tienen menos tiempo libre y trabajan en promedio un mes extra al año en la casa, siendo fuentes de malestar e insatisfacción” (Hall, 1990 en Avendaño, Ramírez & Román, 2000, p.52-61).

A pesar de los cambios que se han producido en estos últimos años respecto al papel que juega la mujer en el mundo y en todas las áreas en las que se desempeña, el mundo doméstico y familiar es particularmente femenino, ya que son ellas las que deben preocuparse por las necesidades de los demás miembros de la familia, de mantener el orden, la armonía familiar y velar por la salud de todos los miembros de su familia, incluso postergado la propia salud en pos de otros (Barberá, E y Martínez, I. 2004). Se cree que es el papel de la mujer en el mundo el del servicio y la maternidad y esto se extiende además a todas las relaciones humanas y a todos los roles que desempeña (Barberá, E y Martínez, I. 2004).

Esta “extrema dedicación” genera expectativas de igual retribución, es decir, lleva a las mujeres a esperar recibir cariño, comprensión, solidaridad, pero la vida cotidiana se encarga de poner de manifiesto la distancia que hay entre idealidad y realidad. La toma de conciencia de que el tiempo, la comprensión y la atención que se dedica a los otros son en detrimento del reconocimiento y atención a las propias necesidades y deseos les produce fuertes sentimientos de frustración (Comas, 1995; González de Chávez, 2001; Martínez Benlloch y Bonilla, 2000 en

Barberá, E y Martínez, I. 2004). Esa falta de reconocimiento de las capacidades personales, la negación a manifestar libremente las propias emociones e intereses-con los sentimientos de infravaloración e indefensión que estas experiencias vitales pueden llegar a generar-, influyen, necesariamente, en el estado de ánimo y satisfacción personal (Barberá, E y Martínez, I. 2004, p.301).

Después de realizar todas las actividades de cuidado y atención hacia los hijos, pareja, enfermos y trabajo, las mujeres esperan recibir retribución y reconocimiento, sin embargo socialmente es asumido, es decir, como parte de su rol, se invisibiliza su esfuerzo adicional de cumplir doble jornada y esto les genera sentimientos de insatisfacción.

2.6.- Salud de la mujer.

La salud de la mujer ha sido invisible durante un par de décadas, ya que estaba básicamente basada en el modelo biomédico y centrada fundamentalmente en la salud reproductiva, evolucionando recién en la década de los setenta hacia definiciones más actuales que tratan de abarcar la influencia de factores muy diversos a lo largo de todo el ciclo vital de la mujer. Los estudios, las encuestas, y los libros sobre salud han estado basados básicamente en el género masculino (Sánchez ,2003).

La definición de salud según la Organización Mundial de la Salud es: “Estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solamente la ausencia de enfermedad”. (Organización Mundial de la Salud, [s.f.]).

Sin embargo existe un modelo que, consideraría las necesidades diferenciales de la mujer, cosa que años antes eran prácticamente invisibles ante los ojos de la medicina y de la sociedad en general, lo que se podría catalogar como un importante avance en la medicina y sobretodo en la calidad de vida y salud de la mujer, antes se suponía que los problemas, riesgos y factores protectores de la salud del hombre y mujeres eran iguales cuando realmente no lo son, también se suponía que los problemas de salud diferenciales de la mujer se limitaban a una sola área, la de la reproducción, (Sánchez ,2003).

Suele aceptarse en la actualidad como marco de referencia de la definición propuesta en 1994 por la National Academy on Women's Health Medical Education de Estados Unidos, que establece que el concepto de "Salud de la Mujer" comprende tanto la preservación del bienestar como la prevención de la enfermedad en la mujer, lo que incluye el estudio, el diagnóstico y el manejo de las condiciones que: Son específicas de la mujer, son más frecuentes en la mujer, tienen mayor importancia en la mujer, y/o tienen manifestaciones, factores de riesgo o intervenciones que son diferentes para las mujeres, (Sánchez, 2003 p.6).

Según El Instituto Nacional de Estadísticas Chile , las mujeres presentan una mayor tasa de enfermedades crónicas y agudas en relación a los hombres (27% en hombres, 39% en mujeres), también las mujeres se enferman más que los hombres y van más al médico que sus pares masculinos, piden más permisos en el trabajo y son hospitalizadas más frecuentemente, (INE, 2000).

También presentan más tasas de depresión que los hombres, la salud reproductiva y la salud sexual es fuente importante de mortalidad, las condiciones de la maternidad dan cuenta de 3 de las 10 causas principales de muerte o enfermedad prematura de la mujer en edad reproductiva (Murray y López, 2001).

Los múltiples roles que ocupan las mujeres deben al parecer ser llevados de la mejor manera posible, con dignidad, con ánimo y con estoicidad, ya que de lo contrario pueden sentir culpa por no ser capaz de realizar esas tareas asignadas socialmente a su género. “Estas realidades frecuentemente se ocultan bajo las somatizaciones que aparecen en muchos síndromes clínicos y nos llevan a pensar que unas condiciones de vida constreñidas y marcadas “a priori” limitan la salud física y mental de quienes las padecen” (Barberá, E y Martínez, I. 2004, p.301).

2.7.- Salud física

Dentro de los datos estadísticos nacionales, se realizó un estudio por el Ministerio de Salud, Universidad Católica y Universidad Alberto Hurtado en el año 2010, respecto a la salud de la población adulta Chilena, en donde no solo arroja datos relevantes en términos de salud de los chilenos, sino que también de hábitos que dan cuenta de la calidad de vida y cuidado de la salud.

Según las cifras entregadas, el consumo de tabaco en la población adulta chilena (suma de fumadores diarios y fumadores ocasionales) es de un 40,6%. El porcentaje de hombres que se declara fumador actual es mayor que el de las mujeres, un 44,2% versus un 37,1% respectivamente. A medida que aumenta la edad,

las mujeres llevan la delantera en el consumo de tabaco, especialmente en las mujeres de 65 años y más.

En cuanto a la obesidad, se presenta que las mujeres tienen mayor prevalencia de obesidad en todas las edades, con una diferencia significativa a la de los hombres (19,2 y 30,7%).

Las mujeres tienen mayor prevalencia de sedentarismo en comparación con los hombres, se puede observar que las mujeres tienen menos tiempo dedicado a las actividades recreacionales, con un porcentaje mucho menor que el de los hombres, 24,7 versus 10,3 minutos al día. (Servicio Nacional de la Mujer, 2010).

Según las estadísticas presentadas vemos que las mujeres tienen mayor prevalencia al sedentarismo y obesidad y el alcohol y tabaco va en aumento, el sedentarismo y la obesidad pueden estar asociados a la gran cantidad de roles que deben desempeñar, por el tiempo invertido en los quehaceres queda poco tiempo para realizar alguna actividad física y recreativa, por otra parte el consumo de alcohol y tabaco está relacionado a la ansiedad y depresión, que también es mayor en mujeres que en hombres. La Organización Mundial de la Salud señala que “Las mujeres son más propensas que los hombres a la depresión y la ansiedad. Unos 73 millones de mujeres adultas sufren cada año en todo el mundo un episodio de depresión mayor”. (Organización Mundial de la Salud, 2009).

La mujer se ha insertado en el mundo laboral (INE, 2010), educacional (INE,2002) , y en todos los ámbitos que antes parecían exclusivamente masculinos, el consumo de alcohol y tabaco era mayoritariamente masculino y solapadamente las mujeres consumían estos dos productos, ya que no era bien

visto socialmente, ahora hay una apertura a estos elementos y están siendo consumidos por las mujeres abiertamente y en cantidades mayores que los hombres en el caso de tabaco, y el alcohol en mujeres menores de 24 años, lo que lleva también a una serie de problemas de salud, como son el cáncer, adicciones, alcoholismo, etc. (Servicio Nacional de la Mujer, 2009).

Según una investigación realizada por el departamento de estudio y capacitación del SERNAM en el año 2010, sobre “Perfil de la Salud Ocupacional de las Mujeres en Chile”, arrojó datos estadísticos muy interesantes sobre las principales causas de licencias médicas de las mujeres trabajadoras chilenas.

Del total de licencias presentadas en FONASA durante el año 2005, el 86% fueron presentadas por mujeres, mientras que solo el 14% por hombres. Esto debido a que un gran porcentaje de éstas correspondió a licencias por enfermedad del/la hija/o menor de un año, de las cuales el 99,9% fueron presentadas por mujeres, y solo un 0,1% por hombres. El detalle de las licencias presentadas según el Clasificador Internacional de Enfermedades, muestra que las licencias más frecuentes en mujeres, excluyendo los casos de las licencias presentadas por enfermedad del/a hijo/a menor de un año de edad, son por esguinces y torceduras de tobillo (10,4%), seguidas por Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del tobillo y del pie (3,0%), y Herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s) (2,6%). (Servicio Nacional de la Mujer, 2009)

La Asociación Chilena de Seguridad y el Servicio Nacional de la Mujer en el año 2010 impulsó un programa de prevención para mujeres, ya que según la información entregada por estas instituciones el 23% de los accidentes del trabajo sufridos por mujeres son de trayecto, cifra que casi duplica a la de los hombres (12%). Y que los diagnósticos más frecuentes en ellas eran: esguince de tobillos y contusiones de mano, muñeca y rodilla, esto producto de caídas que sufrían por ir con tacos y apuradas. (Asociación Chilena de Seguridad, 2010).

También hay enfermedades que afectan mayormente a mujeres que hombres, como son en caso de enfermedades relacionadas con el sistema inmune, como enfermedades tiroideas que es en relación de 3 a 20% en las mujeres y entre 1 a 7% en los hombres (por mil), artritis reumática, esclerosis múltiple el 65% de la población afectada con esta enfermedad es del género femenino, Lupus la diferencia es de 12 a 1 entre mujeres y hombres y por último asma (Sánchez, 2003).

Las diferencias se producen transversalmente en los roles y ocupaciones de la mujer, ya que si bien ahora tienen más acceso al mundo laboral, a la salud y a una serie de cosas que antiguamente estaban vetadas para las mujeres, ahora que pueden acceder a ellas siguen habiendo diferencias sustanciales por pertenecer al género femenino y tener una cantidad de roles mayor que los hombres. Es el caso de las licencias médicas, ya que para una isapre una mujer es una cliente que debe pagar más por salud, porque ocupa más el servicio, ya sean licencias por enfermedades, consultas ginecológicas, licencias por enfermedades de los hijos y por embarazo. Para un empleador es una mano de obra más cara, por licencias médicas en enfermedades de los hijos, o embarazos, ya que los hombres se excluyen de esta responsabilidad que debe asumir la mujer por el solo hecho de ser mujer, o la madre de los hijos, al parecer estamos lejos aún de

una igualdad en ese rol.

Aun así, las perspectivas de vida son mayores en las mujeres que en los hombres, es decir, las mujeres viven más años que los hombres, a pesar de que las cifras indicarían que los hombres tendrían mejor salud que las mujeres, aunque también se puede explicar en términos de que los hombres consultan menos que las mujeres, lo que no quiere decir que sean más saludables, las estadísticas se realizan de acuerdo a la cantidad de consultas de los usuarios a los diferentes profesionales de la salud y en este caso, son las mujeres quienes consultan más producto de estados ansiosos y auto percepción de enfermedad o mala salud, por eso se explicaría en parte el porqué la idea de que las mujeres enferman más, explicación a este hecho lo entrega María del Pilar Sánchez, en un trabajo de investigación publicado para la revista Phsicotema de la Universidad de Oviedo quien dice “ Esto indica que la salud física de las mujeres, más que la de los varones, está íntimamente relacionada con salud psicológica; especialmente con altos niveles de ansiedad, que explican entre el 15 y 44% de la varianza en dolencias físicas y salud percibida”. (Universidad Oviedo, 2006).

Por último podemos mencionar que existen diferencias entre hombres y mujeres en la percepción de la enfermedad y en las conductas preventivas o curativas relacionadas con ella. La mujer sería más proclive, en general, a buscar ayuda para sus problemas de salud y a participar en actos que tienen carácter preventivo. (Sánchez ,2003).

2.8.- Salud mental

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Esta definición de la Organización mundial de la salud, sin duda que se transforma más que una definición en un ideal para cualquier persona, tanto hombre como mujer, ya que en los tiempos en que vivimos, expuestos a una serie de factores estresores en nuestras vidas es difícil poder lograr tener una salud compatible con la cantidad de actividades que se tienen en el diario vivir.

La salud mental en la mujer parece un tema relevante ahora, ya que gracias a la incorporación de la mujer al mundo laboral está más expuesta que nunca a factores estresores que antes no tenía (SERNAM 2004), por el hecho de estar cumpliendo con roles propios de ser dueña de casa, madre y esposa. La salud mental difiere entre hombres y mujeres, es bien sabido que la sintomatología de enfermedades mentales tienen mayor prevalencia en los niños que las niñas a temprana edad, sin embargo en la medida que se llega a la pubertad comienzan a aparecer en las niñas una serie de trastornos importantes que van más bien relacionados con los trastornos del ánimo, ansiedad, psicósomáticos, disociativos y de la alimentación, en los niños sin embargo van más relacionados a las adicciones y trastornos de la sexualidad (Sánchez, 2003).

Los papeles múltiples pueden ser estresantes para la mujer aunque reporten beneficios. El trabajo doméstico se ha asociado a depresión, y la doble jornada a enfermedades psicósomáticas (Harari , 1990 en Avendaño *et. al.*, 2000).

Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión, ansiedad, dolor psicológico, violencia sexual, violencia doméstica y las cada vez mayores tasas de consumo de sustancias afectan en mayor grado a las mujeres que a los hombres en diferentes países y distintas circunstancias. También nos arroja datos relevantes a este respecto.

Los trastornos depresivos constituyen casi el 41,9% de los casos de discapacidad debida a trastornos neuropsiquiátricos entre las mujeres, mientras que entre los hombres causan el 29,3%.

Los principales problemas de salud mental de la tercera edad son la depresión, los síndromes orgánicos cerebrales y la demencia. La mayoría son mujeres.

Se estima que el 80% de los 50 millones de personas afectadas por conflictos violentos, guerras civiles, desastres y desplazamientos son mujeres y niños.

Los casos en los que la violencia contra las mujeres prevalece durante toda la vida oscilan entre un 16% y un 50%.

Al menos 1 de cada 5 mujeres sufren violaciones o intentos de violaciones a lo largo de su vida. (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Una encuesta realizada por el Ministerio de Salud en Chile (2006), entrega datos relevantes, como por ejemplo que el 28% de los hombres y el 34% de las mujeres que trabajan para el mercado consideran su trabajo “desgastador emocionalmente”. Una encuesta anterior de la misma institución (2003) había revelado una alta prevalencia de depresión, en las mujeres (31%) más que en los

hombres (16%). (Centro de Estudios de la Mujer, 2010).

Lamentablemente las mujeres deben enfrentarse a otro elemento en términos de salud mental y es la discriminación a la cual se enfrenta por el hecho de ser mujer, ya que es estigmatizada, cuando las mujeres consultan a un médico no reciben el mismo trato igualitario, esto según un estudio realizado por la organización Mundial de la Salud;

La comunicación entre los profesionales de la salud y las pacientes es extremadamente autoritaria en muchos países, lo que implica que el hecho de que una mujer revele sufrir dolor emocional y psicológico sea difícil y a menudo esté estigmatizado. Cuando las mujeres se atreven a contar sus problemas, muchos profesionales de la salud tienden a tener prejuicios por razón de género que les llevan a dar a las mujeres un tratamiento o excesivo o insuficiente. (Organización Mundial de la salud, 2010).

2.8.1 Trastornos de ansiedad

Algunas encuestas (p.ej., en estados Unidos) indican que la tercera parte de las mujeres tienen algún episodio de ansiedad a lo largo de su vida. Si se revisan las múltiples explicaciones posibles de la existencia de las altas tasas de ansiedad en las mujeres (Sánchez, 2003), se descarta que la diferencia se deba exclusivamente a un artefacto estadístico; por el contrario, aparecen datos claros de la existencia en las mujeres de niveles más altos de activación general (arousal), mayor respuesta psicofisiológica al estrés, mayor frecuencia de síntomas somáticos y mayor sensibilidad ante los síntomas de ansiedad.

Asimismo, hay datos que indican que la oscilación feminaza de las hormonas reproductivas durante el ciclo vital de la mujer puede estar asociada con una mayor vulnerabilidad ante la ansiedad en ella, y con la existencia de síntomas de mayor severidad y frecuencia (Sánchez ,2003).

2.8.2 Depresión

Según Correa y Jadresic (2005) comentan que María Angustias Oliveras, indicó hoy que las mujeres "son más propensas a sufrir algunos trastornos mentales específicos", entre los más comunes son los de ansiedad o la depresión, al igual que entre los hombres son más habituales "la personalidad antisocial o el consumo de drogas". Esta enfermedad no es la única que parece responder de manera disímil en mujeres y hombres. Un estudio de Mirko Diksic de la Universidad McGill demostró que la producción de serotonina fue más elevada en 52 por ciento en promedio en los hombres que en las mujeres, lo que explica por qué las mujeres son más inclinadas a la depresión, En este sentido, los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconocen que las mujeres reciben múltiples presiones y además han de enfrentarse a la discriminación por motivos de género, y en algunos casos a la violencia de género que contribuye también a la elevada prevalencia de los problemas mentales en las mujeres. Además, la OMS estima que en el año 2020 la depresión será la segunda causa mundial de discapacidad, y que al menos una de cada cinco mujeres padecerá, a lo largo de su vida, un trastorno depresivo, frecuencia que duplica a la registrada entre los hombres. Hay muchos más problemas de la salud mental en las mujeres como por ejemplo; los que son producidos por problemas hormonales que están dentro de la categoría de salud mental como son el Trastorno disfórico premenstrual, síndrome disfórico menstrual, la psicosis menstrual, el trastorno depresivo post parto, y los problemas propios de la menopausia.

Es necesario mencionar que en términos de salud mental también la mujer sufre un grado de discriminación por parte de los profesionales de la salud, respecto a eso Victoria Sau de la Universidad de Valencia dice:

La autonomía e Independencia de la mujer, al salirse de los roles tradicionales, se convierte en términos peyorativos. Hay una terminología al respecto que circula entre los profesionales en sus descripciones de las mujeres: “histérica”, “manipuladora”, “castradora”, “dominante” y otras. Este hecho es de dominio público, pero su divulgación se debe a Susan Studivant (1980). Conviene añadir la depresión como constitucional a la mujer, a pesar de que no sean calificadas de depresivas. La depresión endógena real se da con poca frecuencia y el estado depresivo o propiamente dicho, la mayoría parte de las veces, es “indefensión aprendida” (Seligman, 1975 en Barberá, Martínez, 2004, p.115)

2.8.3 Trastornos psicosomáticos

Según un estudio realizado en un centro de salud de Sevilla , de 956 registros realizados, el 5,3 %, correspondía a pacientes hiperfrecuentadores, de ellos el 60% correspondían a mujeres (Correa y Jadresic, 2005), las mujeres acuden más frecuentemente que los hombres a las consultas médicas por síntomas físicos y psíquicos (Correa y Jadresic, 2005), estos malestares son los llamados síntomas somáticos, que constituyen un evento habitual entre los seres humanos, el 75% de los adultos padece de algún malestar o dolor en el plazo de una semana y esto no constituye un trastorno físico o mental (Correa y Jadresic, 2005).

Según el DSM IV (p.462) las características de los trastornos somatomorfos son la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica que no pueden explicarse completamente. Los síntomas deben producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Según Eduardo Correa y Enrique Jadresic (2005) en su libro Psicopatología de la Mujer, postulan cinco posibles mecanismos para explicar la elevada prevalencia de somatización en las mujeres; Primero los síntomas somáticos tienen una mayor aceptación cultural entre el género femenino, segundo la mujer es más cuidadosa para buscar atención médica cuando detecta alguna anomalía, tercero los trastornos afectivos y de ansiedad asociados con síntomas somáticos son más frecuentes en las mujeres, cuarto las mujeres tienen más antecedentes de traumas físicos y sexuales que son dos factores importantes para que aparezcan síntomas somáticos, y por último la mujer tiene una percepción innata de su corporalidad.

Iris Luna docente de la universidad Católica de Colombia, refiriéndose a los trastorno psicósomáticos dice; “las investigaciones epidemiológicas y psicofisiológicas actuales señalan cómo el estrés tiene un efecto inespecífico sobre la causa y el curso clínico de la enfermedad” (Correa y Jadresic, 2005, p.351)

2.8.4 Estrés

El término “Estrés” es muy utilizado por la población en general, incluso se habla de estrés cuando las personas atribuyen las culpas de lo que les acontece

(Sánchez, 2003). Sin embargo desde el punto de vista psicológico la definición va a depender del modelo teórico desde donde se enmarque la definición (Sánchez, 2003).

Según el modelo Ambientalista, el estrés es producto de los estímulos externos que provocan una respuesta de tensión: Se habla de situaciones estresantes (Colmes y Rahe, 1967, en Sánchez, 2003), desde el modelo Internalista el estrés es la respuesta del organismo a las demandas de la situación. Se habla de respuestas estresantes (Selye, 1956 en Sánchez, 2003) y según el modelo Interaccionista sería la interacción entre la situación y las características del individuo. Se habla de experiencias de estrés (Lazarus y Folkman, 1986 en Sánchez, 2003).

Según un estudio realizado por el Centro de estudios de la Mujer, el ingreso de la mujer al trabajo remunerado aunque sea en una posición segregada, agrega motivos de estrés, ya que necesitaría cambiar las formas de distribuir y organizar el trabajo social y asumir la responsabilidad social de la maternidad, también afirman que el tiempo libre que tienen las mujeres lo utilizan para trabajos domésticos y de cuidado, a diferencia de los hombres que el tiempo libre del cual disponen lo invierten en su desarrollo personal, capacitación o vida social, y esto aumenta la brecha que existe entre ellos y el estrés, a diferencia de las mujeres que desean desarrollarse no disponen del tiempo para hacerlo, provocándoles estrés. (Centro de Estudios de la Mujer, 2002).

Según Enrique Jadresic (2005) autor junto a Eduardo Correa (2005) del libro Psicopatología de la Mujer, en una entrevista explica porqué las mujeres son más susceptibles al estrés:

Las mujeres, en promedio, son más reactivas a los estímulos negativos y eso las hace más vulnerables a la mayoría de los trastornos que comprometen las emociones. El estrés las afecta más a ellas porque tanto su sistema nervioso autónomo como sus ejes neuroendocrinos son más sensibles. Pero también dentro de cada género hay personas más susceptibles. Estudios muestran que ciertas mujeres son más sensibles que el resto a los cambios hormonales. (Clínica las Condes, 2005).

Según Adela Fusté Escolano (2003), en el libro “Mujer y Salud, Familia, Trabajo y Sociedad”, en el capítulo Personalidad y Salud indica que;

El estrés comienza a ser peligroso cuando los niveles de cortisol suben vertiginosa y constantemente y se mantienen altos. Es entonces cuando la competencia inmunológica puede verse afectada, pues ya hemos visto anteriormente los efectos inmunodepresores del cortisol.

Más aun cuando frente a las demandas del ambiente evaluadas como desbordantes, la persona decide que no dispone de estrategias de afrontamiento y, por lo tanto, solamente le queda resistir o soportar el estrés. Desde el punto de vista psicológico, los efectos más importantes tienen que ver con la depresión, la indefensión, la pasividad, y la no percepción de control. Desde un punto de vista más fisiológico, la inmunosupresión y la sintomatología gastrointestinal son sus efectos más notables (Sánchez, 2003, p.55).

La World Federation of Mental Health declaró en 1996 que “a menudo el estrés psicológico de las mujeres tiene orígenes sociales; la discriminación contra las mujeres en el empleo, la educación, la distribución de alimentos, el acceso a la salud, y los recursos para el desarrollo económico, las torna vulnerables a la violencia física y sexual, los trastornos psiquiátricos y el estrés psicológico” (Correa, Jadresic, 2005, p.23). Sin dejar de mencionar que son en un importante porcentaje las que realizan las labores domésticas. (CEPAL, Serie Mujer y Desarrollo N°112), labores que por lo general deben realizarse después de las horas de trabajo, y en un corto tiempo.

2.9.- Economía del cuidado

Para definir economía de cuidado utilizaremos un extracto del trabajo realizado por Corina Rodríguez Enríquez consultora de la Unidad Mujer y Desarrollo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), quien dice en su texto Economía del Cuidado y Política Económica; Una Aproximación a sus interrelaciones;

La economía del cuidado refiere al espacio donde la fuerza de trabajo es reproducida y mantenida, incluyendo todas aquellas actividades que involucran la crianza de los niños, las tareas de cocina y limpieza, el mantenimiento general del hogar y el cuidado de los enfermos o discapacitados. La reproducción social de las personas es un proceso material y moral. Requiere bienes, mercancías, servicios, trabajo y amor. (Rodríguez, 2005, p.6).

Según esta definición y con los temas anteriormente tratados vemos que la economía del cuidado está a cargo o en manos de las mujeres, ya que

mayoritariamente son las mujeres las que se ocupan de estas tareas en un hogar. El cuidado de los hijos está principalmente a cargo de las mujeres, así como el cuidado de los enfermos y discapacitados. Según una encuesta realizada por la CEPAL en el marco de una investigación para la división de asuntos de género sobre la distribución del tiempo de trabajo doméstico no remunerado según sexo en ciudades de América Latina, arroja resultados como; México es el país donde hay menos participación de los hombres del trabajo doméstico no remunerado con un 20% de participación de los varones, en relación a un 80% de participación de las mujeres, Chile es el segundo país con más baja participación de los varones en las actividades domésticas, con un 22% de participación en relación a un 78% de participación de las mujeres.(CEPAL, Serie Mujer y Desarrollo N°112).

El Gobierno de Chile junto con Fundación Cultura Salud-EME lanzaron una campaña que promociona la corresponsabilidad del cuidado de los hijos, esta iniciativa es para que los padres se incluyan en el cuidado de sus hijos, con el nombre de "Paternidad: amor, presencia y compromiso de padre", no es solo una iniciativa de Chile, ya que se conoce en otros países de América Latina, Asia, Europa y África (Men Care), la idea promueve que los hombres se comprometan más con el cuidado diario que requieren los hijos, donde se establezca un buen trato y que además sea una tarea equitativa con su pareja. (Fundación Cultura y Salud EME, 2013).

Esto se hace necesario en el marco que la mayor carga de trabajo en el cuidado de los hijos lo lleva la mujer, esta idea también es reforzada por el contexto cultural y también gubernamental, según la CEPAL:

En este contexto, y a pesar de la importante “salida” de las mujeres al trabajo remunerado, se observa que la institucionalidad vigente fortalece el modelo según el cual la responsabilidad sobre el cuidado del hogar y de los hijos y de las hijas sigue recayendo más fuertemente sobre las mujeres que sobre las parejas. En efecto, la normativa da cuenta de este fenómeno al concentrar las licencias para cuidado infantil, los subsidios por maternidad, e incluso la disponibilidad de guarderías asociadas al trabajo de las mujeres. Si bien es indudable que tal patrón responde a una pauta cultural de las sociedades latinoamericanas, el hecho que el Estado la refuerce por medio de la legislación y las políticas, y asigne a las mujeres una doble función en el mismo acto en el cual regula las relaciones entre trabajadores/as y empleadores/as es por demás significativo (Pautassi, Faur y Gherardi, 2004, p.12).

No solo el cuidado de los hijos recae sobre las mujeres, también el cuidado de los enfermos y discapacitados. Históricamente se sabe que es la mujer quien ha estado asociada al cuidado de los enfermos, a la medicina natural, a la curación a través de las plantas y hierbas, antiguamente fueron llamadas brujas por utilizar estos elementos e impartir salud y calmar el dolor. Diana Stein en su libro “ La Espiritualidad Femenina” (Carrillo, S. 2004) habla sobre esta práctica de las mujeres de antaño, donde eran llamadas Chamanes, curanderas, sacerdotisas, era un arte practicado por la mujer que posteriormente fue usurpado por los varones a partir del advenimiento del patriarcado llamándolas brujas.

El reconocimiento legal de las mujeres como trabajadoras se refuerza con su consideración como cuidadoras casi exclusivas de sus hijos e hijas, como también de sus padres o madres ancianos o de algún miembro enfermo del hogar.(Comisión Económica Para América Latina, 2007).

Las mujeres como cuidadoras de la familia, este rol de cuidadora de la salud de los demás, de los ancianos, hijos, enfermos y discapacitados, también las lleva a descuidar su propia salud, por falta de tiempo y muchas veces por priorizar a otros seres queridos.

En el debate de las Jornadas Feministas del año 2000 organizada por la FOFPE (Federación de Organizaciones Feministas del Estado Español), se habló sobre las cuidadoras familiares o informales, que son las personas que se dedican al cuidado de sujetos con dependencia o discapacidad, en un 85% de los casos son mujeres que se ocupan de este papel, el rol de cuidadora se caracteriza por una limitación de intereses, es decir, no tener tiempo de cuidarse o para sí misma y es un rol socialmente poco reconocido. (Universidad de Castilla la Mancha, 2000).

2.10.- Autocuidado y falta de cuidado

Sin duda que para todos el tener una buena salud es un ideal, sin embargo para ello se requiere tener ciertos cuidados, es decir, llevar a cabo ciertas acciones que nos permitan gozar de una buena salud, los cuidados que nos brindan desde la más temprana infancia con una alimentación equilibrada, las vacunas necesarias a cada edad, controles médicos periódicos, etc. Son cosas que se van aprendiendo en el transcurso de la vida, primero el cuidado que

nuestros padres nos dan cuando somos infantes, en la adolescencia comenzamos a hacernos partícipes de ésta en conjunto con nuestros padres, y ya en la juventud y adultez somos los únicos responsables de nuestra salud. También se hace necesario mencionar que hay factores que influyen en ésta como son; contexto personal, familiar, laboral y social (Sánchez, 2003). Dentro del contexto personal están factores hereditarios, genéticos y ambientales que pueden influir en una buena salud o en una enfermedad, en los factores familiares asociados a la mujer encontramos la violencia ejercida en algunos casos, la recarga de trabajo y falta de tiempo como factores desencadenantes, dentro del contexto laboral los factores a los cuales se ve expuesta como trastornos músculo esqueléticos, cáncer y enfermedades relacionadas con la calidad del aire dependiendo del lugar donde se desempeña, ya que hay profesiones y oficios donde están más expuestas, turnos variables y sobrecarga de trabajo, y en el contexto social se puede mencionar la pobreza (Sánchez, 2003). Todos estos factores influyen en la salud de cada mujer, algunos no son factibles de modificar o cambiar ya que están asociados a la condiciones socioeconómica o factores hereditarios, sin embargo son controlables en algunos casos. La mujer además debe cuidar de su salud sexual y reproductiva que requiere de una dedicación especial ya que a diferencia del hombre se ve expuesta a diversos elementos que la afectan más producto de la diferencia que existe en términos fisiológicos, ya que se debe lidiar a temprana edad con malestares o enfermedades como síndrome premenstrual, fertilidad e infertilidad, trastornos ginecológicos, posibles riesgos en los embarazos. Además de los problemas que se van presentando en el ciclo vital de la mujer, nos referimos a la menopausia, riesgos y beneficios de la terapia hormonal sustitutiva, enfermedades músculo esqueléticos que son predominantemente femeninos como la osteoporosis, artritis y demencias seniles ya que las mujeres

viven más años que los hombres y por ello están más expuestas (Sánchez, 2003).

El autocuidado tiene que ver con la autoestima, así lo menciona la Doctora Pilar Sánchez en un artículo llamado Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres escrito para la revista *Psicothema*. “Por tanto, la autoestima parece relacionarse claramente con la salud mental y en gran medida con la salud física” (Sánchez, López, García, Dresch, 2006, p.589)

La noción del cuidado de sí está constituida no solo por la relación que establecemos con el cuerpo sino también con los otros y con nuestro entorno. Este proceso se estructura sobre tres líneas de evolución que, según Foucault, se actualizan como práctica de uno mismo. Estas son: la dietética, o sea, la relación entre el cuidado y el régimen general de la existencia del cuerpo y el alma; la economía, que hace alusión a la relación entre el cuidado de uno mismo y la actividad social; y la erótica, que consiste en la relación entre el cuidado de uno mismo y la relación amorosa. (Scielo, 2009).

El cuidado de la salud como ya se mencionó requiere ocuparse de factores personales, sociales, familiares y laborales y esto no solo requiere recursos económicos y de tiempo si no que también de una buena autopercepción.

Por otra parte el descuido de la salud significa por los motivos que sean obviar todos los factores antes mencionados, y mucha veces con muy buenos argumentos, ya que en su calidad de mujeres con roles múltiples se hace más

difícil darse un tiempo para ocuparse de las propias necesidades, especialmente en el rol de cuidadoras.

Las consecuencias de ser mujeres cuidadoras se reflejan en el descuido de la salud y muchos otros factores, como por ejemplo la relación de pareja, por la falta de apoyo por parte de éstos.

Las consecuencias de la prestación de ayuda en los cuidadores se ponen de manifiesto en numerosos estudios. Según la encuesta del CIS la percepción de los cuidadores es la siguiente: se reduce el tiempo de ocio (64%), cansancio (51%), no tener vacaciones (48%), no frecuentar amigos (39%), sentirse deprimido (32%), deterioro de la salud (28,7%), no poder trabajar fuera (27%), limitación de tiempo para cuidar a otros (26,4%), no disponer de tiempo para cuidar de sí mismos (23%), problemas económicos (21%), reducción de su jornada de trabajo (12%) y dejar de trabajar (12%). (Universidad de Castilla la Mancha, 2000).

2.11.- Pareja y apoyo

Desde hace muchas generaciones atrás se conoce que el rol de mujer dentro de un matrimonio o pareja está relacionado con la crianza de los hijos y la organización y funcionamiento del hogar (Coddou, Méndez, 2002), y la del hombre es ser proveedor de esta familia, es decir, los asuntos de trabajo, negocios y obtención del dinero eran de exclusiva responsabilidad de él (Coddou, Méndez, 2002), con estos roles tan bien definidos parece que no hay problema alguno, cada uno sabe que debe hacer, esto hace algunas décadas atrás, ahora es distinto la mujer de hoy trabaja, estudia y quiere desempeñarse activamente en todos los ámbitos que desea, es dueña de su cuerpo, es decir,

puede controlar su fertilidad, cosa que antes no podía, lo que no le permitía planificar su vida en términos de estudios, trabajo y pareja. La mujer de hoy se inserta en el ámbito laboral con éxito, en la educación y especialización, en la política, y sin dejar sus roles generacionalmente reconocidos y definidos de dueña de casa, madre, esposa y cuidadora, por lo tanto la carga se hace bastante difícil. Lamentablemente el apoyo en las tareas domésticas y cuidado de los hijos, ancianos y enfermos, aun sigue en manos de la mujer y los hombres no se hacen partícipes de ésta. Según un estudio realizado por el SERNAM.

La división sexual de las tareas domésticas es nítida: generalmente las mujeres hacen ellas solas las tareas, sin apoyo de nadie, o son las principales encargadas y a veces sus hijos o sus parejas les ayudan. En el caso de los hombres se observa la función opuesta: no hacen casi nada en sus casas, o son colaboradores secundarios o miembros de hogares donde las tareas se hacen entre todos”. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2010).

La Ministra del Servicio Nacional de la Mujer en Chile, Señora Lotero Seguel King, el día 07 de noviembre en una exposición realizada en conjunto con la Universidad Adolfo Ibáñez llamo a compartir los roles entre hombres y mujeres para alcanzar una mayor participación de la mujer en el mundo del trabajo. (Servicio Nacional de la Mujer, 2013).

Existe una alta carga de trabajo que recae sobre los hombros de las mujeres, mucho de ese trabajo es para el cuidado y atención de su familia, en algunos casos no reciben ayuda, o la ayuda de que reciben es muy poco significativa en

relación a la cantidad de trabajo que deben desempeñar ellas, esto además es fomentado culturalmente.

III. METODOLOGÍA

Este estudio se enmarca dentro del paradigma interpretativo de investigación en ciencias sociales, que trabaja con la subjetividad y la construcción de significados de las acciones humanas (Guba, 1990). Su estudio se centra, en comprender la realidad del ser humano desde los significados de las personas observadas en el estudio y estudia sus creencias, intenciones, motivaciones y otras características no observables directamente ni susceptibles de experimentación, ni cuantificables.

3.1 Opción metodológica

Este estudio utilizó la metodología cualitativa de la información, la que permite trabajar desde los sujetos (Taylor y Bogdan, 1992). A través de una reducción de la realidad por medio de conceptos y relaciones entre conceptos. Los resultados y datos aparecen en palabras más que en números (Miles y Huberman, 1984, en Rodríguez, C. et al., 2005). Los procedimientos utilizados posibilitan la construcción de conocimiento sobre la base de conceptos. Son los conceptos los que permiten la reducción de complejidad y es mediante el establecimiento de relaciones entre estos conceptos que se genera la coherencia interna del producto científico (Krause, 1995, p. 21).

Los estudios cualitativos pretenden describir y analizar ideas de grupos, culturas y comunidades, incluso pueden ser muy amplios, abarcar la historia, geografía y los subsistemas socio-económicos, educativos, políticos, etc.

Diseño del estudio

Este estudio fue de corte cualitativo, con enfoque de la Grounded Theory de Glaser y Strauss en 1967, este enfoque consiste en “descubrir la teoría desde los datos a través de un método general de análisis comparativo” (Glaser y Strauss 1967, en Scribano A párr.18.).

El objetivo es poder producir una teoría en base a datos recogidos sobre temas sociales, psicológicos o culturales.

“Las conclusiones deben ser presentadas como un conjunto de conceptos interrelacionados, y no solo como una simple enumeración de temas” (Straus y Cobin, 1990, p.36).

3.2 Participantes

La población estudiada correspondió a mujeres trabajadoras que tienen múltiples roles. Los criterios de selección de la muestra fue de carácter intencionada, ya que se consideraron solo a aquellas mujeres trabajadoras, madres de diversas edades que están o estuvieron casadas.

Los criterios de exclusión se aplicaron a aquellas mujeres que no tienen, ni han tenido hijos, y que no tienen un trabajo remunerado.

En el muestreo se priorizaron a aquellas mujeres que llevan mínimo dos años como trabajadoras remuneradas y que estuvieran dispuestas a participar en la investigación.

3.3 Procedimientos.

El contacto con las participantes se llevó a cabo a través del acercamiento directo de la investigadora a la persona a quien se iba a entrevistar, previa

comprobación de los criterios de selección, en donde se le explicó a la participante de que se trataba el estudio y se le preguntó si deseaba participar en éste aportando con su vivencia, para grabar la entrevista se le pidió su consentimiento y la participante firmó un consentimiento de grabación.

La recolección de la información fue a través de una entrevista semi estructurada que se desarrolló a partir de las preguntas directrices. Dentro de los aspectos éticos de la investigación, cabe señalar la rigurosidad que se tuvo en la obtención y manipulación de los datos recogidos, así como la identidad de las participantes del estudio, ya que a cada una de ellas, se les explicó lo que buscaba el estudio, de cómo se haría, como se manipularían los datos, se les dio seguridad de la confidencialidad de los datos, así como de las respuestas y grabaciones que se realizaron, además se les leyó y se les pidió que firmaran una carta de consentimiento de grabación de las entrevistas.

3.4 Técnicas de recolección de información

Datos Verbales: La técnica de recolección de datos verbales fueron a través de una entrevistas realizada en base a las preguntas directrices y objetivos específicos del estudio, siendo grabadas y luego transcritas al papel para su posterior análisis. Las entrevistas se realizaron en el lugar de trabajo de cada una de las participantes, en una oficina cerrada donde solo se encontraba la entrevistada y el investigador.

3.5 Procedimiento de análisis de la información

Dentro de las técnicas de análisis de la información obtenida se procedió de la siguiente forma: Se realizó análisis de contenido desde el enfoque metodológico de la Grounded Theory, a través de codificación abierta, los datos

son fragmentados, conceptualizados y luego articulados analíticamente, los conceptos y categorías generados a través de la codificación, tienen carácter de hipótesis, que son contrastadas en momentos posteriores del análisis (Krause, 1995), para ello se utilizó la grabación de las entrevistas que fueron transcritas en forma textual al papel.

3.6 Criterios de rigurosidad

“Se refieren tanto al diseño de la investigación y recolección de datos, como al análisis de datos y a la elaboración y presentación de los resultados” (Krause, 1995, p.33). La credibilidad del estudio cualitativo es aportada por una entrevista semi estructurada, que en este caso fue de 21 preguntas desarrolladas a partir de las preguntas directrices, la idea es que el investigador a través de estas preguntas pueda responder con amplitud los significados, vivencias y conceptos de los participantes, también tiene que ver con la capacidad del investigador para comunicar el lenguaje, pensamientos, emociones y puntos de vista de los participantes de dicha investigación (Hernández y Fernández, 2006). Las mujeres participantes del estudio fueron abordadas por la investigadora de forma directa, invitándolas a participar previa explicación en que consistía el estudio, y los criterios éticos de los datos extraídos y como serían manipulados. Las entrevistas se llevaron a cabo en 4 días distintos, todas fueron aplicadas en sus lugares de trabajo.

La Consistencia o Dependencia del estudio está expresada en la prolija y exhaustiva recogida y transcripción de los datos que se hizo a través de la grabación de audio de la entrevista aplicada a cada una de las participantes del estudio, la grabación posteriormente es transcrita por la investigadora al papel en forma textual para luego ser codificada y dar paso a tres redes descriptivas y posteriormente ser expresadas en los resultados, donde se citan párrafos

textuales de cada una de las entrevistas, con número y párrafo para ser identificadas. Las entrevistas, codificación y resultados son también revisados por un observador experto, siendo éste la profesora guía de la investigación.

Como criterio de Confirmabilidad de la investigación y validez se adjuntan las transcripciones textuales de las entrevistas, así como grabaciones de audio, entrevista, análisis de caso y redes descriptivas, dando muestra de los registros, transcripciones textuales, y citas textuales de las participantes de la investigación, para confirmación de dicho criterio. Dentro de la investigación cualitativa el investigador se constituye en el principal instrumento de recolección de la información así como análisis de datos (Krause, 1995), se requiere de una serie de características de parte del investigador, como ser flexibles, porque así lo requiere el carácter inductivo de la metodología cualitativa (Taylor y Bodgan, 1986, p.20-21), también debe ver el escenario y a las personas a investigar en forma holística, es decir, tratar de comprender a las personas como un todo y en un marco de referencia de ellas mismas, además ser naturalista, o sea, actuar con las personas en forma natural y no intrusivo, tratar de suspender las propias creencias y predisposiciones (Taylor y Bodgan, 1986,p.20-21).

La Transferibilidad, consiste en el grado en que pueden ser aplicados los descubrimientos de la investigación a otros sujetos o contextos (Guba, 1990). Las participantes del estudio fueron invitadas a participar en esta investigación debido a la proximidad física de la investigadora al lugar de trabajo de las participantes, sin embargo, el interés también surge desde el punto de vista de que cumplían con los criterios seleccionados o sugeridos en el estudio, la factibilidad de las mujeres participantes para poder salir de sus lugares de trabajo, dejar sus labores para poder invertir un poco de tiempo en la entrevista, y el poder contar con el permiso de las jefaturas de las mujeres participantes

para realizar la entrevista sin problemas, todos estos elementos hicieron que fuera el escenario perfecto para esta investigación. La entrevista fue aplicada dentro del mismo lugar de trabajo, en el noventa por ciento de los casos fue un establecimiento educacional, se pudo realizar la entrevista en una oficina facilitada por las jefaturas del lugar, la otra participante fue entrevistada en su propia oficina. La muestra con la que se trabajó fue mayoritariamente mujeres trabajadoras de un establecimiento educacional, es decir, trabajan a diario con niños y ligadas a la educación, tienen un componente particular respecto a rol de cuidado, lo que podría de alguna manera representar la realidad de mujeres trabajadoras relacionadas con el cuidado de otros y educación de otros, o profesiones o servicios relacionados a estos componentes.

IV. RESULTADOS

Resultado descriptivos

Los resultados descriptivos expuestos corresponden al resultado del proceso de análisis de la codificación abierta para las ocho entrevistas semi estructuradas, realizadas a mujeres que cumplían con el criterio de selección, siendo éste, mujeres con múltiples roles. Se analizaron las entrevistas por separado, realizando primero el análisis intracaso para luego pasar a la construcción de redes descriptivas. El proceso, consistió en ubicar los conceptos relevantes de las entrevistas, los datos fueron ubicados en tres redes descriptivas, que contenían, seis familias, quince categorías, veintisiete subcategorías y ciento un códigos. A continuación se sintetizaron los principales resultados de la investigación, con extractos de los relatos de las mujeres entrevistadas en forma textual, es decir, con las mismas palabras utilizadas por las mujeres del estudio, para favorecer la comprensión.

4.1 Contexto general de las mujeres multirol

Las mujeres que participaron de este estudio, corresponden a mujeres que trabajan fuera de casa, en trabajos remunerados y que deben cumplir una serie de exigencias propias de la labor que desempeñan, de las ocho participantes de este estudio, cinco tienen un nivel socioeconómico medio bajo, dos de ellas tiene un nivel socioeconómico bajo, y solo una un nivel socioeconómico medio alto, por ser mujeres con múltiples roles se desempeñan como dueñas de casa, madres, esposas y trabajadoras, deben cumplir con ciertos horarios, comenzando su jornada a tempranas horas del día,

“Ya bueno, me levanto a las seis y media” (I; 4),

“haber suena el despertador a las cinco, como a las cinco y cuarto, cinco y media ya estoy ya en pie” (II; 1),

“me levanto a las seis de la mañana” (VIII; 1),

“ya lo primero que el reloj marca las cinco de la mañana me levanto” (VII; 1)

De igual manera deben llegar a sus casas después de cumplir su jornada laboral y seguir trabajando en los quehaceres propios del hogar;

“Después llego a la casa a revisar las tareas de mis hijas, hacer las labores de hogar” (V; 1)

“estoy llegando a mi casa como a las ocho y media, ehhh de ahí me fijo si mis hijos tienen tareas o no tienen tareas ehhh por lo general no tienen, o si no estudian para las pruebas nos preocupamos de eso si juegan un ratito de ahí cocino y una vez que cocino hago las camas, hago las cosas de la casa y preparo las clases que tengo que hacer para el otro día” (VIII; 1)

“muerta de cansa, llegar a la casa cocinar porque para traer para el otro día almuerzo y para que mi hija lleve a la universidad su almuerzo” (VII; 2).

Muy pocas cuentan con ayuda de terceras personas para cumplir con las labores domésticas, como una empleada o un familiar y generalmente la persona que les ayuda es otra mujer.

“generalmente me quedo dándome unas vueltas hasta que llega la nana” (I; 4),

“llego a la casa y me hago cargo de los niños, porque la persona que me los cuida se retira” (II; 2)

“mi mamá me cocina entonces eso para mí es una ayuda pero enorme porque no tengo que llegar después de todas las cosas que tengo que hacer gracias a dios no tengo que llegar a cocinar” (III; 3)

“tengo una persona que un día a la semana que me ayuda para hacer el aseo y planchar” (IV;4), “los días viernes, debo ser justa, tengo a una señora que me ayuda, que me deja hecho el aseo, lavado para el fin de semana” (VIII;2).

Para ellas el recibir ayuda, aunque sea solo cocinar representa un gran apoyo, ya que esto las libera aunque sea de una sola actividad que deben realizar, sin embargo, el solo hecho de no tener que llegar a cocinar lo valoran en términos de tiempo libre, de descanso, o en muchas ocasiones en tiempo para dedicar a otra de las innumerables actividades que deben realizar.

Todas las mujeres participantes de este estudio son madres, quienes velan por el cuidado de sus hijos y los ayudan en los quehaceres escolares, prestando atención y tiempo para esta actividad aun después de una larga jornada de trabajo, ya que sienten que es responsabilidad de ellas el estar presente en las tareas escolares y actividades propias del estudio de sus hijos, asumiendo esta actividad de los hijos como únicas responsables de esta labor;

“Bueno ahí hay que ver que si hay tareas, que si hay que hacer algo en el computador con ellos, que la impresión, que el material, que esto, esto y lo otro” (II; 2),

“llego a casa reviso cuadernos reviso tareas” (III; 1),

“después llego a la casa a revisar las tareas de mis hijas” (V;!),

Las actividades con y para los hijos van desde el transporte de éstos al establecimiento educacional;

“Luego a las, a las siete y media salimos al colegio” (I; 1),

“a las tres y media tengo que subir al colegio” (I; 1).

Hasta de las actividades recreativas donde potencian a sus hijos a realizar actividades extra programáticas o deportivas, teniendo que llevarlos, ir a buscarlos y estar preocupadas y presente en todas las actividades que los hijos desean realizar,

“Los fines de semana o sea hacemos más actividades extra programáticas, que vamos a andar en bicicleta, vamos al cine, nos gusta ver películas, o simplemente estamos todo el día acostados, de pijamas” (I; 10),

“eso es un día hay otro día que de acá termino de trabajar y tengo que pasar a buscar a mi hijo al colegio y también me lo llevo a la escuela de música porque trate de que coincidieran los dos en el mismo horario para ir un día” (VI; 1),

“yo los llevo al cerro” (VIII; 6).

Se observa además que todas las mujeres priorizan el vínculo con sus hijos a través de la conversación, atención y cuidado de éstos, son ellas quienes están pendientes de las necesidades de los hijos y de saber qué les pasa.

“Conversamos en los ratos así vacíos que nos quedan así cuando no tienen clases particulares conversamos hartito” (I; 10),

“nos venimos y nos tiramos aquí en la cama, los tres los dos hijos y yo y regaloneamos un rato y estamos ahí jugueteando” (II; 7),

“ehhh conversar con mi hija mas chica preguntarle cómo le fue que tal que problemas tiene” (III; 1),

“yo comparto mucho, comparto mucho con mi hija conversamos, o le pregunto cómo le fue y ella también” (VII; 6).

No solo la educación de sus hijos es un tema prioritario para las mujeres del estudio, la recreación, la alimentación, y salud de los hijos también es un tema relevante, la salud de los hijos la ven como la necesidad de preocuparse a través de la alimentación, la higiene y los controles médicos periódicos, este tema de la salud no es menor en términos de preocupación, ya que si es necesario dejarán de trabajar, por cuidar de los hijos, o bien sacrificarán su propia salud y bienestar por cuidar de ellos, invirtiendo una gran cantidad de tiempo en estos quehaceres.

“Ehh, bueno de la salud de ellos me preocupo hartito, ellos cada uno tienen su carpetita con sus últimos exámenes” (I; 11),

“mira yo siempre ando pendiente por ejemplo del tema de la higiene , que del cloro, que desinfectar, que desinfectar los enchufes, y de todas las cuestiones así, de las vitaminas, yo ando preocupada de que se tomen las vitaminas, del juguito de fruta, por lo menos el fin de semana cuando están conmigo” (II; 8),

“estoy tratando de eso de que la alimentación sea sana de hecho mi hija nunca ha probado la carne de pollo hasta ahora ella tiene dos años seis meses en ese aspecto me preocupo de ella no le aplico sal a sus comidas no le hecho azúcar a nada trato de comprarle galletas que sean sanitas” (IV; 8),

“primero que todo con el tema de la alimentación nos preocupamos que estén bien alimentados” (VIII; 7).

Con la gran cantidad de actividades que deben realizar y como es de suponer la exigencia que ellas mismas se autoimponen de hacer todas las cosas bien, a pesar de su propia salud o bienestar

“Porque una mujer sola, es que sabís que, todas las mujeres solas hacen lo mismo y tres veces más también, pero ya llega un nivel de costumbre que tu no tenís otra opción, entonces te acostumbras a sentirte bien físicamente aunque uno ande con las patas a la rastra, que no vayas al dentista en dos años hasta que te dolió la muela” (I; 34),

“no soy súper mamá, no soy, soy y hago mis esfuerzos para mejorar en todo ámbito de cosas, sé que tengo que mejorar la calidad de la comida, sé que tengo que tener más paciencia con mis hijas, sé que tengo que tener más tiempo para mi esposo y la verdad es ésta y tengo que aspirar a ir mejorando” (V; 24).

De esta manera y por la gran cantidad de actividades como parte de sus roles la salud de las mujeres se deteriora en lo físico y mental, sin tiempo ni dinero muchas veces para visitar a un médico o psicólogo, o hacerse los chequeos médicos y exámenes que exige una conducta de auto cuidado.

4.2 Percepción de la salud física de las mujeres con roles múltiples.

La siguiente red descriptiva da cuenta de las conductas que tienen las mujeres participantes del estudio respecto a su salud física, tanto conductas consideradas de cuidado y falta de cuidado de la salud. La primera familia sobre conductas consideradas como cuidado de salud física, se divide en dos categorías que son; autocuidado y conductas indicadas externamente, de ahí se desprende a su vez dos subcategorías, dentro de las conductas de autocuidado, están las conductas tradicionales y las conductas alternativas (fig. 1)

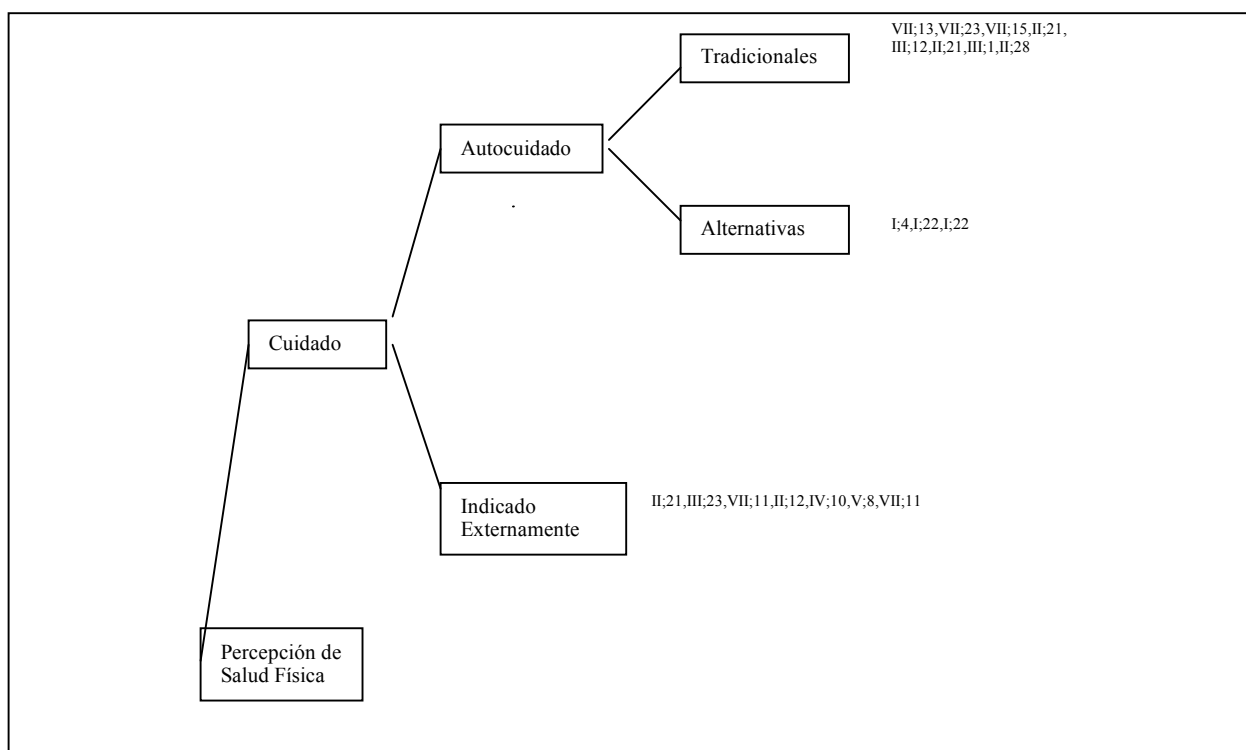


Fig. 1, Red descriptiva Nro.1 percepción de la salud física, familia cuidado, subcategorías autocuidado e indicado externamente.

Esta primera familia denominada como conductas de cuidado de la salud física, se refiere a todas aquellas conductas que tienen las mujeres del estudio, sobre el autocuidado y conductas indicadas externamente por un especialista para el cuidado de su salud física, esta familia fue dividida en conductas de autocuidado tradicionales refiriéndose a todas aquellas acciones realizadas para su autocuidado y protección de la salud, tanto en la alimentación, cuidado del cuerpo y chequeos médicos indicados, a pesar de que no se observa una gran cantidad de conductas de cuidado, lo que llama profundamente la atención considerando que hay un conocimiento de tipo colectivo de que es de gran importancia la salud de la mujer en términos de salud reproductiva y preventiva, las mujeres participantes del estudio no manifiestan llevar un control estricto al respecto. Dentro de una conducta tradicional de autocuidado encontramos la preocupación en la alimentación y consumo de semillas saludables, así como el consumo de vitaminas;

“Bueno al desayuno como fruta, eh hh como un pedazo, ee hh la mitad de la mitad de una marraqueta con palta o con alguna cosa, eee hhh tomo leche y me vengo a trabajar a medio día me como una fruta a media mañana, después viene el almuerzo después viene otra colación y después viene una once cena, eso es ahora” (VIII; 13)

“bueno mira como, como impajaritadamente independiente de lo apurada o no apurada que este, yo en la mañana me tomo mis semillitas de la chía, del

sésamo, todos los días, las vitaminas c, el remedio del eutirox esas son como cosas que tengo que hacer para andar bien” (II;21)

“los martes jueves y viernes no alcanzo a almorzar porque termino esta labor y me voy inmediatamente a hacer mis clases de deporte y me tomo la vitamina, esa vitamina antes de empezar la clase me tomo la vitamina y después me como una fruta y llego a la casa y me como una ensalada eso” (III;12).

No menos importante es la actividad física recomendada por los especialistas para el correcto cuidado de la salud física de las personas, en este ámbito nos encontramos que las conductas de autocuidado de las mujeres participantes del estudio es bastante menor a lo recomendado para el bienestar, dentro de este aspecto tenemos una actividad física menor, y ejercicio físico;

“Eh estoy haciendo una pequeña pero ínfima rutina de unos ejercicios en la mañana y lo hago todas las mañanas, para tratar de estar bien” (II; 21)

“tengo que admitirlo me ayuda y mucho deporte sobre todo en esta fecha, es súper buena sabes que mira lo mejor es hacer baile entretenido que vengan a mis clases” (III; 28).

Como conductas de autocuidado alternativos tenemos el baile y masajes, que son conductas mencionadas por las mujeres del estudio.

“y tres veces a la semana tenemos el baile árabe, ehh hay uno que es a las seis y otro a las siete, el de seis es de seis a siete y el de las siete a diez de la noche llego a las diez y media un cuarto para las once, me ducho y me acuesto”(I;4)

“masajes que pueden ser descontracturantes, de relajación, lo tome más que nada, más que un masaje reductivo lo tome como masaje de relajación me hace súper bien, lo tome así, y eso lo hago dos veces a la semana. Si súper bien sin eso en realidad creo que no podría vivir (ríe), entonces los días que no voy al baile me hacen los masajes” (I; 22).

Las conductas de cuidado indicadas externamente por un profesional de la salud para el cuidado de las personas, no muchas veces son seguidas correctamente como se indican, esto contribuye a no mejorar una posible enfermedad o bien al correcto cuidado del cuerpo y la salud, es por ello que se tomaron en cuenta las conductas mencionadas por las mujeres que dan cuenta de que siguen las indicaciones como una conducta importante de autocuidado, aquí nos encontramos con conductas codificadas como; toma de medicamentos, y sigue las indicaciones médicas;

“Las vitaminas c, el remedio del eutirox esas son como cosas que tengo que hacer para andar bien” (II; 21)

“de esa forma en realidad hoy día estoy tomando algún medicamento para estabilizarme emocionalmente nunca pensé que iba a llegar a tomar eso” (III; 23)

“estuve con antibióticos estuve las dos semanas con jarabe para la tos me sacaron unas radiografías y ahora estoy con unas vitaminas, estoy tomando calcio y tiene una vitamina c de mil y otra vitamina antioxidante” (VII; 11)

“fui al cardiólogo, me revisaron, todo lo demás, me hicieron un examen y me dieron los anti inflamatorios” (II; 12).

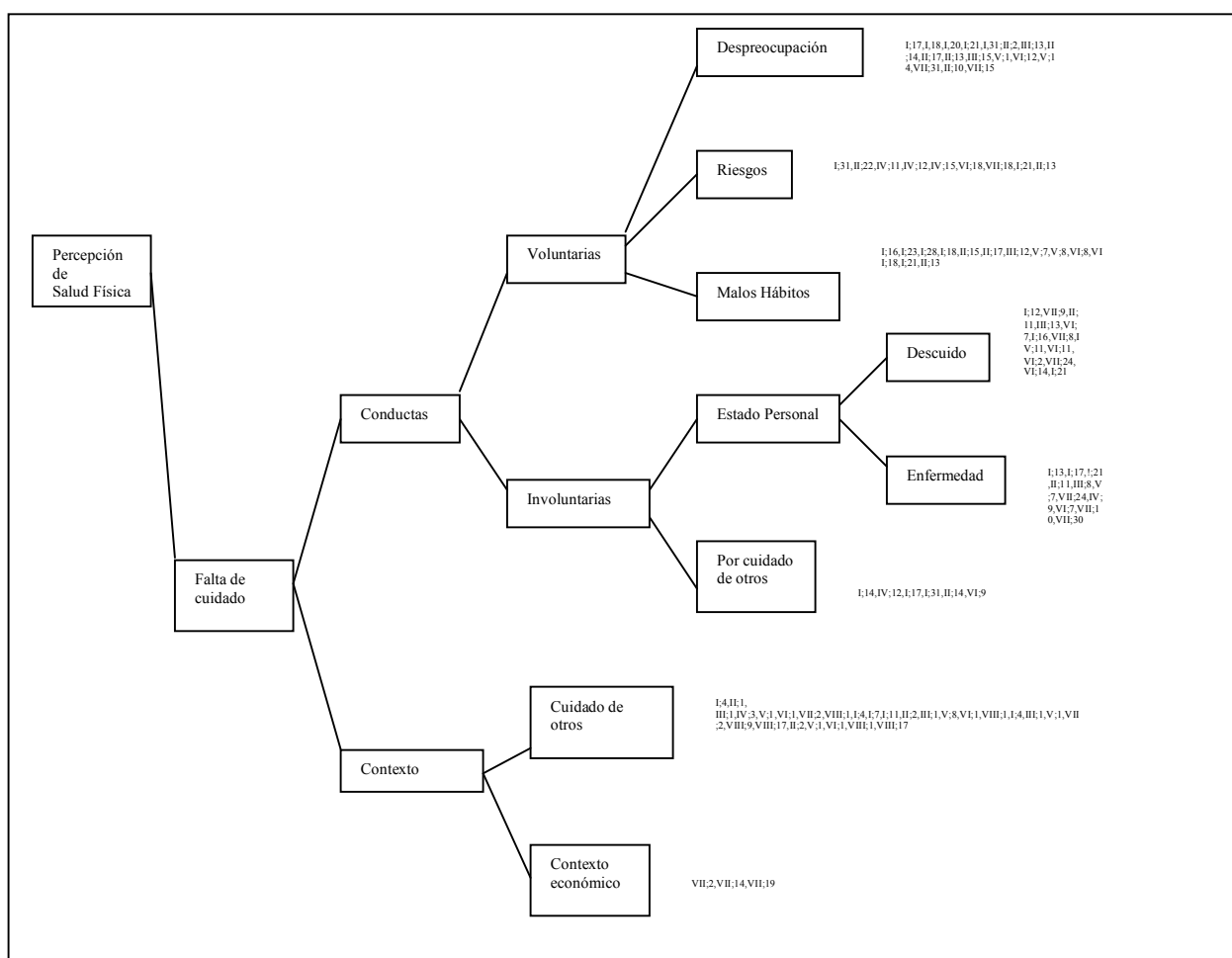


Fig. 2, Red descriptiva Nro1. Percepción de la salud física, familia; falta de cuidado, categorías conductas y condiciones de influencia.

Dentro de la familia de conductas de falta de cuidado, nos encontramos con dos categorías, conductas y contexto, en la categoría conductas nos encontramos a su vez con dos subcategorías; voluntarias e involuntarias de falta de cuidado,

en las conductas voluntarias nos encontramos tres subcategorías, que son de despreocupación, de riesgo y por malos hábitos. Es importante mencionar que fueron encontradas más conductas voluntarias de falta de cuidado que de conductas de cuidado, lo que llama poderosamente la atención, que las mujeres del estudio tengan conductas de descuido como no seguir las indicaciones médicas, que se despreocupen en su alimentación, y que reconozcan una deficiencia de salud como conductas voluntarias es decir, que tengan claridad de que son conductas perjudiciales para su salud, sin embargo lo siguen haciendo.

En el código; no sigue indicaciones médicas, vemos claramente que estas mujeres hacen caso omiso a las indicaciones dadas por los especialistas de la salud, y están además consciente de ello.

“Mmmm, un día laboral cualquiera, tomo mi desayuno sagrado, que todos los nutricionistas me han dicho que no puedo hacerlo, pero bueno, tengo que tomar ese desayuno porque si no lo tomo encuentro que no he tomado nada” (I; 18)

“si claro de hecho por eso me dicen que no bajo de peso, o sea tendría que comer cada dos hora, acelerar el metabolismo, etc. pero al final hago caso omiso a todos los miles de nutricionistas, claro” (I;20).

Otro tema importante es con la alimentación, ya que reconocen no estar muy preocupadas de alimentarse bien, ni de los horarios en que lo deben hacer, aun sabiendo la importancia de ello, no lo ven como una necesidad, es por ello que se creó el código; reconoce despreocupación en la alimentación.

“O sea definitivamente un desorden, pero, hay otra cosa, o sea que yo no estoy muy preocupada del tema de la comida, me tengo que concientizar de que tengo que alimentarme bien, que no puedo comer puro pan, de que entonces así, pero así como sentir esa necesidad de comer no porque a veces son las cinco de la tarde y no he almorzado y pasa nada, yo sé que no me hace bien, pero no me complica” (II; 17)

“yo o sea de hecho yo se que, que debería traerme mi viandita con la comida cada cuatro horas y ayudaría a mi tiroides también pero no lo hago se que debo reforzar esa área y siempre estoy pensando en eso porque necesito comer más veces al día y comer de manera ordenada, pero no lo hago estoy súper consciente que estoy mal en eso” (III; 13).

Así como la despreocupación en la alimentación no lo reconocen como un tema relevante para su salud, ni como una necesidad, sí están conscientes que tienen deficiencias de salud como lo expresa otro código de la categoría despreocupación,

“La ultima vez, no sé porque yo me enfermo harto (ríe), ¿La ultima vez? (...) ¿Así como fuerte, fuerte o cualquier cosa?” (II; 10).

“por eso fue que me empecé a... yo creo que me enfermé, comía mal, comía pésimo, pésimo, pésimo, porque nunca hago un plato de comida de casa, jamás porque a veces no tenía tiempo de hacer, solamente los fines de semana” (VI; 15).

También tenemos la subcategoría de conductas de riesgos, es decir, conductas que abiertamente atentan contra su salud y que son voluntarias, aunque parezca extraño ver que una persona atente contra su propia salud, muchas de estas mujeres lo hace con pequeñas conductas que son catalogadas de riesgo, ya que voluntariamente deciden no tomar una licencia médica en caso de enfermedad, comer en exceso, no comer suficiente, no realizar los chequeos médicos indicados, retrasar la toma de exámenes indicados y auto medicarse, éstas conductas son los códigos de esta subcategoría.

Basadas en su criterio y haciendo caso omiso a lo recomendado por un profesional de la salud, una de las mujeres del estudio simplemente decide como el código dice; rechazar la licencia médica.

“Ahh No, no no porque lo de la depresión, nunca me tome licencia porque lo encuentro punto uno un cacho la licencia, y dos es que encontraba así ultimo que te invalidaran, o sea que te invaliden por algo que te está pasando en la cabeza” (I; 31).

Muchas veces las conductas de riesgo tomadas por las mujeres están basadas en emociones, como no desagaviar a un familiar, o simplemente como forma de afecto o aceptación, una de las mujeres del estudio dice que; come en exceso.

“Pero obviamente el me prepara un tremendo pedazo y yo llevo un cuarto y yo ya no quiero más, entonces, pero como la hizo con tanto cariño, que me la termino comiendo toda igual porque yo digo pucha la cuestión, y eso es mental, porque tampoco es saludable para mí porque yo se que el estomago me queda

muy pesado, duermo mal al otro día me levanto como el forro, entonces eso es poco saludable” (II; 22)

En oposición al ejemplo anterior, otra de las mujeres del estudio dice que; no come lo suficiente, y que se mantiene en constante bajo peso, lo que también es tomado como una conducta de riesgo.

“Entonces siempre estoy con esa lucha de tratar de tener todas mis comidas yo soy muy buena para comer pero no como lo suficiente” (IV; 11).

Los controles médicos periódicos son una conducta recomendada por los especialistas de la salud para detectar cualquier tipo de problema y poner un tratamiento adecuado antes de que se agrave alguna situación de enfermedad, es así como la salud ginecológica es un tema sabido y asumido por la mayoría de las mujeres, se les enseña a muy temprana edad que deben tener controles y realizar una serie de exámenes, o bien si ya tienen hijos o iniciaron una vida sexual activa, sin embargo nos encontramos con que este punto es otra conducta de riesgo en las mujeres del estudio, ya que según el código; no realizan chequeos médicos.

“Y en ese caso no se ha dado entonces lo hemos ido postergando como hace tres meses de ir al ginecólogo” (V; 15)

“ahora me lo hice la semana pasada, aproveche también el tiempo de chequear a los niños y hice mi chequeo que el año pasado no me hice, entonces ocupe las ordenes del año pasado para hacérmelas ahora” (I; 21).

Otra conducta de riesgo encontrada dice relación con la automedicación, como una manera de no inhabilitarse en los quehaceres diarios y seguir la rutina diaria sin tener que verse interrumpida, deciden antes de presentar un cuadro de enfermedad, tomar algún tipo de medicamento no prescrito por un médico y seguir adelante con su trabajo profesional, del hogar y como madre.

“Cuando yo ya siento que me, que me estoy un poco complicada me tomo una de esas pastillas de antiácidos y seria, y se paso, antes eran bastante inhabilitante, porque eran tres días vomitando y entonces ahora no poh, o sea me enferme como más liviano me tomo una pastilla y listo” II;13.

Nos encontramos también con la subcategoría de malos hábitos, es decir, conductas entendidas perjudiciales para la salud y que sin embargo igual se realiza en desmedro de la salud física, dentro de esta subcategoría de malos hábitos tenemos conductas como fumar, saltarse comidas, comer comida chatarra y no realizar ejercicio físico.

Otro código ingresado es; fuma, como conducta voluntaria de mal habito.

“Pero yo encuentro que estoy súper bien, exceptuando que tendría que dejar de fumar, porque entonces me da como una tos media pesa que es de cigarro” (I; 16).

El saltarse comidas es otro código que hemos categorizado como de mal habito, ya que según las propias mujeres del estudio, esta conducta no es óptima e intentan no seguirla sin embargo igual la encontramos en las entrevistas.

“Llego a la escuela, trato de tomarme un tesito entre las ocho y media y las once de la mañana, con un pan ojala con palta y a veces pasa rato como no llevo almuerzo tengo que o ir a comprar o mandar a comprar, a veces no compro ninguna cuestión, me como unas galletas porque tampoco me gusta andar molestando para que me vayan a comprar comida” (II; 15).

En algunas ocasiones las mujeres del estudio se ven obligadas por la falta de tiempo y exigencia de otras labores a comer lo que está al alcance, en términos de tiempo y rapidez, no siendo las más recomendadas ni más saludables, es por ellos que esta conducta está en la categoría de malos hábitos con el código; come chatarra.

“Bueno la comida chatarra que como, si cien por ciento es poco saludable” (VI; 17).

La falta de tiempo y de recursos económicos muchas veces no les permite acceder a una rutina diaria de ejercicios o deporte en un lugar especializado como un gimnasio o club deportivo, aun cuando muchas manifiestan el gusto, la necesidad y el querer hacer algún tipo de actividad física, es por ello que también hemos incluido el código; no realiza ejercicio físico, como conducta de mal hábito.

“No hago ejercicios y me gustaría mucho hacerlo porque sé que me ayudaría mucho mentalmente físicamente no tanto pero jajaja mentalmente me ayudaría” (IV;17).

La categoría de conductas involuntarias, hace referencia a aquellas conductas que las mujeres del estudio tienen a pesar de ellas, es decir, actividades que deben realizar ya que no hay otra persona que las haga, o bien porque son asumidas por ellas mismas como la única persona que puede hacerlas, también a aquellas conductas no meditadas, no pensadas, simplemente realizadas producto de la gran cantidad de actividades y que muchas veces son pasadas por alto. Tenemos dos subcategorías que son de estado personal y por cuidado de otros, en estado personal se vuelva a abrir esta subcategoría generando dos subcategorías más que son; descuido y por enfermedad, en descuido tenemos códigos como; desconocimiento de la propia salud, minimización de los problemas de salud, exceso de peso, bajo peso, cansancio, estreñimiento y comer tarde.

En la subcategoría de descuido, tenemos como primer código; desconocimiento de la propia salud, al momento de preguntarles por su salud, o por las enfermedades que han tenido en el último año, muchas no recuerdan, sin embargo en la medida que la entrevista se llevaba a cabo iban recordando no una sino varias enfermedades que habían padecido.

“¿Haber a ver, la última vez que me enferme eh mmmm la última vez que me enferme...? Chuta no me acuerdo, no sé, ¿haber que cosas he tenido últimamente?, uy no sé, no tengo idea, o sea, haber el año pasado que fui a un control del azúcar que estaba bien, no parece que no, ósea algún resfriado pudo haber sido, alguna gripe que no tengo memoria, ah ah la salmonella, ah no pero eso fue el año pasado” (I; 12).

Otra conducta de descuido que se codificó fue; minimiza problema de salud, ya que algunas de las mujeres entrevistadas ven un episodio de enfermedad como algo normal, común o sin importancia, siguen adelante con sus actividades no tomando en cuenta el dolor, el malestar, o síntomas no menores de una posible enfermedad que les aqueja.

“Mmmmm (...) No sé lo que ocurre es que yo a veces tengo episodios, a veces por ejemplo episodios estomacales que ya son como parte de la vida, o sea yo ya no los considero enfermedad me entendí, que me hace mal algo que vomito un rato, que me siento mal y al otro día estoy regio, no lo considero como enfermedad” (II; 11).

El exceso de peso es otro código de esta subcategoría de descuido, ya que éste es otro problema de salud que las mujeres del estudio dicen tener y que por lo demás admiten que es por el desorden en las comidas, por no seguir las recomendaciones de los especialistas de salud y por no tener horarios fijos para alimentarse.

“Súper bien (risas), oh yo encuentro que estoy tan bien, me parecen que de mis niveles fijate de azúcares y triglicéridos de eso encuentro que estoy bien, excedida en peso, si por el tema que deje de fumar como unos meses y con el tema de la ansiedad me dio por comer, pero yo encuentro que estoy súper bien, exceptuando que tendría que dejar de fumar” (I; 16).

Por contraparte al código anterior, está el código; bajo peso, que también responde a las conductas de saltarse comidas o no comer suficiente.

“No, no me enfermo habitualmente mmm ehhh lo que pasa que la salud la veo mucho por mi peso y eso es lo que a lo mejor a veces dudo que no esté bien, porque tengo una estatura de 1,72 estoy pesando 59, entonces siempre estoy con esa lucha de tratar de tener todas mis comidas yo soy muy buena para comer pero no como lo suficiente” (IV; 11).

Es de suponer que con la gran cantidad de actividades que desempeñan las mujeres del estudio, las tempranas horas que deben comenzar su jornada, y la exigencia impuesta por ellas mismas y por el medio, que esté presente en ellas el cansancio, como dice el siguiente código; cansancio.

“Seis de la tarde, muerta de cansa, llegar a la casa, cocinar porque para traer para el otro día almuerzo y para que mi hija lleve a la universidad su almuerzo” (VII;2).

La rutina exigente, la falta de tiempo, la comida a deshora y en algunas ocasiones poco saludable en algún minuto repercute en el correcto funcionamiento del cuerpo y sus sistemas, es por ello que una de las mujeres del estudio dice según el código padecer; estreñimiento.

“Obviamente si se te está pudriendo una tripa es porque tú no te estás alimentado bien y el cuerpo no está eliminando como debería eliminar y de hecho en la semana tengo problemas de estreñimiento” (VII; 14).

Así como su jornada laboral para todas las mujeres del estudio comienza muy temprano, para muchas también termina muy tarde, lo que no les permite en muchas ocasiones respetar sus horarios de comida, teniendo como el último código lo dice; comer tarde.

“Y de ahí ya no como más hasta cuando llego del baile porque me hace mal comer antes del baile y entonces como tengo un día a las seis y otro a las siete, ehh he probado de repente y como algo y ando con dolor de guata, entonces tengo que comer después que llego del baile, me ducho y me como alguna cosita, una parrilla, una cazuela... (ríe)” (I; 18).

También tenemos la Enfermedad como parte de la subcategoría de estado personal, en conductas involuntarias de falta de cuidado, código; enfermedad.

“O sea haber el ultimo evento importante fue en el verano del 2011 que fue salmonella, después de viaje que tuvimos con los niños que llegamos los tres enfermos, eso fue como el último evento importante” (I; 13)

“ah bueno después de eso vino el evento de la meningitis que fue como un estrés así fulminante, que fue un evento flash, que eso fue hace tres años y fue producto de la baja de defensas, mezclado con el estrés, con angustia, con superación, con un montón de factores que me bajaron las defensas y de manera viral me llego esta meningitis que me tuvo diez días en la clínica, doce días fueron” (I; 27)

“hace dos semanas me dio la crisis de la tiroides estuve súper mal porque me baja la eteroxina, me baja el ánimo dentro de las hormonas tiroidea estuve súper mal, sin ánimo sin nada, sin ganas de nada, sin ganas de levantarme muy, muy mal con dolor de todo, de hueso, de pelo de todo, sin ánimo, pero lo pase trabajando” (III; 8)

“pero estaba como muy estresada, dolor de espalda, me dolía todo el pelo la cabeza, la uña todo, todo, todo no tenía animo no quería levantarme, ayer me dolía la guatita porque no quería venir” (VII; 24).

En conductas involuntarias por cuidado de otros, tenemos que las mujeres del estudio cuidan de otras personas estando ellas enfermas, y trabajan enfermas, lo que se categorizó como parte de las conductas de falta de cuidado involuntarias.

“Bueno tuvimos que partir todos a la clínica en realidad, ehh na poh, seguir las indicaciones y manejarme igual media enferma y todo, media sedada que andaba, y manejarme igual porque estábamos los tres enfermos y tenía que salir igual a la farmacia, igual levantarme a hacer cosas, y fueron como diez días que estuve así media traspapela, con fiebre dolor de estomago” (I; 14)

“ehhhhh no mucho porque ehhh cuando hay un bebe uno no puede parar o sea ese día por ejemplo que me enfermé yo me acuerdo que salí con ella en el coche volví y estaba entumida de frío después estuve con fiebre ehhh procure acostarla a ella para yo poder descansar fue el único momento que yo pude retraerme un poco” (IV; 12).

Como dijimos anteriormente en conductas involuntarias por cuidado de otros tenemos que las mujeres del estudio trabajan enfermas, asisten a sus trabajos, muchas de ellas no toman las precauciones mínimas de cuidado de la salud, asistiendo de igual manera a sus trabajos, desempeñándose como si nada les pasara, exigiéndose muchas veces al mismo nivel que si estuvieran completamente sanas, incluso para muchas de ellas es molesto sentirse enfermas porque no pueden realizar todas las actividades que ellas desean por sentirse más

lentas, con menos ánimo, o tener algún malestar físico que les impide estar activas en un cien por ciento.

“No puedo hacer las cosas, todo lo que quiero obviamente, me atraso en cosas de oficina, porque el primer ítem que descarto es venir a la oficina, porque estoy conectada al teléfono, y todo, ehh, pero me, ando a la rastra no mas, o sea yo creo que eso es lo más inmediato ando mal, pero tengo que funcionar igual, igual tengo que salir, tengo que ir a comprar, un montón de cosas así domésticas también de casa que al no tener un apoyo o sea por ser una sola tengo que hacer igual las cosas” (I;17)

“pero ahora ya no, ahora puedo incluso ir a trabajar así sintiéndome mal, con una pastillita y todo puedo seguir haciendo mis cosas no me inhabilita” (II; 14).

Dentro de la categoría contexto en falta de cuidado tenemos dos subcategorías, la primera es por cuidado de otros, encontrando códigos como; temprano inicio de actividades. Ninguna de estas mujeres señala comenzar su día después de las siete de la mañana, incluso muchas de ellas comienzan a las cinco de la mañana su jornada y es para tener tiempo de atender a los hijos y marido, preparar las loncheras, las mochilas, y ayudarlos en el proceso de baño y vestirse, incluso algunas llevan el desayuno a la cama a sus hijos todos los días a tempranas horas, después ellas se preparan, la atención primera es para los hijos.

“Ya bueno, me levanto a las seis y media, ehhe se prepara la colación de los niños, el almuerzo, luego a las, a las siete y media salimos al colegio” (I; 4)

“ok. Haber suena el despertador a las cinco, como a las cinco y cuarto, cinco y media ya estoy ya en pie, despierto a los hijos, así una como una despertadita no mas como para que se vayan acostumbrando, a las ... un cuarto para las

seis, ya les tengo el desayuno listo, su leche se las llevo a su pieza, y mientras ellos se toman la leche yo les estoy preparando las loncheras, las colaciones, la ropa todo lo que es para el día” (II;1)

“haber para empezar me levanto a las cinco y media de la mañana, eh preparo desayuno a mis dos hijos a pesar que el mayor tiene 16 años y la menor tiene 11 todavía les llevo el desayuno en la cama, los dejo listos para que a la menor la pase a buscar el furgón y con el mayor me preocupo que se vaya a las siete diez de la mañana para que pueda llegar temprano al colegio” (III; 1).

En la misma subcategoría cuidado de otros, se encuentra el código de múltiples actividades en donde se ve reflejada la cantidad de actividades que deben desempeñar estas mujeres en el transcurso del día y semana, desde preparar el desayuno para los hijos y marido, trasladar a los hijos al colegio, trabajar en su actividad profesional, ocuparse de los controles médicos de los hijos hasta las mascotas.

“Pero gracias a Dios son niños sanos entonces la verdad es que le hago controles, los chequeos y eso yo los llevo, yo los paso a buscar, yo los dejo donde el doctor, yo les compro todo, los remedios, y controlo que los niños y los perros se tomen todos los antibióticos y esas cosas” (I;11)

“bueno entro a las ocho y de ahí hay que ver lo que viene en el día, de preferencia yo a las... prendo el computador , organizo los papeles un poco y como a las ocho y cuarto aproximadamente salgo a dar una vuelta por las salas, que este los profesores en sus salas, ver que están los chicos adentro, entonces recorro todos los pasillos en la escuela, o sea eso es lo habitual

siempre que no haya reunión, eh, haber por ejemplo el día viernes me faltó un profesor entonces me fui a hacer clases y estuve hasta las nueve y media de la mañana haciendo clases, después baje porque tenía apoderados que atender , ehh a las nueve treinta es el primer recreo y entonces a esa hora vienen muchos profes a pedirme cosas, a preguntarme que esto que lo otro, eso son como los momentos donde tengo más gente, a las diez y media que es el otro recreo de los grandes viene el otro grupo de profesores, tengo que atender, hay días en que hay muchos apoderados que atender, mucha gente el día viernes por ejemplo vino una cita, tengo mucha gente que vienen a ofrecer libros que esto que lo otro , tuve que atender a un apoderado que tenía una situación urgente, y así poh me lo llevo en eso ,tengo que enviar informes, por ejemplo el viernes tenía terminar los calendarios de evaluaciones , depende o sea todos los días hay mil, mil papeles” (II;2).

Las mujeres del estudio dicen levantarse a tempranas horas del día, y trabajar hasta muy tarde, este código pertenece a la categoría contexto, subcategoría cuidado de otros, el código; larga jornada, esto es porque muchas de ellas tienen tantas actividades que realizar durante el día, ya sea en sus hogares o lugares de trabajo que ni siquiera pueden darse tiempo para almorzar o realizar cosas tan básicas y necesarias como tener un momento de descanso;

“Y porque no había almorzado porque tenía tantas cosas que hacer que al final ni siquiera... eran las ocho de la noche y descubría que no había almorzado” (V;8)

“y termina mi día acostándome cerrando los ojos planchando y lavando y todo a las doce de la noche y comienza después a las cinco y media de la mañana” (III; 1).

Las horas de descanso son escasas para las mujeres del estudio, ya que muchas de ellas deben llegar a sus hogares y seguir trabajando, ya sea en los quehaceres propios del hogar, como madre al cuidado de sus hijos, o en algunos casos trabajar en las tareas de su profesión que no alcanzaron a realizar en sus lugares de trabajo por la gran cantidad de actividades que tienen que desempeñar, es por ello que encontramos en esta subcategoría de cuidado de otros el código; trabaja en casa

“Después de eso como a las diez de la noche me pongo a trabajar, a veces trabajo hasta como las doce, una depende de lo que tenga que hacer, eso es un día común” (V;1)

“pero cuando uno tiene tanto que hacer entonces tipo diez cuando ya están acostados si es que se han acostado, recién ahí me pongo a hacer lo mío o sea ¿qué es lo mío?, el trabajo que me llevo de acá, entonces me pongo a revisar guías a revisar correos de paso acá en el colegio me mandaron a hacer un diplomado sobre la Biblia e historia universal de la iglesia” (VI; 1)

“hago las cosas de la casa y preparo las clases que tengo que hacer para el otro día, reviso pruebas, a veces cuando no las alcanzo a revisar, las reviso en la casa, eh hh luego llega la noche llega mi esposo, a veces cuando llega antes me ayuda y así se pasa hasta que llega la noche” (VIII;1).

Dentro de la categoría contexto, tenemos la subcategoría del contexto económico , de aquí nace el código; largo tiempo de traslado al trabajo, ya que también es un factor socioeconómico, que va en directo desmedro de la salud de las mujeres, ya que un largo tiempo de traslado al trabajo provoca que una mujer trabajadora deba invertir más tiempo en este quehacer, por lo tanto eso significa salir más temprano de casa y llegar más tarde, acortando su tiempo de descanso y de convivencia familiar.

“Son las seis y media, nos vamos al metro, el me deja en el metro y yo llego acá cinco para las ocho imagínese de las seis y media, me demoro demasiado en llegar acá al trabajo y acá empiezo todo el día la rutina hasta las seis de la tarde” (VII;2).

Dentro de esta misma categoría está el código; postergación por necesidad económica, esto implica que las mujeres del estudio dicen no poder realizar ciertas actividades porque los recursos económicos no son suficientes, es decir, no les alcanza para ir al médico, para realizar alguna actividad extra programática, etc. Esto obviamente influye en su salud física y también mental, ya que tienen además una carga adicional de no poder enfermarse porque no tendrán para ir al médico, comprar un medicamento, o seguir una rutina deportiva o de ejercicios por falta de recursos.

“Aaaaaayyyy porque, por lo que le acababa de decir que yo no podía ir al doctor una porque me faltaba plata para comprar el bono, lo otro era porque por mi licencia, no las pagan todas y yo sé que tengo que tener a fin de mes que pago 220.000 por mi hija mensual” (VII;14)

“el año pasado iba al gimnasio me sentía súper bien, por que tenia para pagar el gimnasio ahora no lo tengo por eso no puedo ir” (VII; 19).

Dentro de la red descriptiva número uno, que representa la salud física de las mujeres entrevistadas, nos encontramos con códigos de cuidado de la salud muy por debajo del número de conductas de falta de cuidado de la salud, hay muchas conductas de falta de cuidado ya sean voluntarias o involuntarias que las mujeres participantes del estudio expresan, así como también hay factores que son por cuidado de otros que las llevan a descuidar su propia salud, como también factores de contexto que las afectan.

4.3 Percepción de la salud mental

La segunda red descriptiva da cuenta de las conductas que tienen las mujeres participantes del estudio respecto a su salud mental, conductas consideradas de cuidado y descuido, estas son dos grandes familias encontradas. La primera familia sobre conductas consideradas como cuidado de salud mental, se divide en tres categorías que son; conductas, cognitivo y emocional, desde la categoría de conducta se desprenden a su vez tres subcategorías que son; experiencia espiritual, autoayuda y apoyo. (fig. 3)

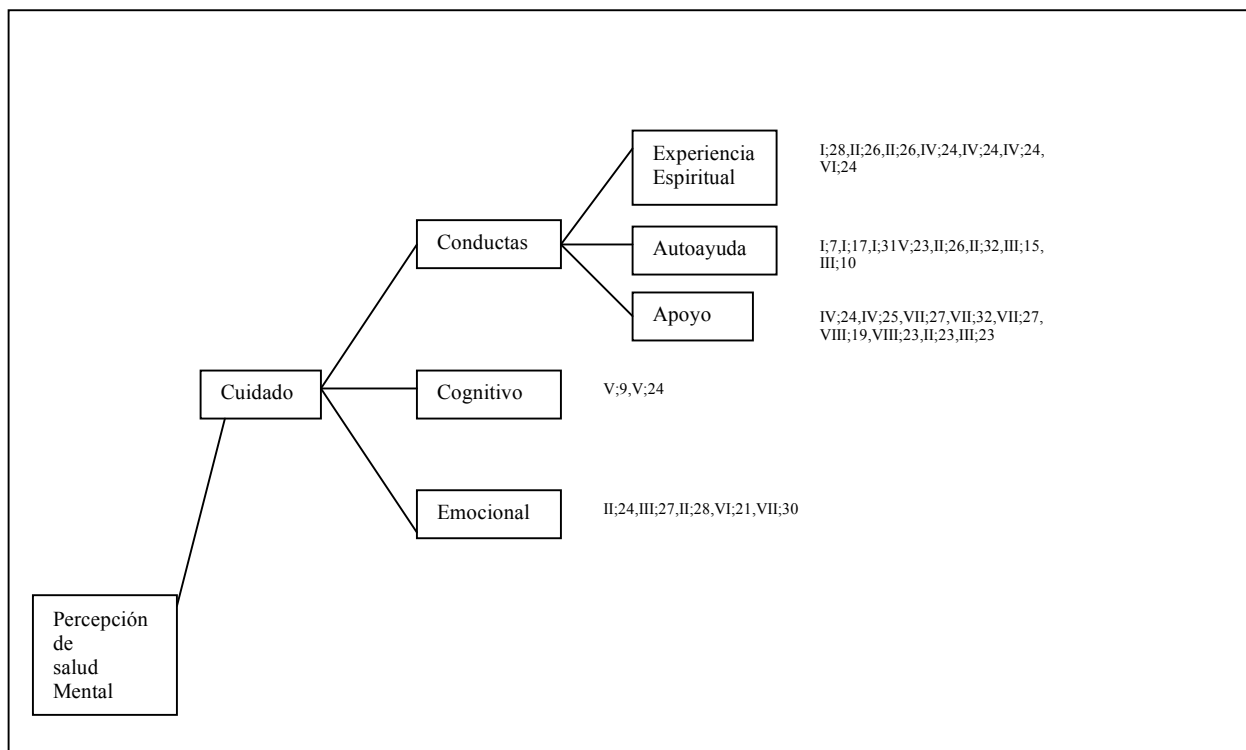


Fig.3 Red descriptiva Nro.2 “Percepción de la salud mental”, familia cuidado, categorías conductas, cognitivo y emocional

En la subcategoría de conductas de cuidado llamada experiencia espiritual, vemos como las mujeres del estudio tienen una gran capacidad para conectarse con lo espiritual, dentro de esta subcategoría está el código; meditación

“O sea a mí nadie me dijo que tenía que levantarme feliz todas las mañanas ni respirar profundo, yyy algo así como una mini meditación y yo creo que eso me ha ayudado hasta ahora, a mí me gusta estar sola también, eh disfruto mis espacios de soledad” (I; 28)

“medito mucho, cuando se da la posibilidad salgo un rato al patio, a mirar las plantas, a regar a conversar con Dios y eso me ayuda mucho” (II; 26).

La oración es otro código de esta subcategoría de experiencia espiritual, el solo hecho de hablar con un ser que consideran superior, que las escucha, las atiende, y pueden expresar sus problemas las ayuda a sentirse mejor;

“¿Si hago algo?, yo no sé si será efectivo o no pero por ejemplo a mí me gusta mucho orar, para mantenerme tranquila cuando me veo muy agitada, cuando me veo muy estresada eh me quedo sola” (II;26)

“la oración es lo que definitivamente es lo que me va a ayudar a estar mejor mentalmente y a querer estar mejor” (IV; 24).

El estudio de la Biblia es otro hallazgo encontrado en esta subcategoría de experiencia espiritual, que también mencionan como de gran ayuda y les da tranquilidad esta dependencia de un ser superior;

“Estamos estudiando en un grupo pequeño la Biblia y eso nos ha hecho bien yyy y también la dependencia de dios mentalmente es como lo que a uno le trae tranquilidad lo que le hace a uno le hace reflexionar que las cosas tienen que ser mejor y que tengo que cambiar en el caso que este mal en algunos aspectos la oración” (IV; 24).

La creencia en un ser superior es de gran importancia para salud mental de las mujeres del estudio, orar, meditar, estudiar la Biblia y también creer en dios como último código de esta subcategoría, son conductas de cuidado de su salud mental, son capaces gracias a estas creencias y experiencias poder mantener una

tranquilidad y mejorar en algunos casos su salud mental ya que les proporciona tranquilidad y paz.

“O sea yo decaigo un poco y ya sé que tengo que orar y pedirle al señor que me ayude y el señor me abre las puertas cuando estoy más ahogada, así con una carga enorme de problemas, porque claro yo someramente te digo algunas cosas, pero uno tiene problemas, entonces de repente los problemas que te superan, eh uno no le encuentra solución puedes caerte a un hoyo y hundirse, hundirse, hundirse o clamar a Dios y pedir que te ayude y el señor te muestra un camino y uno dice ohhh que fácil era, tener paz, o sea creo que para la salud síquica es Dios” (VI;24).

Dentro de la subcategoría de autoayuda, que también están en la familia de cuidado, encontramos códigos como; identifica sus límites, escucha música relajante, autocuidado, y reconoce problemas emocionales. Estas son conductas expresadas por las mujeres del estudio y tomadas como acciones originadas desde ellas mismas para el cuidado de su salud, esto implica de alguna manera un reconocimiento a sus límites, y a lo que son capaces de hacer ellas por ellas, para estar y sentirse mejor en términos de salud mental.

En el código; identifica sus límites, vemos como son capaces de darse cuenta en algunas ocasiones que no están todas las capacidades, tiempo, energía o lo que sea necesario para realizar todas las actividades que desean;

“Fíjate que no sé si es equitativo pero, pero es una gran ayuda, porque si yo le sumo el ítem casa, que es el tema doméstico, del aseo, lavado de ropa

planchado y eso o sea no podría, de diez a tres y media a mi no me da, o sea, no puedo” (I;7)

“o sea me, me inmoviliza un poco, o sea ando más lenta, no puedo desarrollar todo, no puedo hacer las cosas, todo lo que quiero obviamente”(I;17)

“relajarse, no olvidarse que la perfección no existe, no existe la súper trabajadora, la súper mamá, la súper esposa, no existe, uno tiene que esforzarse sí, pero no va a hacer brillante en todo”(V;23).

El buscar un momento de tranquilidad, de soledad, también les ayuda para sentirse mejor en términos de salud mental, el otro código de la subcategoría autoayuda es; escucha música relajante

*“Cuando me veo muy estresada eh me quedo sola, escucho música relajante”
II;26*

Como parte de la subcategoría autoayuda tenemos el código; autocuidado, cuando son capaces de reconocer sus límites, también son capaces de reconocer que puede hacer cosas para ellas mismas que les ayuda a sentirse mejor mentalmente, el alejarse un poco de las actividades exigidas por el contexto profesional o por el rol de madre y dedicarse unos minutos para las actividades que ellas desean realizar les ayuda a sentirse mejor.

“Eh darme un tiempo a la semana, y fijate que puede ser que salga con alguien un día en la tarde o un rato, o por ejemplo esta semana salí sola, fui a Almorzar, salir de la escuela fui a almorzar sola porque igual te hace bien salir

de esa cuestión y súper bien, fantástico después volví renovada de almorzar tranquila de comer algo rico, aunque no puedas hacer todos los días, pero de vez en cuando hace bien” (II; 32)

“ehhhh haber estéticamente quizás sí por lo mismo que estudie masoterapia estoy preocupada de echarme cremas de hacerme masajes” (III; 15).

Como último código de la subcategoría autoayuda, está el código; reconoce problemas emocionales.

“Ehhh el único problema que creo que es grave es la tiroides, ehhs siento que este año ha sido mucho más beneficioso que el anterior en términos de salud me he resfriado menos pero si la tiroides ha estado como más complicada, he estado con más problemas emocionales” (III;10).

Y por último en conductas de cuidado tenemos la subcategoría de apoyo, ésta categoría se crea para agrupar los códigos en que las mujeres del estudio dicen tener algún tipo de actividad donde reciben apoyo de otras personas, ya sea un profesional o bien de sus pares, estas actividades que también las ayuda a estar mejor en su aspecto mental. Aquí encontramos códigos como; comparte con pares, conversa y consulta a un psicólogo.

El código comparte con pares, fue tomado desde los relatos de las mujeres, en que hacen mención a este punto, y denota la importancia para ellas de compartir con otras personas que están en la misma situación que ellas, el compartir socialmente las ayuda a sentirse apoyadas y entendidas;

“Eh mamás que también son profesionales eh eh mmm eh eh salir compartir eh con pares por ejemplo nosotros con mi esposo con otro matrimonio que ahora lo estamos haciendo en este caso estudiando los días viernes, estamos estudiando en un grupo pequeño la Biblia y eso nos ha hecho bien” (IV; 24)

“ahora ya nos estamos juntando hace tres semanas con otros matrimonios y estudiamos la Biblia por lo tanto si bien estudiamos la Biblia previamente y después de compartimos una comidita algo rico eh eh conversamos sobre nuestras cosas sobre el trabajo a veces que lo que hacen” (IV; 25)

“salimos a tomarnos un heladito aquí con mis compañeras, un heladito un juguito al centro, eso hago cuando estoy muy triste yo le digo a Cecilia, ¿por qué no nos vamos por el centro y nos tomamos un helado un juguito?, y ahí vamos y nos hace bien” (VII; 27).

La conversación es otro código de la subcategoría apoyo, es sabido por los profesionales de la salud mental de la importancia de conversar y compartir las experiencias, pensamientos y sentimientos, como un método de sanación a través de la palabra, la importancia de poder comunicar lo que nos pasa es vital.

“Conversar, conversar mucho converso mucho con una amiga y siempre como que ella es muy depresiva yo traté de ayudarla” (VII; 27)

“el tema de tener una fe y de conversar con tu pareja, de compartir las cosas que te pasan, de saber que no estás sola, tanto con tu pareja como contigo misma, eso a mí me ayuda mucho” (VIII; 19)

“ehhh lo que a mí me sirve o sea compartir tirar para afuera en el fondo las penas, las alegrías, las cosas que te vayan pasando, no guardarse, ni aceptar, eeehhhh haber el hecho que una mujer acepte ser atropellada o acepte ser ofendida o humillada y guardarlo esa cuestión va dañando, dañando las relaciones y conversar, conversar mucho tirar para afuera hacer de que la otra persona que está a tu lado sepa lo que te agrada, lo que no te agrada, eso te hace mantener sana”(VIII;23).

Y como último código de la categoría apoyo tenemos, consulta a psicólogo, es importante hacer notar que aunque varias de las mujeres del estudio mencionan encontrarse superadas, depresivas o estresadas son muy pocas las que mencionan haber ido con un especialista en salud mental, este tópico se da bastante, ya que son pocas las personas que solicitan ayuda cuando tienen algún problema psicológico o mental, son reacios a consultar.

“Eh si yo creo que si, ehh que debo haberlo tenido, lo trate, he estado con psicólogo dos veces, el primero me ayudo muchísimo ah, me ayudo como a abrir mi mente que tenía que avanzar, que tenía que crecer, que esto que lo otro, el segundo termine el año pasado estuve con él, pero por un tema de opción personal, o sea un cuento de crecimiento personal, creo estar bien” (II; 23)

“finalmente ahí decidí que tenía que visitar a un psicólogo a un neurólogo, de esa forma en realidad hoy día estoy tomando algún medicamento para estabilizarme emocionalmente nunca pensé que iba a llegar a tomar eso” (III; 23).

Dentro de la categoría cognitivo, tenemos códigos como; reconoce buena salud y se organiza, ya que consideramos importante destacar las conductas o acciones que sirven de herramientas a las mujeres del estudio para estar mejor y saludables mentalmente, una de ellas, es reconocerse como una persona saludable, y organizarse para tener claridad mental de que es prioritario o importante realizar primero, a pesar de la escasez de tiempo que la mayoría tiene para desempeñar todas las actividades que les exigen sus roles múltiples.

“No, Casi nunca me enfermo” (V; 9).

“o sea yo puedo llegar a la casa y ver que está todo desordenado y me digo haber cual es la prioridad hoy día, hoy día es no sé, lavar la ropa por que se avecina un frente de cinco días de mal tiempo, ya okey, la ropa primero después no alcanzo a hacer todo, por eso es que fui creando según lo que tú misma escuchaste, días de lavado, que me ayuden entonces he visto cuales son mis focos de conflicto, y que me gustaría a mí, y que es viable que también ellos hagan” (V;24).

En la categoría emocional, nos encontramos con códigos como; se siente tranquila, sentido del humor, llora y optimismo, conductas que ellas señalan como una forma de expresión que las ayuda a sentirse y estar mejor frente a las dificultades , enfrentar los problemas que se le presentan o simplemente como forma de descarga emocional.

El código; se siente tranquila, lo vemos según la mujer entrevistada desde la realización con las actividades profesionales que desempeña, lo que de alguna manera le da la tranquilidad y la hace sentir bien y contenta;

“Bien, bien me siento contenta, me siento realizada en lo que estoy haciendo, estoy tranquila, estoy bien” (II; 24).

El sentido de humor corresponde a otro código de la categoría emocional, ya que el humor según lo expresa la mujer entrevistada la ayuda a sobrellevar de mejor manera sus problemas, asumiéndolos y no agravando la situación.

“yo creo que una de las terapias de las que yo hacía y me ha ayudado mucho es reírme mucho de mis problemas, sin dejar de enfrentarlos y sin dejar de quitarle importancia ehheh dejar que pasen asumirlos y reírte reír mucho yo creo que básicamente uno tiene que mantener el buen humor” (III; 27)

“ehhh me río mucho, me río de mis defectos y me río de la gente, bueno si un poco me río de la gente pero (risas) me ayuda” (III; 28).

El llanto como expresión emocional parece representar un importante indicador de salud mental y como sistema de catarsis según expresan las mujeres del estudio, ya que lo mencionan como una forma casi terapéutica para eliminar tensión y en otros casos como indicador de salud mental.

“Pegarse una llora así, como que hacer catarsis te ayuda por que como que eliminas un montón de tensiones y tratar de arreglar los asunto cuando ocurren” (IV; 21)

“por que por ejemplo cuando yo estaba estresada yo sabía que estaba estresada porque andaba llorona, muy llorona muy depresiva muy llorona” (VI; 30).

Y como último código de la categoría emocional está el optimismo, ya que es una expresión de la confianza que las cosas van a mejorar, en este caso lo ven como la confianza en un ser superior quien les ayudará a que vayan mejorando las situaciones conflictivas que se le presentan;

“Por ejemplo síquicamente que sean optimistas eh bueno la confianza en Dios también te ayuda mucho en eso o sea yo creo que mi salud a parte del tema de ser optimista creo que la confianza en Dios es lo que me ayuda a salir de todo” (VI; 24)

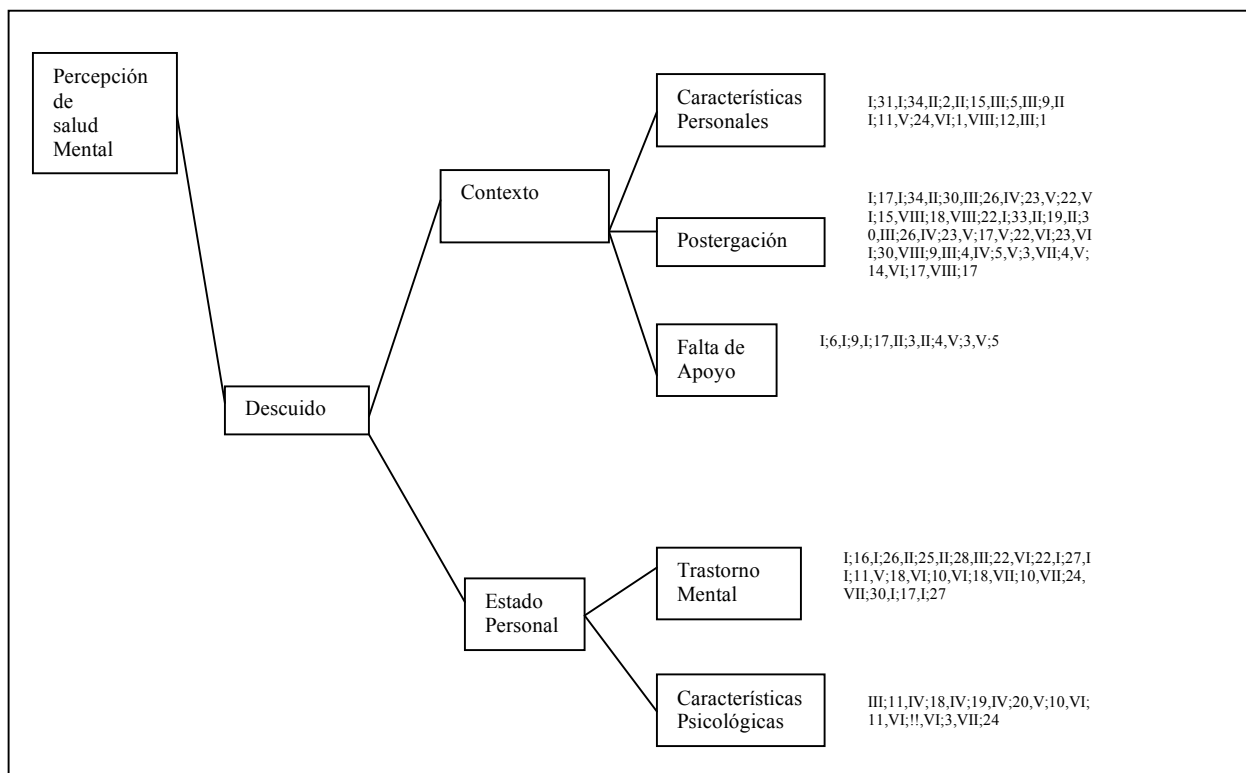


Fig. 4. Red descriptiva Nro. 2 “Percepción de la salud mental”, familia, descuido, categorías; condiciones de influencia y estado personal

Dentro de la familia de descuido tenemos dos subcategorías que se abren en contexto y en estado personal. En contexto tenemos tres subcategorías que son; características personales, postergación y falta de apoyo. La subcategoría de características personales, retratan un poco cómo son las mujeres del estudio, de la alta autoexigencia que se imponen, de lo que son capaces de superar por realizar las actividades que deben desempeñar, sean o no prioritarias, a pesar de sus estados de salud y anímicos, son capaces de superar el cansancio, el dolor, el estrés, el sueño o lo que sea con tal de responder al alto estándar autoimpuesto, en muchos casos piensan que si no son ellas las que realizan ciertas tareas no saldrá todo bien, como debe ser o en el tiempo adecuado, y al parecer a pesar de todos los esfuerzos que realizan estas mujeres por lograr hacer todo en el momento oportuno, aun piensan que deben dar más, y que deben seguir exigiéndose, en esta categoría está el código; autoexigencia.

“Es que sabís que, todas las mujeres solas hacen lo mismo y tres veces más también, pero ya llega un nivel de costumbre que tu no tenís otra opción, entonces te acostumbras a sentirte bien físicamente aunque uno ande con las patas a la rastra” (I; 34)

“entonces todo depende de si yo el día anterior he dejado las cosas preparadas para poder llevar, porque no puedo comer cualquier cosa entonces tengo que saber preparar la lonchera poh, eso es como, estoy tratando si de llevar comida, de, de llevar el pan preparado desde acá, tomar el muesli porque me mantienen harto rato, pero así es la cosa, Algunos días como te insisto voy bien y cuando no me organizo desordenen poh” (II; 15)

“no soy súper mamá, no soy, soy y hago mis esfuerzos para mejorar en todo ámbito de cosas, sé que tengo que mejorar la calidad de la comida, sé que tengo que tener más paciencia con mis hijas, sé que tengo que tener más tiempo para mi esposo y la verdad es ésta y tengo que aspirar a ir mejorando” (V; 24).

En ciertas ocasiones no pueden realizar todas las actividades pensadas por ellas como adecuadas, correctas, necesarias o que les corresponde hacer, es por ello que se sienten mal, que no son eficientes o buenas trabajadoras, madres, o esposas, es por eso que se crea el código; siente culpa, reflejando de alguna manera su sentir al no ser capaces de realizar todo perfecto según sus relatos.

“Todo me da pena siento a veces siento que todo el mundo me ataca, me siento atacada por todos y que todos me echan la culpa si se cae algo es mi culpa me siento culpable por todo lo que pasa cualquier cosa es mi responsabilidad” (III;11)

“pero principalmente yo creo que soy yo, soy yo la que estoy constantemente por que, si bien es cierto, está relacionado a que no estoy ahí presente como otras mamás que tiene la fortuna de quedarse en casa y ver a sus hijos y atenderlos, yo no tengo esa fortuna entonces siento que de alguna manera, mmm de todas manera siento que yo soy la que estoy presente igual llamando por teléfono yendo al colegio” (III; 5).

En contexto, subcategoría postergación, encontramos códigos como; se pospone, postergación, asume responsabilidad por no apoyo, justifica el poco apoyo, falta de tiempo y duerme poco. Se entiende que el contexto corresponde a cosas externas que influyen a que estas mujeres actúen con cierto descuido de

su salud mental, una de esas condiciones es la postergación, esta postergación es producto de favorecer a otros muchas veces, principalmente a los hijos, por falta de recursos económicos, de tiempo u otros factores que pueden influir en esta conducta, como primer código tenemos; se pospone, se refiere a que va a realizar otras actividades antes de hacer algo para ella.

“O sea yo creo que eso es lo más inmediato ando mal, pero tengo que funcionar igual, igual tengo que salir, tengo que ir a comprar, un montón de cosas así domésticas también de casa que al no tener un apoyo o sea por ser una sola tengo que hacer igual las cosas” (I;17)

“entonces te acostumbras a sentirte bien físicamente aunque uno ande con las patas a la rastra, que no vayas al dentista en dos años hasta que te dolió la muela, ehh te acostumbras a eso poh” (I; 34)

“en cosas pequeñas por ejemplo si hay que comprar yo prefiero que ellos se compren lo que ellos necesitan y yo no tengo” (III; 26).

La postergación corresponde a otro código de la misma categoría, las mujeres del estudio suelen postergarse especialmente por sus hijos, entregándoles todos sus recursos, tiempo, energía, dejando lo menos para ellas, aun si es necesario sacrificar sus comidas, descanso y bienestar en beneficio de los hijos.

“Soy yo la que tengo que correr para ver que hagan las tareas soy yo la que... entonces siento que soy yo la que estoy en función de mis hijos y dejo de hacer un montón de otras cosas, ahora creo que es mi deber como madre” (VI;23)

“uno pasa siempre a segundo plano y yo muchas veces, estudié por mucho tiempo ya y termine recién el año pasado de estudiar y el año pasado terminaba mi día a las once de la noche y yo a veces me daba cuenta a las doce de la noche que no había comido a veces” (VII;9).

Otro código de la categoría de postergación es; asume responsabilidad por no apoyo, esto quiere decir, que algunas de las mujeres del estudio asumen por diversos motivos el que no reciben ayuda, ya sea de sus hijos, maridos o familiares cercanos, asumen la total responsabilidad esgrimiendo una serie de argumentos que de alguna manera justifique el hecho de tener que hacer las labores sola.

“Entonces siento que de alguna manera siento que es mi responsabilidad que ellos mantengan el mismo ambiente que ellos tenían antes, ellos estaban cómodos eh, no hacían mucho y bueno yo creo que yo tome la decisión de separarme independientemente del porque pero intento que sigan viviendo en el mismo ambiente para que ese cambio no sea tan fuerte” (III; 4)

En la categoría anterior se asumía la responsabilidad, en este nuevo código; justifica el poco apoyo, no solo asume las actividades a realizar sola sino que justifica la acción de no recibir ayuda.

“Tal vez no, pero no es un asunto de querer o no querer sino por un asunto de tiempo o sea mi esposo no puede definitivamente porque él es el mayor aporte en el hogar en que trabaja más tiempo así que más que todo es por un asunto de no tener el tiempo” (IV; 5)

“se tiene que quedar muchas más horas de trabajo y físicamente llega mucho más cansado que yo, así es que, parece que la lectura de los hombres es como yo vengo cansado del trabajo y uno toma un rol, que es un rol heredado de aceptación por una cosa cultural que uno termina asintiendo que a pesar que uno está cansada igual eso” (VIII; 4).

Y como última subcategoría en contexto encontramos la falta de apoyo, y ésta se expresa en los códigos; no hay apoyo, no recibe ayuda y no hay apoyo en cuidado de hijo. Esta categoría es importante para la salud mental de la mujer, ya que debe realizar todas las actividades sola, asumirlas como parte de las labores que ella debe realizar en solitario y que significan una carga importante en términos de tiempo, trabajo y de responsabilidad, el no contar con alguien que te ayude a educar, criar, controlar y cuidar de la salud de los hijos, complica la vida de las mujeres del estudio, ya que al parecer todo lo relacionado con los hijos es asumido como tarea exclusiva de la mujer, limitándola incluso a realizar actividades para ella como un simple control médico.

Como primer código de esta subcategoría tenemos; No hay apoyo

“No, no tengo apoyo en ninguna de esas áreas, o sea lo que es supermercado, horas medicas de los niños controles, ehh asuntos varios, incluso hasta llevar al perro a la veterinaria para que lo operaran” (I; 6).

Así como el primer código es no hay apoyo, el segundo es similar; no recibe ayuda, esta ayuda que las mujeres esperan recibir va en todos los ámbitos del quehacer doméstico y del cuidado de los hijos, ya que estas tareas son asumidas en su totalidad por las mujeres del estudio.

“La verdad que el ex marido, emmm el comparte con ellos fin de semana por medio y seria, y los va a buscar el día jueves que fue el único día de la semana que logre transar, los va a buscar al colegio y nada más” (I; 9)

“un montón de cosas así domésticas también de casa que al no tener un apoyo o sea por ser una sola tengo que hacer igual las cosas” (I; 17)

“en la semana no para nada, jamás va ser directamente proporcional a todo lo que yo hago, para nada” (II; 4).

Y por último tenemos el código; no hay apoyo en el cuidado de hijos; esto demuestra lo que ya habíamos mencionado, que los quehaceres de hogar, así como el cuidado de los hijos queda en completa responsabilidad de las mujeres, lo que no es percibido como algo justo por las mujeres del estudio, sin embargo, a pesar de ello deben realizar igual todas las actividades en compañía de los hijos y para los hijos.

“Porque casi las niñas fueran mías, porque es responsabilidad mía negociar con quien tenga que ser necesario, entonces yo digo que eso es un poco injusto” (V; 3)

“yo estoy en mi casa con mis niñas si voy a ir por decir al mall por ejemplo a comprar un regalo yo estoy con mis hijas, entonces no, hago todo lo que tengo que hacer y lo que no tiene que hacer una mamá, incluso ir al médico, o al mismo dentista con ellas, que a mí me gustaría estar tranquila y no saber que ellas están afuera esperando” (V; 5).

Por último tenemos la categoría de estado personal, esta categoría pretende retratar a las mujeres del estudio en el ámbito de salud mental, desde esta categoría se desprenden dos subcategorías, que son trastorno mental, donde se pueden observar códigos como ansiedad, depresión, estrés y angustia, todos estos códigos fueron extraídos desde el relato de las mujeres entrevistadas y todos corresponden a la clasificación de trastornos del ánimo. El primer código es; ansiedad, la mujer que relata este cuadro de ansiedad dice que presentó esta ansiedad producto de dejar el cigarrillo, conducta tipificada anteriormente como de mal hábito dentro de la salud física, por dejar este mal hábito cae en un estado ansioso que además la lleva a comer en exceso, es decir, una cadena de conductas de descuido y mal hábito para la salud física;

“Si por el tema que deje de fumar como unos meses y con el tema de la ansiedad me dio por comer” (I; 16).

Otro código es; depresión, y es aquí donde encontramos un mayor número de mujeres que alguna vez padeció o padece aun de depresión.

“Si, siii, siii haber depresión, la primera vez que fui diagnosticada con una depresión, fue cuando ehh un poco antes de separarme como en el 2005 podría ser” (I; 26)

“muchacha súper mal, estuve súper mal de hecho yo creo que todavía conservo mi depresión, porque tengo estados en que duermo mucho, sobre todo este tiempo que septiembre para mí es súper complicado, súper difícil porque marca etapas de mi vida marcó” (III; 22)

“yo le dije a mi hermana oye este tipo me dijo que estaba con depresión entonces yo me quede cuestionando a lo mejor tengo depresión y no me he dado cuenta” (VI; 22).

Otro elemento importante es el estrés que es otro código consignado en trastorno mental, ya que según las entrevistas la mayoría de las mujeres dicen haber sufrido de episodios de estrés, que tratan simplemente de controlar o de vivir con él, también asumen que gracias a este factor les bajan las defensas y se enferman o deprimen.

“Me da la impresión que son como periodos de estrés” (II; 11)

“estrés lo he aprendido a manejar en el transcurso de este tiempo que he estado en este colegio” (V; 18)

“pucha tomando en cuenta que yo creo que estoy cansada, estresada podríamos llamarle a eso enfermedad?” (VI; 10)

“el estrés y todo eso me llevo a que me bajaran las defensas y los resfriados” (VII; 10)

“estrés, cansancio, el venir a trabajar acá, esto me mataba” (VII; 24).

Como último código de la categoría trastorno mental tenemos; angustia, ésta la expresan según dicen por diversos factores, y en especial por estar solas, no contar con apoyo y por la superación que significa tener que cumplir con tantas actividades productos de los múltiples roles.

“Un montón de cosas así domésticas también de casa que al no tener un apoyo o sea por ser una sola tengo que hacer igual las cosas, entonces eso yo creo y eso me angustia poh y me empieza a bajonear” (I; 17)

“fue producto de la baja de defensas, mezclado con el estrés, con angustia, con superación, con un montón de factores que me bajaron las defensas” (I; 27).

Dentro de la subcategoría de ; características psicológicas, se encuentran los códigos que hacen referencia a cómo se sienten las mujeres del estudio respecto a sus estados psicológicos y emocionales , producto de la cantidad de actividades que deben realizar a diario, más las responsabilidades que tienen tanto en sus lugares de trabajo como en sus hogares y con los hijos, las preocupaciones por desempeñar todos sus roles de la mejor manera y cumplir con la alta exigencia del medio e impuestas por ellas mismas, es de esperar que puedan presentar; angustia, congoja, se sientan colapsadas, se compliquen mentalmente, les falta animo, descontrol, poca tolerancia y no se sienten escuchadas, como dicen los códigos de esta subcategoría.

Como primer código de esta subcategoría está el desgano, según el relato de las mujeres entrevistadas;

“No tengo ganas de nada por todo lloro, todo me da pena siento a veces siento que todo el mundo me ataca” (III; 11).

También está la congoja como código en esta categoría de características psicológicas, ya que se sienten con cargas, problemas, y con situaciones que las complica en su diario vivir.

“No si mentalmente me he sentido con una carga por una situación como de relaciones que he tenido y eso me tiene media acongojada pero no he tenido así como problemas grandes” (IV;18).

Con las situaciones que se deben enfrentar a diario, sumado a las responsabilidades de la maternidad, las lleva muchas veces a sentirse colapsadas.

“Yo creo que cuando tuve a mi hija un poco si por que en algún momento como que igual colapse, mi esposo le costó como enganchar al principio con esto de la paternidad” (IV; 19).

Muchas veces la autoexigencia que se imponen, la carga diaria, la responsabilidad sobre los hijos, sumado al trabajo diario, las lleva muchas veces a sentirse complicada mentalmente.

“Hoy día tengo una pretensión tengo algo en mente de hacer algo para que eso cambie lo que me tiene así complicada mentalmente que es un peso una carga es una carga y sé que no solamente tengo que orar” (IV; 20).

Este código que presentamos ahora, tiene mucho que ver con la autoexigencia y la carga diaria, ya que la; falta de ánimo, la presentan como una forma molesta de no poder desarrollar todo lo que hacen, y lejos de verlo como un síntoma de deficiencia de salud mental, lo ven como algo molesto que las frena a realizar todas las actividades que desempeñan a diario.

“Todo, porque no me permite desarrollarme normalmente y sobre todo no tener el ánimo suficiente” (V; 10).

Es de esperar que dentro de las características psicológicas de las mujeres con una gran carga de labores, responsabilidades, y exigencias puedan en algún momento perder el control, por el hecho de sentirse muchas veces sobrepasadas, colapsadas o complicadas, de ahí el código; descontrol.

“Y de repente agarro a mi hija y le digo para, para como no entiendes para y mi hija me mira toda asustada yo trato de controlarme para no agarrarla de las mechas y zamarrearla porque yo se que” (VI; 11).

La poca tolerancia es otro código encontrado en la subcategoría de características psicológicas, el desgaste físico y mental que pueden tener estas mujeres provoca finalmente que sientan que su tolerancia es poca, que no se sientan a gusto y que el cansancio muchas veces las vence con las características psicológicas mencionadas.

“Entonces yo me doy cuenta que estoy poco tolerante a los gritos al tonto, no sé, a eso... entonces ahí yo veo que si hay algo que está afectando mi tranquilidad mi paz” (VI; 11).

Y como último código encontrado en esta subcategoría está; no se siente escuchada, ya sea por sus esposos, por sus hijos o por la familia en general, y en especial cuando ellas solicitan ayuda, o solicitan algo para aliviar su extenuante carga de actividades, o simplemente cuando quieren hablar o comunicar algo lo que fomenta la idea de la falta de apoyo.

“No, no la considero equitativa para nada, es mas lo encuentro injusta y yo he tratado de exponer que no soy yo sola, pero no me han escuchado” (VI; 3)

“mi esposo, no le menciono a mi esposo porque es como que él no me toma en cuenta, cuando yo le hablo así” (VII; 24).

Es así como se han expuestos todos las familias, categorías, subcategorías y códigos encontrados en esta red que trata sobre la salud mental de las mujeres con roles múltiples.

4.4 Múltiples roles.

Esta red descriptiva nos muestra los múltiples roles que desempeñan las mujeres participantes del estudio, muchas de las actividades que realizan las mujeres durante el día son desarrolladas para el cuidado de otros, especialmente los hijos y el hogar, estas actividades van desde atender a los hijos y marido, hasta la educación, entretención y salud de los mismos. Muy pocas cuentan con ayuda o apoyo de sus maridos, hijos o terceras personas como un familiar, una madre, suegra o una nana, a pesar de ello las pocas que cuentan con algún tipo de ayuda lo agradecen enormemente ya que significa para ellas un tiempo extra para realizar otra actividad o bien para disfrutar de un poco de descanso.

Los roles se han dividido en dos familias, una es responder a roles y actividades compartidas, dentro de cuidado de otros se logran desprender cuatro categorías; atención a otros, educación, entretención y salud, y actividades compartidas, encontramos dos categorías que son; por familia y por otro.

Dentro de la categoría responder a roles encontramos los códigos; compras, traslado de hijos, atiende a hijos, atiende a marido, cuidado en la alimentación de hijos y prioriza el vínculo con hijos.

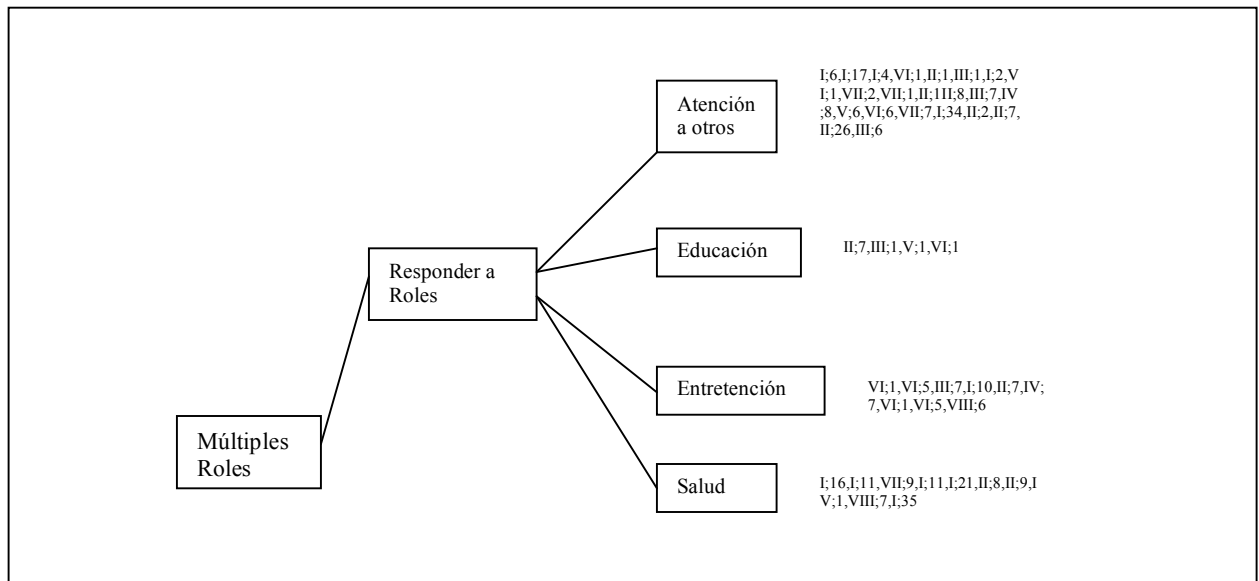


Fig.5 Red descriptiva Nro. 3 “Múltiples roles”, familia cuidado de otros, categorías, atención a otros, educación, entretención y salud.

El primer código de la categoría atención a otros es; compras, en muchas ocasiones se piensa que este ítem de compras, ya sea de comida, vestuario, útiles escolares, etc. es muy fácil, simple o no requiere de un trabajo, sin embargo, el tiempo invertido, el desgaste físico y la presión de conseguir lo necesario para desarrollar las rutinas diarias y básica de los hijos en sus estudios, de llevar la comida a sus platos, o poder llevar la colación al colegio, se transforma en una exigencia primordial para las mujeres dueñas de casa.

“O sea lo que es supermercado, horas medicas de los niños controles, ehh asuntos varios, incluso hasta llevar al perro a la veterinaria para que lo operaran, los chequeos y hacerles las curaciones que en eso estoy ahora” (I; 6)

“igual tengo que salir, tengo que ir a comprar, un montón de cosas así domésticas también de casa que al no tener un apoyo o sea por ser una sola tengo que hacer igual las cosas” (I;17)

“que tengo que salir a la feria o a la vega, normalmente le pido a mi papa que me traiga cosas si necesito cosas de la vega por que antes yo iba, pero ya actualmente estoy como agotada y no quiero ir y de ahí voy a la feria a veces me lleva mi marido” (VI;1).

Otra actividad donde deben estar presente las mujeres del estudio es en el; traslado de los hijos, estar atenta a los horarios de salida y entrada al colegio o donde los deban trasladar, es otra actividad más que se suma a la larga lista de cosas que deben hacer durante el día, lo que suma la preocupación de estar atenta a los horarios para poder cumplirlos.

“a las tres y media tengo que subir al colegio, luego tengo que concertar día por medio tengo las clases de los niños” (I; 4).

Todas las mujeres del estudio dicen levantarse a muy tempranas horas, y también la mayoría lo hace para tener suficiente tiempo de atender a los hijos e incluso al marido, este esfuerzo que realizan de descansar menos horas lo hacen pensando en atender y ayudar a los hijos, no es tiempo invertido en ellas.

“un cuarto para las seis, ya les tengo el desayuno listo, su leche se las llevo a su pieza, y mientras ellos se toman la leche yo les estoy preparando las loncheras, las colaciones, la ropa todo lo que es para el día” (II; 1)

“eh preparo desayuno a mis dos hijos a pesar que el mayor tiene 16 años y la menor tiene 11 todavía les llevo el desayuno en la cama, los dejo listos para que a la menor la pase a buscar el furgón y con el mayor me preocupo que se vaya a las siete diez de la mañana para que pueda llegar temprano al colegio” (III; 1)

“bueno primero me visto y preparo el desayuno a los niños, preparo la lonchera a los niños, eh hh toman desayuno, me preocupo que el más chico tenga todo en la mochila” (VIII; 1).

Como ya antes se mencionó la atención que tienen las mujeres del estudio no solo es para los hijos, también esta atención va dirigida a los maridos.

“ah, y cómo veinte para las siete abro el portón para que saque el auto mi esposo” (II; 1).

Uno de los focos de preocupación y atención de las mujeres del estudio es el bienestar de los hijos, ya sea en salud o como dice el próximo código en; cuidado de la alimentación de los hijos, en este aspecto no escatiman en recursos económicos, tiempo, dedicación y todo lo que sea necesario por alimentarlos bien y que ellos estén saludables.

“Yo ando preocupada de que se tomen las vitaminas, del juguito de fruta, por lo menos el fin de semana cuando están conmigo” (II; 8)

“de hecho en mi casa no se come carne ehhhh, en ese aspecto no comemos carne no tomamos bebidas, jugos, comemos mas natura” (III;7)

“a través del asunto de la cocina que por eso me preocupa, de tener tan poco tiempo como para idear nuevas recetas nutritivas o de repente no tener siquiera el tiempo ni siquiera de prepararlas” (V;6)

“ehhh tratando de, por ejemplo yo me preocupo que mis hijos coman fruta ehhh les inculco esto, que se laven las manos a cada rato” (VI; 6).

Y como último código de la categoría responder a roles, está; prioriza el vínculo con hijos, con este código lo que se pretende es dar cuenta que todas las mujeres del estudio tienen como rol principal el de ser madres, ya que a pesar de tener una gran cantidad de actividad que hacer y poco tiempo para ello, de igual manera se dedican a sus hijos, priorizando la comunicación, y atención hacia ellos.

“Ya hicieron sus tareas, nos venimos y nos tiramos aquí en la cama, los tres los dos hijos y yo y regaloneamos un rato y estamos ahí jugueteando, o haciendo los tres cualquier cosa distinta pero los tres juntos” (II; 7)

“de hecho mis relaciones si he llegado a tener alguna también ha sido postergada por mis hijos porque siento que ellos me necesitan” (III;26)

“entonces hay que dedicarle un poco de tiempo a él, entonces juego a las tonteras de él, que el pellizcón, que me sale persiguiendo, tonteras pero que él lo pasa bien” (VI; 5).

Dentro de la categoría educación, encontramos el código; ayuda a hijos en actividades escolares, este código grafica lo anteriormente expuesto en la categoría anterior de priorizar el vinculo con los hijos, ya que estas mujeres están presentes como madres no solo en temas como la alimentación, salud y cuidado, se preocupan de sus hijos en los aspectos académicos, enseñando, ayudando y atendiendo sus inquietudes en los aspectos escolares.

“Mira bueno el tema escolar es como importante en especial con el menor, el tema de ayudarlo con las tareas que mira se hace aquí, hagamos acá , lo ayudo un poco en ese sentido” (II;7)

“llego a casa reviso cuadernos, reviso tareas me preocupo que estén bañados los niños que mi hijo haya llegado del colegio porque algunas veces no llega muy temprano” (III; 1)

“después llego a la casa a revisar las tareas de mis hijas” (V; 1).

La subcategoría entretención, recoge los datos en que las mujeres expresan no solo estar presente en temas como salud, alimentación y educación de los hijos, también están presentes en aspectos como la recreación, son ellas las que principalmente fomentan en los hijos la práctica de deportes o actividades recreativas, o extra programáticas, llevándolos a sus escuelas de música o de deportes, además de ocuparse de llevarlos a centros recreativos como parques, cerros o lugares de esparcimiento.

Uno de los códigos que compone esta categoría es; potencia actividades extraescolares de hijos, como ya antes se mencionó algunas de las mujeres del

estudio potencian a sus hijos en estas actividades, dándoles la oportunidad de desarrollarse en otras áreas, esto significa que ellas asumirán los costos en términos de traslados de los hijos, tiempo de espera de estos de sus actividades y de llegar más tarde a casa.

“Llamo a mi hija porque tengo una que estudia acá y de ahí me la llevo a la escuela de música y de aquí me voy a la escuela de música” (VI; 1)

“ehhh la actividad distinta a lo ehhh es llevarlo a música y normalmente es como el momento que tenemos para no estar peleando que hace esto, hace esto otro, ellos van a música y normalmente después nos vamos lentamente a la casa” (VI; 5).

Otra actividad para los hijos, es el deporte, aquí también están presentes, en el código; potencia deportes en hijos.

“Yo me preocupo desde el punto de vista deportivo y es de mi área lo que me gusta hacer entonces si estoy pendiente de que ellos hagan, realicen deporte, eh la más chica patina el más grande también en otro estilo pero eso es lo que se hace” (III; 7).

Y como último código en esta categoría está; actividad recreativa con hijos, muchas mujeres señalan realizar los fines de semana algún tipo de actividad recreativa con sus hijos, están preocupadas de ir a sitios donde se puedan contactar con la naturaleza, o bien donde puedan realizar alguna actividad física como andar en bicicleta, correr, etc. También algunas de ellas manifiestan realizar actividades recreativas en la casa, juegan con ellos, ven películas,

comparten alguna actividad fuera de las rutinarias que realizan en la semana, literalmente los entretienen.

“Los fines de semana o sea hacemos más actividades extra programáticas, que vamos a andar en bicicleta, vamos al cine, nos gusta ver películas, o simplemente estamos todo el día acostados, de pijamas, cacháis entonces ellos me ayudan a limpiar el patio, a sacar la basura, ese tipo de cosas, como de granja” (I;10)

“el fin de semana tenemos más actividades, yo los llevo al cerro. por Rojas Magallanes hacia arriba hay un cerro maravilloso, que es gratis tu subes, escalas, caminas, buscas bichitos, esas cosas, el día sábado nos dedicamos a eso, los día domingo muchas veces los sacamos a parques a acá cerca de la casa y ahí tenemos actividades pero en la semana no me queda tiempo para tener actividades” (VIII;6).

Dentro de la familia responde a roles, tenemos la última categoría que es salud, para ellas es muy importante la salud de los hijos, que sean saludables es una de sus principales preocupaciones , así lo manifiestan cuando se les pregunta por el cuidado de la salud de los miembros de su familia, en este aspecto no escatiman en atención, cuidado y dedicación, en la higiene, alimentación y controles para ellos, también se preocupan de la salud de sus maridos y hasta de sus mascotas, generosamente atienden a los miembros de su familia, aun cuando ellas se sientan enfermas. En esta categoría están los códigos; cuida la salud de otros, cuidado salud de hijos y cuidado de hijos.

En el código; cuida la salud de otros, están las situaciones relatadas por las mujeres del estudio, donde manifiestan la dedicación y preocupación que ponen cuando se trata de la salud de otros miembros de su hogar o incluso de las mascotas;

“Horas medicas de los niños controles, ehh asuntos varios, incluso hasta llevar al perro a la veterinaria para que lo operaran, los chequeos y hacerles las curaciones que en eso estoy ahora” (I; 6)

“pero gracias a Dios son niños sanos entonces la verdad es que le hago controles, los chequeos y eso yo los llevo, yo los paso a buscar, yo los dejo donde el doctor, yo les compro todo, los remedios, y controlo que los niños y los perros se tomen todos los antibióticos y esas cosas” (I;11)

“... por que según ella esos remedios le hacen bien poh, yo siempre preocupada de mi esposo si esta resfriado, la que se preocupa soy yo no más, porque siempre es la mujer la que tiene que preocuparse de eso” (VI; 9).

Sin duda que la mayor preocupación está puesta en; cuidado salud de hijos, y es en este código donde se expresa toda la preocupación de las mujeres del estudio, en este ámbito dedican su máxima atención, ellas están pendientes desde la higiene, alimentación y controles médicos de los hijos, a diferencia de lo que hacen con ellas mismas dicen que a la primera dolencia de los hijos ellas van inmediatamente a consultar con el médico, y los exámenes médicos los realizan oportunamente y sigue las indicaciones médicas cuando se trata de los hijos.

“Ehh, bueno de la salud de ellos me preocupo harto, ellos cada uno tienen su carpetita con sus últimos exámenes del año entonces me doy generalmente una semana en el año, que en este caso fue la semana pasada para hacerle todos los controles pendientes” (I;11)

“mira yo siempre ando pendiente por ejemplo del tema de la higiene, que del cloro, que desinfectar, que desinfectar los enchufes, y de todas las cuestiones así, de las vitaminas” (II; 8)

“eehh cualquier dolencias al tiro al doctor, eeehh consulta médica exámenes si hay que hacer” (VIII; 7).

Y como último código de esta categoría está; cuida de hijos, aquí se incluye el cuidado que va más allá de la salud, sino que el bienestar general de la convivencia, la atención y cuidado que ponen las mujeres en que las cosas funcionen bien en el hogar, con los hijos a través de la atención y conversación con éstos.

“Me da gusto llegar a mi casa también yo creo que por ahí parte la tranquilidad que a uno le guste llegar a la casa y conversar con los hijos que esté funcionando todo ahí parejito sin grandes altercados” (I;35)

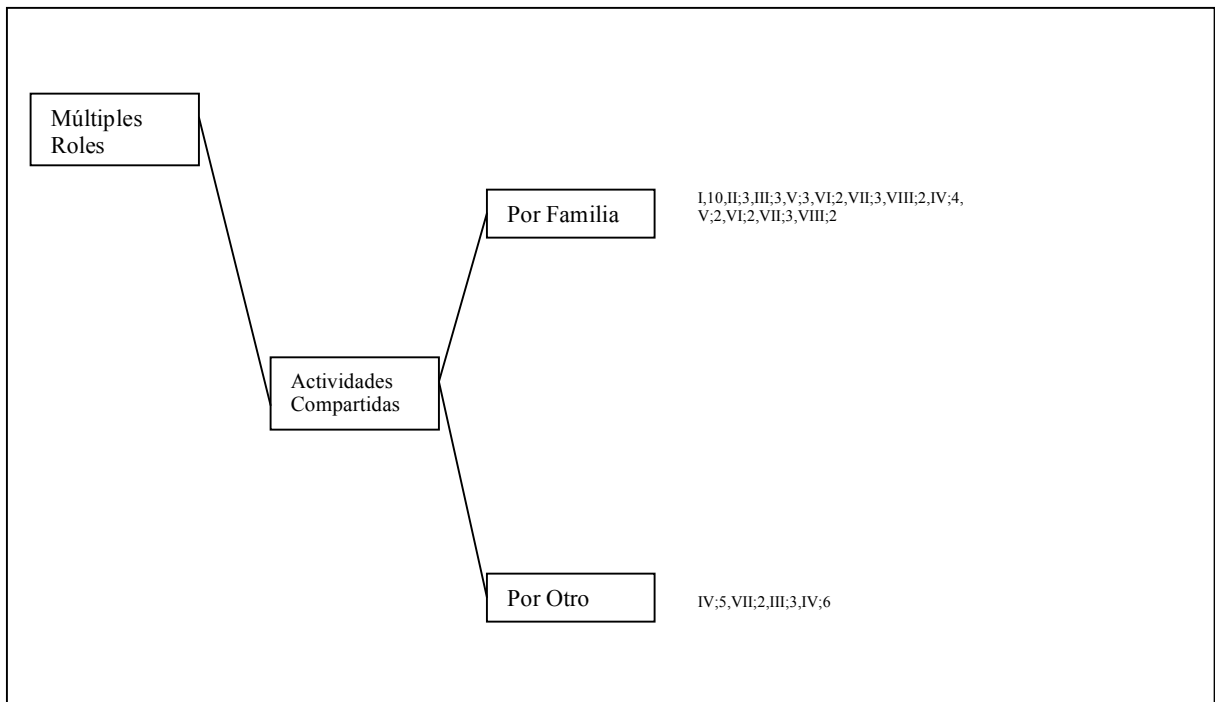


Fig. 6 Red descriptiva Nro.3” Múltiples roles”, familia, actividades compartidas, categorías por familia y por otro.

En la familia de actividades compartidas, vemos que se abre en dos categorías que son; por familia y por otro; esto se refiere a que las actividades que realizan las mujeres participantes del estudio pueden ser compartidas, o reciben cierta ayuda.

En la categoría actividades compartidas por familia, tenemos que la ayuda proviene por algún integrante de su familia ya sean los hijos o el marido, en el código; ayuda de hijos en tareas menores, tenemos actividades como sacar la basura, arreglar sus propias mochilas, hacer sus camas, son actividades bastante menores en relación a todas las tareas y actividades que deben desempeñar las propias mujeres, en muchas ocasiones las tareas son impuestas por las propias mujeres, ya que de forma espontánea no lo realizan.

“Cachái entonces ellos me ayudan a limpiar el patio, a sacar la basura, ese tipo de cosas, como de granja” (I; 10)

“ellos por ejemplo los chicos se responsabilizan de sus mochilas, de sus tareas, de sus materiales de esas cosas así yo tengo que buscárselos no más” (II; 3)

“bueno mi hijo es así hace solo su cama que yo lo obligué pero tengo que pelear para que la haga hace tu cama” (VI; 2)

“bueno cuando mi hijo llega temprano, él se preocupa de las camas mi hijo más chiquitito se preocupa de sacudir, ordenar los sillones” (VIII; 2).

Desde otro escenario, o como otro aporte tenemos la categoría; ayuda del marido en cuidado de hija, y en este aspecto podemos ver que los hombres se hacen presentes con su ayuda en el cuidado de los hijos, algo que es de gran ayuda y de suma importancia a la hora de crear un vínculo con los hijos, y de ser una ayuda para la mujer, lamentablemente en este aspecto solo se observa la ayuda en uno de los casos.

“O sea estoy diciendo mi esposo cuando llega del trabajo que la dejo con ella comparte con ella pero en el día yo estoy con mi hija” (IV; 4).

Y como último código de esta categoría tenemos; ayuda de marido en tareas menores , en este código se incluyó la participación de los hombres en las labores del hogar, el título del código dice tareas menores, ya que eso es precisamente, menores en relación a todas las actividades que realizan las mujeres del estudio, tanto en el cuidado de los hijos, como lo relacionado con la

salud y atención a todos los miembros del hogar , estas tareas con las que ellos cooperan no son tareas que realicen a diario o en muy pocos casos es así, ya que en la mayoría se trata de hechos circunstanciales como podrán ver en los relatos.

“Por ejemplo el desayuno lo tiene a cargo mi esposo” (V; 2)

“mi esposo es el que barre el patio la calle y yo estoy muy cansada de hacer las compras y de repente el ayudaba a cocinar y yo hago las cosas” (VII; 3)

“ehh muchas veces el se preocupa él de cocinar para el sábado ya que para mi igual es un alivio, es como reconfortante que te cocinen, que te sirvan y que después el lave la loza, el día sábado es como mi día libre” (VIII;2).

En la categoría por otro, nos referimos a la ayuda o cooperación que reciben las mujeres del estudio por una persona externa a la familia, una empleada, la madre de las mujeres o la suegra, el contar con el apoyo de un tercero es de suma importancia para ellas según sus relatos, en muchas ocasiones la ayuda solo se remite al tema de la cocina, y eso es un gran aporte, porque las libera de una actividad más que deberían realizar después de llegar de sus trabajos, el lavado o aseo del hogar, todas actividades asumidas como parte del rol de ser dueña de casa y que en muchos casos deben realizar solas a pesar del cansancio, agotamiento, falta de tiempo o enfermedad.

“Tengo una persona que un día a la semana que me ayuda para hacer el aseo y planchar, ese es como otra ayuda externa” (IV; 4)

“debo ser justa, tengo a una señora que me ayuda, que me deja hecho el aseo, lavado para el fin de semana y así después yo después voy manteniendo no más” (VIII;2).

El aporte de otras mujeres como la madre es de gran ayuda, como ya lo dijimos se liberan de una actividad que deben realizar posterior a su jornada laboral, además de tener que atender a los hijos y en algunas ocasiones a seguir trabajando en sus casas, por lo tanto esta ayuda que reciben la valoran enormemente.

“Mi mamá me cocina entonces eso para mí es una ayuda pero enorme porque no tengo que llegar después de todas las cosas que tengo que hacer gracias a dios no tengo que llegar a cocinar” (III; 3).

Otra mujer que se incluye en la ayuda a las mujeres del estudio es la suegra, otra mujer más que aporta para que éstas mujeres trabajadoras puedan desempeñar sus labores, el cuidado de los hijos que es una preocupación para las madres la pueden dejar en sus propias madres o sus suegras, y de alguna manera les permite realizar sus actividades con una mayor tranquilidad. Es por ello que se ha incluido el código; apoyo de la suegra en cuidado de la hija.

“Ahora yo trabajo y el la ve y como ahora tiene harto trabajo la paso a dejar donde su mamá en este caso para que ella la vea un par de horas hasta que yo salga de aquí a las dos hoy día ir a buscarla y llevármela” (IV; 6).

Ya presentada la tercera red descriptiva que trata sobre los múltiples roles de las mujeres participantes del estudio, podemos observar que la cantidad de actividades que deben desempeñar durante el día no son proporcionales en

relación a la ayuda y actividades que desempeñan los otros miembros del hogar, aun cuando puedan tener la posibilidad de contar con una tercera persona que les ayude en los quehaceres del hogar, cosa que según las palabras de estas mujeres valoran mucho, se sienten en muchas ocasiones sobrepasadas con tantas actividades, ya que después de su jornada laboral tienen que llegar a hacerse cargo de las actividades propias de manejar un hogar y de la atención que requieren sus hijos en edad escolar y sus maridos que también demandan atención y trabajo.

CONCLUSIONES

Según el estudio realizado se puede concluir que las mujeres participantes de este estudio, es decir, mujeres con múltiples roles, que trabajan fuera de casa, madres y muchas de ellas esposas, llevan una carga bastante importante en términos de la cantidad de actividades que deben realizar. Primero es importante destacar que son mujeres que deben comenzar su jornada diaria a muy tempranas horas del día, y se acuestan además muy avanzada la noche, ya que de lo contrario no alcanzarían a realizar todas las actividades que tienen que hacer en su calidad de multirol, esto indicaría que las horas de descanso son pocas o insuficientes para un adecuado cuidado de la salud. Dentro de todas las actividades que realizan muchas de ellas son para el cuidado o atención de otros miembros de su familia como hijos y marido, lo que nos lleva a concluir que es muy difícil para estas mujeres hacer a un lado su rol de madre y esposa, ya que hay una entrega de tiempo, energía y afecto en todas las actividades que realizan para otros, siendo los otros más importante que ellas mismas, como logro de la identidad femenina (Nadelson, C.; Notman, M., 1982).

De esta manera hablamos de una mujer para otros, para los hijos, para el marido, y para el trabajo y nunca para sí misma, alcanzando un grado de postergación importante, dentro de las mujeres entrevistadas todas ellas dijeron postergarse, y la postergación va desde algo tan sencillo como dejar de comer un dulce o un queque para dárselo a un hijo, hasta no poder sentarse a la mesa tranquilas a comer por tener que llevarle a los hijos o al marido la comida, o lo que estén solicitando en ese momento, la postergación vista desde el punto de vista femenino es parte del rol de ser madre, o de ser mujer, ya que hay que

servir a los demás, y tener una total entrega (Friday, 1983), esta conducta de postergación y de entrega está directamente relacionada con la autoestima (Brizendine, 2006), la amenaza de perder las relaciones sociales, la aceptación de los otros, la carencia afectiva y la pérdida de los lazos y apoyo sería una de las causas de esta actitud de postergación (Brizendie, 2006). Esta entrega absoluta de su rol de madre abarca no solo la satisfacción de las necesidades de alimentación, atención, educación, salud y afectiva de los hijos, también están las necesidades de recreación, esparcimiento y realización de los hijos, invirtiendo tiempo en estos menesteres, desde llevarlos a pasear y jugar a un parque, hasta involucrase en subirse a una bicicleta para acompañarlos, llevarlos a sus clases de música, deporte que practican, etc., o sea mujer y acompañaate para las actividades de otros, para la realización de otros y nunca para ellas mismas.

La percepción de sí mismas en su calidad de madre es la idea de la omnipresencia en torno a sus hijos, es por ello que en muchas ocasiones aparece la culpa como sentimiento por no poder estar en todas las actividades que realizan los hijos, o supliendo las necesidades de éstos, además de la autoexigencia que aparece en todos los relatos, muchas veces las lleva a pensar que deben entregar más, que no están haciéndolo bien, que por falta de tiempo no pueden darle una mejor alimentación a los hijos, que por cansancio no pueden compartir más con ellos, que por trabajar fuera de casa no están con ellos todo el tiempo, entonces intentan suplir esa falta con la entrega de mejores cosas, con estar pendientes, con llamar a diario por teléfono a los hijos cuando están en casa y ellas trabajando, con preparar succulentas comidas los fines de semana, con subir un cerro en bicicleta para que los hijos se distraigan y practiquen algún deporte, etc. y así la autoexigencia de su rol de madre aparece

teñida con culpa por no poder hacer todo lo que según ellas deberían hacer, o no hacerlo tan bien como una súper madre debería hacerlo.

La minimización de sus propios estados de salud son un importante punto a mencionar, ya que según las mujeres entrevistadas en este estudio, todas gozan de una muy buena salud física, sin embargo hay estados de enfermedad que revelan más adelante que son delicados y que requieren cuidados especiales que necesitan cierta atención y ocupación de éstos, sin embargo lo postergan o no los realizan.

El autocuidado es percibido como conductas que las ayudan a estar mejor físicamente, estas conductas son muy pocas, son mínimas, en relación a toda la cantidad de conductas que tienen que van en desmedro de su propia salud, y no es por desconocimiento, ya que muchas de ellas mencionan que intentan cuidar su alimentación, pero lamentablemente la falta del recurso tiempo y dinero va en desmedro de este ítem, así como muchas intentan consumir alimentos naturales y semillas que son saludables, la actividad física como deporte o como rutina de ejercicios es muy escasa, lo anterior es concordante con lo que señala el SERNAM (2010), ya que hay un alto porcentaje de mujeres que sufren de obesidad (30,7%), y sedentarismo (10,3 minutos al día de actividad recreacional), esto se explica porque éstas mujeres aun cuando todas quieren realizar algún tipo de actividad física o deporte, no disponen del tiempo necesario para hacerlo, y no solo la falta de tiempo es un impedimento también lo es el recurso económico, ya que muy pocas de ellas cuentan con ambos recursos, el cansancio de tener que levantarse a tempranas horas del día y acostarse muy tarde por la noche debido a la larga lista de actividades a realizar, explica porqué las mujeres al menos las de este estudio podrían tener una vida

más sedentaria, ya que sin duda el poco tiempo libre del cual disponen lo desean invertir en descanso.

Muchas conductas que son de descuido de su salud física son simplemente por no seguir las indicaciones médicas, por automedicarse, sin embargo, hay otras conductas que están relacionadas con los malos hábitos y con el riesgo, por supuesto que estas conductas las realizan con conciencia de ello, es decir, están muy conscientes que son conductas negativas para su salud, conductas riesgosas, y así lo expresan cuando se les pregunta por conductas que atentan contra su salud, ellas dicen comer en exceso, comer comida chatarra, fumar, que podría estar más relacionadas con la gratificación, y como forma de calmar un estado ansioso provocado por ejemplo por una rutina agotadora a la cual están sometidas, o por sentirse de alguna manera no retribuidas por la dedicación que ellas ponen en todo lo que hacen (Barberá, E y Martínez, I. 2004, p.301), a pesar de que es sabido que las mujeres tienen una percepción innata de su corporalidad (Correa y Jadresic, 2005) muchas de ellas desconocen su propia salud, minimizan sus estados afectados de salud, hacen caso omiso al cansancio que sienten, y siguen adelante con las actividades que tienen que realizar, esto es porque muchas veces se sienten responsables del cuidado y atención de otros ya que piensan que si las actividades no las realizan ellas nadie más las hará, no saldrá todo perfecto o como ellas esperan, con estos pensamientos y acciones simplemente siguen fomentando el modelo tradicional de que las mujeres son las encargadas del trabajo doméstico y cuidado de los hijos y los hombres están dedicados a trabajar fuera de casa, ser el proveedor de este hogar (Coddou, Méndez, 2002) y hacerse a un lado del trabajo doméstico o de la ayuda que pueden entregar en el hogar (PNUD, 2010).

El modelo por otra parte implica la infravaloración del trabajo doméstico y cuidado de los hijos, ya que algunas mujeres del estudio mencionan que no solicitan ayuda a sus parejas o maridos porque ellos llegan cansados, trabajan más, o porque simplemente es trabajo de mujer y no de hombre. Aún cuando la percepción de estos mismos hechos lo consideran absolutamente injusto, pues en su mayoría consideran que el trabajo o la cantidad de actividades que deben desempeñar no es equitativo en relación a lo que hace el otro, es decir, ellas no consideran equitativa la repartición de trabajo, ya que ellas hacen muchas más cosas, y a pesar de eso justifican el que los hombres no ayuden o no se involucren tanto en las actividades del hogar o en el cuidado de los hijos, aquí cabe preguntarse porqué si lo consideran injusto aun así lo aceptan o lo justifican, puede ser una forma de minimizar su malestar o la dependencia emocional de ser mujer para otro, o tener que estar en este sometimiento o sufrimiento de género entendido culturalmente (Correa y Jadresic, 2005).

Al parecer la alimentación es otro tema no menor, ya que a pesar de que todas las mujeres del estudio están consientes de la importancia de alimentarse bien según mencionan, se preocupan solo de la alimentación de los hijos, que sea equilibrada y saludable, sin embargo para ellas no hay tiempo de comer, no hay preparaciones saludables, todas dicen tener problemas en este aspecto, ya sea el comer en exceso o no comer suficiente, además de comer alimentos no saludables en su dieta, algunas mencionan que hacen caso omiso a las indicaciones médicas en ese aspecto, y a pesar de tener que lidiar en algunas ocasiones con malestares físicos producto de una mala alimentación, siguen adelante sus vidas sin poder detenerse a preparar algo para ellas que esté de acuerdo a lo que necesitan o a lo que desean realmente comer.

Desde esta misma línea se desprenden los problemas de sobrepeso o deficiencia en el peso, que mencionan tener, ya que muchas piensan estar fuera de su peso, ya sea en un exceso o una falta de peso, y este tema no es una preocupación menor, por todos los problemas de salud asociados a este factor, además de un tema estético no menor en estos tiempos donde se les pide además a las mujeres ser delgadas y bellas propio del estereotipo femenino implantado por la actual cultura (Barberá y Martínez, 2004), utilizando para ello cualquier recurso que esté a su alcance, llámese tinturas para el cabello, pinturas para la cara, ropa ajustada, fajas, zapatos con tacos altos, ropa incomoda en muchas ocasiones, todo con el fin de verse bien, femenina, delgada, bella (Correa y Jadresic, 2005), por supuesto la imagen corporal influye en como articulan los procesos sociales, cognitivos, afectivos y emocionales que afectan a la construcción de la propia imagen de ser una mujer (Barberá y Martínez, 2004), una mujer para otro, que debe cumplir con la imagen ideal, la satisfacción corporal como el cuerpo percibido, es decir, como cuerpo ideal que está relacionado más con la autoestima corporal y global (Barberá y Martínez, 2004), es decir, se puede apreciar que la atención de las mujeres del estudio está más centrada en la satisfacción corporal que estaría asociada a la deseabilidad social, más que con la salud misma que tiene que ver con el cuidado del cuerpo en términos de salud. Estos estereotipos culturales generan descontento en aquellas mujeres que no logran alcanzarlo, además se generan ideales contradictorios entre el reconocimiento y la exigencia del ideal, según Unger y Crawford (1996) en el libro *Psicología y género* las mujeres viven sometidas a la “doble atadura” que significa responder a ideales normativos y por otra parte muy difíciles de conciliar (Barberá, E. y Martínez, I. 2004), por supuesto que esta doble atadura de tratar de llegar al ideal significa una exigencia difícil de sobrellevar, ya que estas exigencias además son casi lograr la perfección. Las preguntas que

aparecen acá, es ¿porqué las mujeres del estudio buscan también la satisfacción corporal como forma de deseabilidad social y no tienen las conductas apropiadas para conseguirlo?, aun cuando este ideal esté muy fuera del alcance para cualquier mujer, y no sea aceptable este ideal bajo ningún termino por la exagerada exigencia que se impone a la mujer de esta sociedad, sin embargo no hay conductas de cuidado para lograr este ideal, solo hay una idea de querer llegar a éste, de sentirse mal por no llegar al ideal, de reconocer que se está lejos de él, pero no se toman las acciones de cuidado para poder llegar a ese ideal, aun cuando sea un ideal erróneo por lo exagerado. Esto en el ámbito de la satisfacción corporal, muy distinto es el caso de la salud y cuidado de la salud, una alimentación equilibrada, saludable, e indicada por un especialista, y esto es más importante aún, y obviamente impacta más, cuando vemos dentro de las respuestas de las mujeres entrevistadas que no toman en serio su salud, aun cuando han vivido importantes cuadros de enfermedades que tienen que ver con la alimentación, o con otro tipo de variable. Las mujeres del estudio no toman los resguardos, no realizan los chequeos médicos, no siguen las indicaciones médicas, no toman los exámenes que se les indica, siguen trabajando a pesar de estar enfermas, se automedican, no llevan un control sobre su salud reproductiva y ginecológica, ¿porqué estas mujeres no toman en serio su salud?, a pesar que los estudios indicarían que las mujeres tienen una mayor conciencia corporal (Correa y Jadresic, 2005), buscan más ayuda para sus problemas de salud y participan más de actos preventivos de salud (Sánchez, 2003), parece contradictorio los estudios con las respuestas y acciones de las mujeres del estudio.

El cuidado que se les da a otros integrantes de la familia en desmedro muchas veces de su propia salud, es un tema bastante indicado en las mujeres del

estudio, ya que muestran mucha preocupación en la alimentación, cuidado e higiene de sus hijos y de los miembros de la familia en general, aquí expresan toda su preocupación como cuidadoras, ya que llevan un estricto control de la salud de los hijos, de los exámenes y enfermedades de ellos, sin embargo al preguntarle por su propia salud no se recuerdan en su mayoría de los padecimientos propios, una vez más vemos reflejada la postergación, las mujeres son la principales cuidadoras de la salud de los miembros del hogar (CEPAL, 2007), , esto se puede también entender como un doble discurso, alimentación saludable para ellos, salud para los hijos, atención y diversión para ellos, sin embargo para ellas no está la misma preocupación, ni dedicación, ni tiempo invertido. Esta postergación al parecer está justificada ya que en su rol de madre y dueña de casa debería ser la encargada de estos menesteres, otra imposición cultural hacia el género femenino que recae sobre los hombros de todas aquellas mujeres que son madres, porque socialmente serán juzgadas si no lo hacen o si lo hacen mal, la aceptación y el reconocimiento para las mujeres es muy importante (Brizendine, 2006), por lo tanto lo que se diga de ellas les afecta.

Las licencias médicas por hijos enfermos son las mujeres quienes las toman, no son los hombres o padres de esos hijos (SERNAM, 2009), por lo que se deja fuera la responsabilidad del hombre o padre en este aspecto que tiene que ver con el cuidado. Se ha llegado a transformar en tema país el hecho de la baja cooperación de los padres en el cuidado y atención a los hijos, al grado de tener que lanzar campañas promoviendo la participación éstos para lograr una mayor participación de la mujer en el mundo del trabajo (SERNAM 2013), y para un mejor vínculo de los padres con los hijos como la campaña lanzada por el gobierno con el nombre de “Paternidad: amor, presencia y compromiso de

padre” Fundación Cultura y Salud EME (2013). Mientras los estamentos gubernamentales trabajan para la toma de conciencia de los hombres a asumir el rol de padres e involucrase en el cuidado de sus hijos, son las mujeres que deben estar ahí día a día realizando en forma silenciosa e incondicional el trabajo de cuidado de los hijos históricamente asumido por ellas.

Dentro del cuidado de la salud mental de las mujeres del estudio vemos que no hay una gran cantidad de conductas y actividades que realicen en pos del cuidado de su salud mental y de estar bien psicológicamente, sin embargo, se dan pequeños espacios donde pueden hacer una serie de ejercicios mentales para poder estar bien, para ellas es una preocupación su salud mental, estar bien, sentirse bien, en calma, tranquilas, tolerantes y sobre todo ser capaces de poder llevar todas las tareas que deben desempeñar. Las mujeres del estudio son personas que buscan mucho la ayuda en un ser superior, a través de sus creencias o por sus necesidades de creer en un ser superior que las ayuda a superar sus problemas y necesidades, lo que las lleva a una experiencia increíble de autosanación, integrando a su agitada agenda de actividades momentos de meditación, oración, estudio de la Biblia, reflexión y creencia en dios como parte de su proceso curativo y de cuidado, ya que expresan que estas actividades les ayuda a sentirse mejor e incluso a sanarse de algún malestar psíquico, todas ellas dicen entregar su salud mental a un ser superior, o realizar algún tipo de conducta o rito que las conecte con un ser superior que las ayude a sentirse bien en este aspecto; A pesar de que no muchas están seguras de los resultados reales de estas actividades dicen que las ayuda mucho para estar bien mentalmente, esta capacidad de buscar ayuda espiritual es propia de las mujeres (Carrillo, S. 2004), a través de estas respuestas podemos observar el reconocimiento de sus límites y de la necesidad de ayuda, en este caso es solicitada a un ser superior.

Este hecho es significativo y hermoso ya que buscan la protección en un ser superior y son capaces muchas veces de salir adelante frente a un problema, o las hace sentir confianza, fuerza y paz en sus agitadas vidas, muchas de estas mujeres han sido capaces gracias a esta especial particularidad de buscar ayuda en dios de salir adelante frente a enfermedades propias, frente a enfermedades de hijos o frente a problemas laborales o familiares que las estresan o deprimen, lo que las convierte en autosanadoras gracias a la fe que sienten, aunque su salud mental es una preocupación para ellas, muchas dicen poder controlar o manejar el distrés, esto parece ser algo cotidiano, son capaces de trabajar y llevar a cabo sus labores a pesar de sentirse al límite en algunas ocasiones, con esta capacidad auto aprendida de manejo o control del distrés. Sin embargo cuando es tiempo de buscar ayuda profesional en el área de salud mental muy pocas lo hacen, esto puede deberse a la falta de recurso tiempo y dinero, y también puede ser a la autopercepción de tener el control, o ser capaz de seguir adelante a pesar de sentirse al límite, ya que al parecer esto es una costumbre o algo cotidiano de estar siempre al límite en términos de descanso, alimentación y ocupación de su salud física y mental. Otro elemento muy importante en la salud mental de las mujeres del estudio que las ayuda a estar y sentirse mejor, son las herramientas o habilidades propias de su personalidad como el sentido del humor, el optimismo, sentirse tranquila y llorar, estas conductas y habilidades las ayuda a sentirse mejor, al igual que las relaciones sociales que puedan tener, el conversar con otras mujeres sobre sus problemas, o alegrías, o juntarse con sus amigos a conversar les ayuda a mantenerse saludables mentalmente, esto es tomado como autoayuda, ya que es parte de la toma de conciencia de un ser humano, la toma de conciencia de un problema, de un estado emocional, etc. que es el primer paso para ir en ayuda de uno mismo, o de tomar acciones al respecto.

Lamentablemente las conductas que van en desmedro de su salud mental son bastante más que las que van a favor de su salud, se puede hablar como una característica prácticamente general de las mujeres del estudio la autoexigencia que se imponen ellas mismas en todas las actividades que realizan, en todos sus roles, además de la impronta cultural de ser “súper mujer” o “súper mamá” y así un sin fin de frases que llevan a las mujeres a pensar que siempre deben hacer las cosas bien, sin descuidar ningún detalle pues debe buscar la perfección, no es difícil encontrar alguna propaganda televisiva que intente llevarnos a esos pensamientos, como una marca de electrodoméstico que habla sobre la “multimujer”, o un sin fin de comerciales donde aparece una mujer muy bien arreglada y feliz de estar pasando un trapero por el piso mientras aparecen flores y mariposas a su alrededor, claro la mujer limpia, está feliz, está muy arreglada y no se despeina mientras limpia el piso, este ideal de mujer bella, feliz y buena para limpiar la casa que está en completo orden mientras los niños juegan felices, es un ideal, una completa irrealdad, ya que desde el punto de vista de la mujer real, y las mujeres del estudio, muchas de ellas pierden la paciencia, están cansadas, agotadas, no tienen tiempo ni siquiera para comer hasta muy avanzadas horas de la tarde o noche, no se sienten felices ni realizadas de pasar un trapero por el piso, esto probablemente les genere mucha frustración, y así se exigen pues no están a la altura del ideal, de la madre buena que prepara platillos saludables para sus hijos mientras limpia, cocina y se preocupa de las tareas escolares de los hijos en un corto tiempo ya que deben compartirlo con las actividades del trabajo profesional, traslado, quehaceres del hogar y descansar en el poco tiempo que les queda.

Aparecen en el estudio muchos trastornos mentales y psicológicos que hablan del colapso al cual llegan las mujeres autoexigidas, y pospuestas del estudio,

como son la ansiedad, la depresión, angustia, estrés, desgano, poca tolerancia, descontrol, falta de ánimo, etc. no es difícil darse cuenta que son consecuencia de la cantidad de exigencia que hay sobre sus hombros (Politakis, 2001). Además de los factores externos sociales que deben soportar como son la discriminación en el trabajo, acceso a la salud, recursos económicos (Correa E. y Jadresic E.2000), provoca en ellas una sensación de desamparo, de sentir que se nada contra la corriente y que su esfuerzo adicional de tener trabajo doble (Correa E. y Jadresic E.2000), no son reconocidos y esto las lleva a estar siempre en desmedro de sus propias necesidades lo que les provoca además frustración (Barberá, E y Martínez, I.2004). Algunas de ellas manifestaron la necesidad de pedirle ayuda a los integrantes de sus familia, hijos y marido, pero simplemente no la escuchan según sus palabras, lo que probablemente aumente y agrave su sensación de desamparo, así como otras mujeres manifestaron que no conversaban con sus parejas pues no eran escuchadas, la imposibilidad de expresar sus sentimientos y necesidades libremente genera sentimientos de infravaloración e indefensión en ellas aumentando su estados anímicos e insatisfacción (Barberá, E. y Martínez, I.2004).

Dentro de las limitaciones metodológicas del estudio se puede mencionar que debido a la diversidad socioeconómica de las participantes del estudio se encontraron categorías que puede ser necesario ampliarlas y apoyarlas con otras investigaciones del mismo ámbito, ya que los recursos económicos son un factor importante a considerar frente al acceso a la salud en términos físicos y psicológicos, así como también puede ser necesario realizar otros estudios que de alguna manera puedan recoger información sobre aspectos que tienen que ver con la salud mental de las mujeres en términos de satisfacción de los roles que cumplen las mujeres en esta sociedad, otra limitación del estudio puede ser que a

pesar de que las mujeres participantes de este estudio tienen diversas profesiones un gran porcentaje de ellas trabaja en un establecimiento educacional como docentes, o realizando otra labor pero en un establecimiento educacional, lo que de alguna manera influye en su rol de cuidadora, pudiendo el estudio entregar resultados más influyentes en ese aspecto, lo que también podría apoyarse con otros estudios más transversales en términos de diversidad de profesiones y escenarios de trabajo.

El estudio intenta aportar la percepción que tienen las mujeres sobre sí mismas en términos de salud física y mental, ya que es difícil saberlo cuando la mujer en esta sociedad está básicamente dedicada a otros y no así mismas, no se hacen preguntas de su propio estado de salud o como se ven a sí mismas en esos términos, ya que están muy ocupadas dedicándose a sus seres queridos, ignorándose a sí mismas en algo que es tan importante como la propia salud, ya que siempre los otros son más importantes que ella misma (Nadelson, C.; Notman, M., 1982). Por otra parte y aunque hace algunas décadas la salud de la mujer está siendo estudiada y aplicada en forma diferenciada a la de los hombres (Sánchez, 2003), aun las propias mujeres desconocen sus propios estados de salud, sin ser capaces de diferenciar un estado de salud física y asociarlo con un estado mental o de salud mental, o simplemente ser capaz de darse cuenta cuando se puede o no manejar una situación de enfermedad en forma adecuada o pedir ayuda profesional, es por ello, que el estudio ha intentado al menos en las mujeres participantes hablar de su propia salud y de cómo se sienten en ese aspecto, sin tener que referirse a otros, es decir, observarse a sí mismas.

Aunque desde la década del 70 se está hablando de la salud de la mujer (Sánchez, 2003), aun es un tema desconocido, y para ser justos debemos decir

que solo hace 43 años se habla de la salud específica de la mujer, ya que por siglos se habló y se estudió la salud y la enfermedad como único referente el hombre (Legato .2005), es por ello que todavía no hay un conocimiento mayor sobre la importancia de la salud en la mujer, del cuidado de la salud en la mujer y del peligro de la calidad de vida de la mujer por los múltiples roles que desempeña en términos de sobrecarga y falta de descanso, a parte del poco reconocimiento e infravaloración del trabajo doméstico que les genera insatisfacción e influyen en sus estados de ánimo (Barberá. E y Martínez, I.2004), este es un tema que se debería proyectar por los profesionales de la salud mental en términos de psicoeducación, así como apoyar y fomentar los estudios en las mujeres sobre salud física y mental y autocuidado de ambas.

REFERENCIAS

Asociación Chilena de Seguridad (2010). *Revista Vivir Sano y Seguro*. Recuperado el 21 de noviembre de 2013, de http://ww3.achs.cl/ws/wps/wcm/connect/d5081f0045ba241abe67fe642a8c9a6b/Revista_VSS_Diciembre2010.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=d5081f0045ba241abe67fe642a8c9a6b

Avendaño, C. y Leiva, P. (1998): *Cuestionario de riesgos para la salud psicológica en enfermeras*. *PSYKHE*, 7, 52 – 61.

Avendaño, C., Ramírez, V. y Román, J. A. (marzo, 2000 – marzo 2002): *Papeles Múltiples y bienestar psicológico en mujeres microempresarias de Santiago de Chile*. Santiago, Chile. Financiamiento Fondecyt N° 1000519. Co-investigado.

Barberá, E. y Martínez, I. (2004): *Psicología y Género*. Madrid, España: Pearson Educación S.A.

Biblioteca Nacional de Chile (2013), *Voto Femenino*. Recuperado el 19 de noviembre de 2013 de <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-93508>.

Brizendine, L. (2006). *El cerebro Femenino*. Del Nuevo Extremo, Buenos Aires.

Carrillo, S.(2004). *Lo Mágico y Mítico de la Mujer como diosa*. Recuperado el 05 de octubre de 2013, de: <http://www.monografias.com/trabajos37/mujer-como-diosa/mujer-como-diosa2.shtml>

Centro de Estudios de la Mujer (2002). *El Estrés de la Mujer*. Recuperado el 19 de noviembre de 2013, de <http://www.cem.cl/argumentos/ediciones/argu57.htm>

Centro de Estudios de la Mujer (2010). *Reflexiones Sobre Salud Mental y Trabajo en Chile: Análisis de Siete Casos Desde Una Perspectiva de Género*. Recuperado el 5 de noviembre de 2013, de <http://www.proyectoaraucaria.cl/documentos/20121008130728REFLEXIONES%20SOBRE%20SALUD%20MENTAL,%20TRABAJO%20Y%20GÉNERO%20EN%20CHILE.pdf>

Clínica las Condes (2005). *El Estrés afecta más a las Mujeres*. Recuperado el 19 de noviembre de 2013, de https://www.clinicalascondes.com/ver_articulo.cgi?cod=1235141102

Cielo (2009). *Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud*. Recuperado el 5 de noviembre de 2013 de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S185182652009000300007&script=sci_arttext

Coddou, F. Y Méndez, C. (2002). *La Aventura de ser Pareja*. Editorial Random House Mondadori S.A. Santiago.

Correa, E. & Jadresic, E. (2005). *Psicopatología de la Mujer*. Santiago, Chile: Mediterráneo.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2007). *Mujer y Desarrollo. El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos*. Recuperado el 19 de noviembre de 2013 de <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/31535/lcl2800.pdf>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2007), *El Cuidado como cuestión Social desde un enfoque de derechos*. Recuperado el 19 de noviembre de 2013, de <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/31535/lcl2800.pdf>

Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnología. (2006-2009). *Mujeres Protagonistas de la Ciencia*. Recuperado el 08 de mayo de 2011, de <http://www.conicyt.cl/documentos/GENERO20agosto.pdf>

GUBA, E.G. (1981). *Criterios de credibilidad en la investigación naturalista*. En Gimeno Sacristán, J. y Pérez Gómez, A. *La Enseñanza: su teoría y su práctica*. Madrid: Akal, 148-165.

Flores, A. (2012). *Cuidado y subjetividad: Una mirada a la atención domiciliaria*. (Serie 112 Mujer y Desarrollo). Santiago, Impreso en Naciones Unidas.

Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola. (s.f). *Glosario de Genero*. Recuperado el 19 de noviembre de 2013, de http://www.ifad.org/gender/glossary_s.htm

Friday, N. (1983). *Mi madre y yo misma*. Argos, Barcelona.

Fundación Cultura y Salud EME (2013). *Seminario Paternidad, Cuidado y Corresponsabilidad*. Recuperado el 19 de noviembre de <http://www.eme.cl/seminariopaternidad2013/>.

Gaceta Sanitaria (2014). *La salud pública desde la perspectiva de género y clase social*. Recuperado el 19 de febrero de 2014, de <http://gacetasanitaria.org/es/la-salud-publica-desde-perspectiva/articulo/13062243/>

Goñi, A. y Álvarez, M. (2004). *Los Rostros de Eva*. Madrid: Edad S.A.

Guba, E. (1990). *The paradigm dialog*. Newbury Park: Sage

Hernández, R., Fernández, C., Basptista,P.(2006). *Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw-Hill Interamericana Editores S.A. México D.F

Instituto Español de Estudios de Estrategia (2012), *El Papel de la Mujer y el Género en los Conflictos*. Recuperado el 18 de noviembre de 2013, de http://www.ieee.es/Galerias/fichero/cuadernos/CE_157_PapelMujeryGeneroConflictos.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas (2002). *Distribución de la Fuerza de Trabajo; según sexo y edad*. Recuperado el 04 de marzo de 2012 de http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/mercado_del_trabajo/empleo/series_estadisticas/series_2002/fuerza.php

Instituto Nacional de Estadísticas (2002). *Mujeres chilenas, Tendencias de las últimas décadas*. Recuperado el 04 de marzo de 2013 de http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/mujeres/pdf/mujchilenasvol3.pdf.

Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*. 7, 19-40.

Manual Diagnóstico y Estadísticos de Trastornos mentales (1995). *Trastorno Somatomorfo*. Pichot, P et al. España. Editorial Masson S.A.

Medical Discovery News (2013). *James Barry*. Recuperado el 19 de noviembre de 2013, www.medicaldiscoverynews.com/.../jamesBerry.html

Mejía, J. (04 de septiembre de 2013). *Epistemología de la Investigación Social en América Latina. Desarrollados en el siglo XXI*. Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Recuperado de <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/08/scriban>

Ministerio de Salud, Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) (2009). *Mortalidad General e índice de swaroop, según región, servicio de salud y comuna*. Recuperado el 06 de junio de 2011, de http://deis.minsal.cl/vitales/vitales2009/Mortalidad_General.htm

Murray, JL, y López, A, (2201). *Carga Mundial y Regional de la enfermedad y factores de riesgo; análisis sistemáticos de los datos de la salud de la población*. Recuperado el 4 de abril de 2011 de http://www.ph.ucla.edu/EPI/29107/cmat29107/lancet367_1747_1757_2006.pdf

Nadelson, C.; Notman, M. (1982): *The Woman Patient*. Plenum Press, New York.

Organización Mundial de la Salud (2009). *Salud de la Mujer*. Recuperado el 19 de noviembre de 2013, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>

Organización Mundial de la salud (2009). *Salud Mental: un estado de bienestar*. Recuperado el 06 de junio de 2011, de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html

Organización Mundial de la Salud (2010), *Género y Salud Mental de las Mujeres*. Recuperado el 19 de noviembre de 2013, de <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST456ZI9365>

Organización de las Naciones Unidas (2013). *Derechos de las Mujeres y Equidad de Género*. Recuperado el 5 de noviembre de 2013, de <http://www.onu.cl/onu/derechos-de-las-mujeres-y-equidad-de-genero/>

Organización Mundial de la Salud (s.f). *Definición de salud* .Recuperado el 21 de mayo de 2011, de <http://www.colegiovirgendeeuropa.com/PDFs/apuntes%20maria%20jesus/segundaev/SALUD>

Pautassi, L., Faur, E., Gherardi, N. (2004), *Legislación laboral en seis países latinoamericanos. Avances y omisiones para una mayor equidad*. Serie Mujer y Desarrollo No 56, Santiago de Chile, CEPAL

Periodistas en Línea ORG. (s.f). *Las Diferencias Cerebrales entre él y ella*
Recuperado el 11 de marzo de 2013 de
<http://www.periodistaenlinea.org/modules.php?op=modlead&name=News&file=article&sid=1459>

Pizarro, O. y Guerra, M. (2010). *Rol de la Mujer en la gran empresa*.
Recuperado el 08 de mayo de 2011, de
<http://mujeresempresarias.cl/home/wp-content/themes/default/docs/rol-de-la-mujer-en-la-gran-empresa-2010.pdf>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2010) Igualdad de Género, Recuperado el 18 de noviembre de 2013, de
<http://www.pnud.cl/areas/6.asp>

Politakis, G. (2001): *Trabajo nocturno de las mujeres. El doble anhelo protección-igualdad*. Revista Internacional del Trabajo, 120, 469- 494.

Radio universidad de Chile (2012). *Las Políticas de Estado no han sido efectivas para lograr igualdad de género en Chile*. Recuperado el 20 de noviembre de 2013, de <http://radio.uchile.cl/2012/10/24/las-politicas-de-estado-no-han-sido-efectivas-para-lograr-igualdad-de-genero-en-chile>

Rodríguez, C. (2005). *Economía del cuidado y política económica: Una aproximación a sus interrelaciones*. Recuperado el 19 de noviembre de 2013 de: http://www.eclac.cl/mujer/reuniones/mesa38/C_Rodriguez.pdf

Rodríguez, S., Quiles, L. Herrera, O. (2005). *Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad*. Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM [en línea] 2005, XV (julio-diciembre). Recuperado el 19 de noviembre de 2013 de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=65415209>

Sánchez, M. Pilar. (2003). *Mujer y Salud*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos, S.A.

Sánchez, M., Aparicio, M., Dresch, V. (19 de octubre de 2013). *Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres*. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3257>

Servicio Nacional de la Mujer (2004). *Desigualdades en la salud mental de la población ocupada*. Recuperado el 04 de marzo de 2013, de <http://estudios.sernam.cl/documentos/?eMTkzMjUxMw==>
Desigualdades_en_la_salud_mental_de_la_población_ocupada

Servicio Nacional de la Mujer (2007). *Jóvenes en Chile*. Recuperado el 04 de marzo de 2013 de <http://estudios.sernam.cl/documentos/?eMTQ0MDE1Mw==>
Jovenes_en_Chile.

Servicio nacional de la Mujer (2009). *¿Cómo Distribuyen el Tiempo Hombres y Mujeres?* Recuperado el 21 de mayo de 2011, de <http://estudios.sernam.cl/documentos/?eNjQzODY0>

Servicio nacional de la Mujer (2009). *Perfil de la Salud Ocupacional de las Mujeres en Chile*. Recuperado el 07 de mayo de 2011, de http://estudios.sernam.cl/documentos/?eMzQ2Njk2Perfil_de_la_Salud_Ocupacional_de_las_Mujeres_en_Chile

Servicio Nacional de la Mujer (2010). *Encuesta Nacional de Salud (2010)*. Recuperado el 21 de mayo de 2011 <http://estudios.sernam.cl/?m=e&i=62>

Servicio nacional de la Mujer (2010) *Mujer, Trabajo y Participación*. Recuperado el 07 de mayo de 2011, de <http://estudios.sernam.cl/?m=t&i=8>

Servicio nacional de la Mujer (2011). *El Derecho a ganar lo mismo*. Recuperado el 18 de febrero de 2012, de <http://estudios.sernam.cl/documentos/?eMTcyMzI2MA==>

[El_Derecho_a_Ganar_lo_Mismo:_Ley_20.348._Igualdad_de_Remuneraciones_entre_Hombres_y_Mujeres](#)

Servicios nacional de la Mujer (2011) Plan de Igualdad entre hombres y mujeres http://www.interior.gob.cl/media/2012/01/Plan_de_Igualdad_de_Oportunidades_2011_2014.pdf Extraído el 29 de abril de 2013

Servicios Nacional de la Mujer (2013), *Noticias Nacional*. Recuperado el 19 de noviembre de 2013 de <http://portal.sernam.cl/?m=sp&i=4172>

Straus, A. L.& Corbin, J (1990): Basic of qualitative research. London, England: Sage.

Taylor, S & Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de Investigación-La búsqueda de significados*. Buenos Aires: Paidós.

Taylor, S & Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de Investigación*. Barcelona: Paidós.

Universidad de Castilla la Mancha (2000). *Cuidadoras Informales: Una Perspectiva de Género*, Recuperado el 19 de noviembre de 2013 de http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2013/cuidadoras_informales.htm

Universidad de Chile. (s.f). *Grandes Figuras Ilustres Eloísa Díaz Insunza*. Recuperado el 19 de noviembre de 2013, de <http://www.uchile.cl/portal/presentacion/historia/grandes-figuras/otras-figuras-ilustres/8017/eloiza-diaz-insunza>

Universidad del Desarrollo (2010). *Rol de la Mujer en la gran empresa*. Recuperado el 08 de mayo de 2011, de <http://mujeresempresarias.cl/home/wp-content/themes/default/docs/rol-de-la-mujer-en-la-gran-empresa-2010.pdf>

Universidad Oviedo (2006), *Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres*, Recuperado el 20 de noviembre de 2013, de www.unioviedo.es/reunido/index.php/PST/article/download/.../8340

Uribe, V (2008). *Inequidades de género en el mercado laboral: El rol de la división sexual del trabajo*. Cuaderno de Investigación N° 35, División de Estudios, Dirección del Trabajo. Santiago, Chile.

ANEXOS

Entrevista Acerca de:

La percepción de la salud mental y Física de las mujeres con roles múltiples

- 1.- ¿Puedes relatarme por favor como es un día habitual tuyo, desde cuando te levantas hasta cuando te acuestas?
- 2.- ¿Dentro de todas las actividades que debes desempeñar en tu hogar, cuales compartes?, ¿Cómo te ayudan?, ya sea tu marido, pareja o el resto de tu familia.
- 3.- ¿La ayuda que recibes la consideras equitativa en relación a todo lo que haces tú?
- 4.- ¿Quién se encarga principalmente de los hijos?
- 5.- ¿Qué actividades realizas con tus hijos a diario?
- 6.- ¿Cómo te ocupas de la salud de los miembros de tu hogar?
- 7.- ¿Cuándo fue la última vez que te enfermaste y de qué? cuéntame cómo fue esa experiencia.
- 8.- ¿Qué hiciste para recuperarte?
- 9.- ¿Cómo encuentras que estas de salud? , ¿Te enfermas habitualmente?
- 10.- ¿Qué repercusiones tienes en tus actividades al estar enferma?

11.- ¿Cuéntame cómo te alimentas un día laboral cualquiera?, ¿crees que tienes algún problema en esta área?

12.- ¿Realizas periódicamente un chequeo médico?, si, no ¿por qué?

13.- ¿Realizas alguna rutina, o actividad para el cuidado de tu salud?

14.- ¿Qué actividades realizas que consideras poco saludables?

15.- ¿Cómo ves tu salud mental?, ¿Has tenido algún problema psicológico? ¿A que lo asocias?, ¿Cómo te das cuenta?

16.- ¿Cómo manejas tu salud mental, haces algo para mantenerte saludable en ese aspecto?

17.- ¿Has tenido alguna licencia psiquiátrica, ya sea por depresión, estrés u otro tipo de enfermedad relacionada con la salud mental?, ¿cuéntame cómo fue?

18.- ¿Realizas periódicamente un chequeo médico? Si, no ¿Por qué?

19.- ¿Crees que te postergas en algunas ocasiones?, ¿Me puedes dar un ejemplo de ello?

20.- ¿Qué recomendaciones le podrías dar a otra mujer para estar saludable física y mentalmente?

21.- ¿De esas recomendaciones que me das, cuál de ellas practicas tu?

ANALISIS INTRACASO

CASO : 1
MUJER : Patricia C.
EDAD : 44 años
TRABAJO : Gerente de Ventas de una Agencia de Viajes

Patricia es separada, tiene 44 años y vive con sus dos hijos de 14 y 16 años, trabaja en una Agencia de Viajes como Gerente de Ventas, tiene un nivel socio económico medio alto, trabaja de lunes a viernes en la Agencia de viajes, su jornada comienza a las seis y media de la mañana preparando la colación de los hijos, los lleva al colegio en su auto y luego se va a su casa a preparar para ir a su trabajo, llegando al lugar entre las diez y diez y media de la mañana, se retira de su trabajo a las tres media de la tarde más o menos luego pasa a buscar a sus hijos al colegio, es ella quien va al supermercado, se encarga de los controles médicos de los hijos, lleva el perro al veterinario. Muestra preocupación por sus hijos realizando actividades los fines de semana como andar en bicicleta, ir al cine o ver películas en casa. Para los quehaceres del hogar tiene una persona quien le ayuda con esas tareas. El padre de los hijos ve a sus hijos fin de semana por medio y los días jueves los pasa a buscar al colegio, según ella es la ayuda que recibe de su ex pareja y la considera poca.

Ella se preocupa de la salud de sus hijos llevando un estricto control, cada hijo tiene una carpeta donde mantiene los exámenes y toda la información de sus controles, sin embargo ella no muestra la misma preocupación por la salud propia, postergando sus controles médicos. Reconoce tener un problema con su

alimentación, ya que come a deshoras y hace caso omiso a las indicaciones médicas respecto a la alimentación que debería llevar, además de fumar. Al preguntarle por su salud ella manifiesta no acordarse de cuál fue su última enfermedad, no recuerda enfermedades importantes que tuvo, ni las fechas y manifiesta que estando enferma igual debía salir a hacer cosas. Al preguntarle por su salud ahora dice encontrarse bien aun cuando reconoce tener una sobrepeso, respecto al cuidado de su salud en caso de enfermedad ella dice seguir funcionando igual, conectada al teléfono y hacer las cosas aun a la rastra, esta situación la estresa y angustia ya que no le gusta guardar reposo o tener una dieta especial en caso de enfermedad.

Para el cuidado de su salud ella practica baile árabe y se da un masaje de relajación dos veces por semana, lo que la ayuda a mantenerse bien físicamente y relajarse, en relación a su salud mental ella reconoce haber sido diagnosticada de depresión después de su separación y un estrés posterior provoco un cuadro de meningitis, dice hacer interesantes trabajos mentales que la ayudan en su autoestima, realiza una mini meditación, le gusta estar sola, pensar harto y realiza un trabajo de buenas energías para revertir angustias.

ANALISIS INTRACASO

CASO : 2
MUJER : Patricia A.
EDAD : 43 años
TRABAJO : Jefa Unidad Técnico Pedagógico Colegio Técnico Profesional

Patricia A. es casada hace 19 años, vive con su marido y sus dos hijos del 15 y 13 años, trabaja en un colegio denominacional como jefa de la unidad técnico pedagógica para enseñanza básica y media, su nivel socio económico medio bajo, trabaja de lunes a viernes en el establecimiento educacional de ocho de la mañana hasta las seis media de la tarde, su día comienza a las cinco de la mañana preparando el desayuno para sus dos hijos que se los lleva hasta la cama, prepara las loncheras de los hijos y les ayuda en el proceso de preparación para ir al colegio, despide al marido a las siete de la mañana abriéndole el portón para que saque el auto y termina de arreglarse para salir al trabajo. Patricia trabaja en un establecimiento educacional realizando varias tareas en su calidad de jefe técnico pedagógico, según relata tiene una persona que la ayuda con el trabajo doméstico, los hijos se responsabilizan de sus mochilas y sus tareas, sin embargo materiales que son pedidos por los profesores ella se hace cargo, además de la comida para ellos, dice no percibir mucha ayuda del marido por la larga jornada de trabajo que él tiene, la ayuda que recibe no la considera proporcional para todo lo que debe realizar ella, es ella quien apoya a los hijos en sus actividades académicas, comparte bastante con ellos ya que ve que crecen muy rápido, realizan actividades recreativas juntos, ella se preocupa de la salud

de los hijos a través de la higiene, de los alimentos, vitaminas y remedios que consumen. Reconoce que se enferma harto y sufre de constantes episodios estomacales que ya no los considera como enfermedad, además sufre de problemas en la rodilla, dice enfermarse menos ahora que ha hecho un cambio en su alimentación, los episodios de enfermedad los vive como una baja de capacidad para desarrollar las tareas habituales , sin embargo, sigue sus actividades diarias como siempre a pesar de sentirse enferma, al preguntarle por la alimentación dice estar consciente que tiene un problema en esa área, un desorden, dice no estar muy preocupada por la comida. No se realiza chequeos médicos periódicos, no realiza actividad física, dentro de las actividades que considera poco saludables están las ganas de comer cosas que es hacen mal para su problema de estómago y sin límites. Dentro de su salud mental dice haber visitado a un psicólogo que la ayudo mucho, al igual que un psiquiatra, en un episodio depresivo que tuvo, ella dice que para manejar de mejor manera su salud mental ora, escucha música relajante, sale al patio a regar las plantas y conversar con dios. Reconoce que se posterga bastante, ella recomienda a las mujeres darse más tiempo libre para ellas.

ANALISIS INTRACASO

CASO : 3
MUJER : Elizabeth
EDAD : 38 años
TRABAJO : Inspectora de patio de establecimiento educacional

Elizabeth es separada, tiene dos hijos de 16 y 11 años, vive en la casa de sus padres de forma independiente pero con los padres después de su separación, trabaja en un colegio particular como inspectora de patio, tiene un nivel socio económico bajo, su día comienza a las cinco de la mañana, trabaja de lunes a viernes desde las siete y media hasta las cuatro y media de la tarde algunos días de la semana, y otros días se queda realizando actividades extra programáticas deportivas hasta las seis y media como aerobox, step, o baile entretenido, los días que sale temprano trabaja en forma particular realizando masoterapia a domicilio hasta las ocho y media aproximadamente para llegar a su casa a revisar los cuadernos de los hijos, ayudarles con las tareas , lavar y planchar si es necesario y termina su día a las doce de la noche, su madre la ayuda con la comida para sus hijos y no debe cocinar, sin embargo de las labores domésticas que debe realizar recibe ayuda de sus hijos pero mínima en relación a todo lo que tienen que hacer ella, dentro de las actividades que realiza con sus hijos esta el culto matutino que hacen por su religión en la mañana y en la tarde y ahí comparte con sus hijos, dice preocuparse de la salud de sus hijos del punto de vista deportivo ya que se preocupa de que ellos practiquen algún deporte, de la alimentación dice que se encarga su madre. Reconoce estar enferma de la tiroides y que periódicamente le dan crisis ya que le baja la tiroxina y baja su

estado anímico y siente dolor, dice que hace un trabajo psicológico al respecto ya que no visita al médico ni toma licencia porque no tiene los medios económicos para hacerlo, dice sentirse bien de salud aunque con muchos problemas emocionales, las repercusiones para ella de estar enferma es que anda más lento que de costumbre y llora mucho, sin embargo realiza igual sus actividades, dice o tener tiempo muchas veces para almorzar, dice tener problemas en el área de la alimentación ya que no es ordenada en sus horarios para comer, no realiza los chequeos periódicos que debería realizar por su tiroides, dice que dentro de las actividades poco saludables que realiza es comer golosinas, dentro de su salud mental dice haber estado muy mal después de sus separación con una grave depresión que aún conserva, fue a un psicólogo y neurólogo y aun toma medicamentos para la depresión, dice postergarse todo el tiempo y darle prioridad a sus hijos, cuando se le pide recomendaciones para que otras mujeres estén bien física y mentalmente ella dice no ser la persona más recomendada o un mejor referente para las demás, sin embargo dice que hacer terapias y reírse sin dejar de enfrentar los problemas.

ANALISIS INTRACASO

CASO : 4
MUJER : Marcela
EDAD : 31 años
TRABAJO : Profesora en establecimiento educacional técnico profesional

Marcela es casada y vive con su hija pequeña y su marido, trabaja en un establecimiento educacional, técnico profesional realizando clases de contabilidad un día a la semana de siete y media de la mañana hasta las dos de la tarde, ella es de profesión contador, tiene un nivel socio económico medio bajo. Ella está con su hija todo el día, y cuando llega su esposo comparte con la hija, se junta con otras madres jóvenes de una iglesia y estudia un libro de consejos sobre cómo educar a los hijos. Dice que su esposo le colabora bastante con su hija, y además una vez a la semana una persona va a ayudarle con los quehaceres del hogar. Preocupada del bienestar de su hija juega con ella, la lleva al parque y tiene estrictos horarios de siesta y comida. Ella trata de cuidar de su salud y en especial de la salud de su hija y marido a través de la alimentación sana. Dice gozar de buena salud aunque admite estar bajo peso por comer a deshora y no lo suficiente, no realiza deportes ni ejercicios ya que dice no tener tiempo, por el tiempo que debe dedicar a su hija. No realiza chequeos médicos periódicos, sino que dice que va cuando está enferma, no como algo preventivo, no ha asistido al psicólogo, para estar bien psicológicamente pide ayuda a dios, nunca ha tenido una licencia psiquiátrica, dice postergarse muchas veces en post del bienestar de su hija y por todos los quehaceres en relación a su hija. Ella

aconseja a las mujeres para estar bien física y mentalmente hacer ejercicios y alimentarse bien aunque admite que ella no puede hacerlo , además de juntarse con personas afines que están en la misma situación de ella como parejas jóvenes y estudiar la Biblia, orar y reflexionar, esto último ella si lo realiza.

ANALISIS INTRACASO

CASO : 5
MUJER : Jeanette
EDAD : 38 años
TRABAJO : Profesora en Colegio Técnico Profesional

Jeannette es casada y vive con sus dos hijas y su marido, trabaja en un establecimiento educacional, realizando clases de contabilidad, además es coordinadora del departamento técnico profesional del establecimiento educacional. De nivel socio económico medio bajo, comienza su día a las seis y media de la mañana y termina en su trabajo a las cuatro y media de la tarde algunos días, y otros días debe quedarse hasta más tarde porque debe hacer horario de permanecía o hay consejo de profesores, luego llega a su casa a ver las tareas de sus hijas y realizar los quehaceres del hogar, reconoce que muchas veces por el tiempo y apuro hace alguna comida rápida no pensada en la nutrición, sino que por rapidez, ella dice que comparte todas las actividades del hogar con sus hijas y marido, aun cuando cree que no es equitativa la cantidad de cosas que ella debe hacer en relación a los otros miembros del hogar, ella es quien se encarga principalmente de sus hijas, debe realizar todas las actividades con ellas, ya que no hay instancia de estar sola, se preocupa de la salud de su familia a través de la alimentación, reconoce que muchas veces por la cantidad de actividades que realiza no almuerza y eso provoca un quiebre en su salud, no realiza chequeos médicos periódicos por falta de tiempo. Le gustaría tener más tiempo para realizar algún deporte ir al gimnasio, no ha ido al psicólogo, sin embargo dice tener estrés que ha aprendido a manejar en el tiempo, nunca ha

tomado una licencia médica. Dice postergarse en el hecho de no poder ir al médico, de la alimentación. Recomienda a las mujeres para estar bien física y mentalmente olvidarse de la perfección ya que no van a ser brillante en todo, ella dice practicar todas estas recomendaciones porque aprendió, pues antes sufría por no poder hacer todas las tareas en su hogar ni ser la súper mama sintiéndose cansada y agobiada.

ANALISIS INTRACASO

CASO : 6
MUJER : Marisol
EDAD : 41 años
TRABAJO : Profesora Colegio Técnico Profesional

Marisol es casada y vive con sus dos hijos y su marido, trabaja como profesora en un colegio técnico profesional, haciendo clases de contabilidad, de profesión contador auditor, de nivel socio económico medio bajo. Ella comienza su jornada despertando a sus hijos para ir al colegio, preparando los desayunos ara ellos y las loncheras, el marido los va a dejar al colegio y a su lugar de trabajo, sin embargo hay días en que el no está y ella debe levantarse más temprano pues se demoran mas en el traslado con los hijos, después de su jornada de trabajo, se va para su casa aunque hay algunos días que lleva a sus hijos a clases de música y tienen que pasar a buscarlos al colegio, esperarlos y luego irse a su casa, llega a hacer los quehaceres del hogar, aunque dice que hay días que esta tan cansada que pasan a comer algo porque no tienen ganas de llegar a cocinar, a veces llega a cocinar para que sus hijos lleven almuerzo para el otro día, aunque hay días que les pasa dinero para que compren algo para comer pues llega demasiado cansada para cocinar, ayuda a sus hijos con las tareas del colegio aunque dice que con su hijo mayor tiene problemas pues requiere mucho tiempo y supervisión o si no, no hace las tareas, muchas veces se lleva trabajo a su casa, corregir pruebas, hacer guías y eso recién lo puede comenzar a hacer después de las diez de la noche una vez que sus hijos ya están acostados, está realizando un diplomado y estudia el sábado y domingo, van a la

iglesia el día sábado y realizan las actividades propias de la iglesia durante gran parte del día sábado, llegando muchas veces a las nueve de la noche a su casa, el día domingo también se levanta muy temprano, a las siete de la mañana para estudiar para su diplomado, luego va a la feria o a la vega, dice que no considera equitativa la cantidad de cosas que debe realizar ella en relación a los otros integrantes de su familia, la considera injusta, dice que no la escuchan cuando ella plantea que ella no es sola en la casa y necesita ayuda, sale con sus hijos y marido al cerro en bicicleta. Se preocupa de la alimentación de sus hijos. Ella dice ser muy sana, no enfermarse nunca, y cuando está enferma realiza sus actividades igual, no realiza chequeos médicos periódicos por falta de tiempo, sufre de estreñimiento y reconoce que come comida chatarra, duerme poco y dice sufrir de estrés, nunca ha ido al psicólogo, dice que para estar bien psicológicamente trata de mantenerse alegre y también llorar, dice postergarse por estar en función de sus hijos y deja de hacer muchas cosas por eso, le gustara ir al gimnasio, dentro de las recomendaciones que les da a otras mujeres para estar bien física y psicológicamente tienen que hacer deporte y comer sano, ser optimistas y tener confianza en dios, de las recomendaciones que da ella no practica ninguna.

ANALISIS INTRACASO

CASO : 7
MUJER : Albina
EDAD : 54 años
TRABAJO : Auxiliar de un establecimiento Educacional

Albina es casada y vive con su hija y su marido, trabaja de auxiliar en un establecimiento educacional, tiene un nivel socio económico bajo, trabaja de lunes a viernes y su jornada la comienza a las cinco de la mañana y llega a su trabajo a las ocho de la mañana hasta las seis de la tarde, luego llega a su casa a cocinar para que su hija y ella puedan llevar almuerzo, dice que a las once de la noche recién puede descansar, las actividades del hogar las comparte con su esposo el fin de semana y con su hija, aunque privilegia que ella estudie, dice estar tan casada algunas veces que simplemente no quiere hacer nada y no cocina y con la hija solo llevan fruta o una ensalada, conversa bastante con su hija y menciona que su marido no comparte mucho con ellas, ella dice no enfermarse habitualmente, aunque se resfría y va a trabajar muchas veces ya que si falta al trabajo o toma licencia le descuentan y no alcanza a cubrir la universidad de su hija, por eso muchas veces va a trabajar estando enferma, muchas veces no podía ir al doctor porque le faltaba dinero para comprar el bono. Se alimenta mal pues dice no tener tiempo para comer, no realiza un chequeo médico periódico por dejación, le gustaría hacer ejercicio físico e ir a un gimnasio pero no puede pagarlo. Se siente casada, estresada y sin ánimo, le gustaría ser comerciante, tener su propio negocio. Para distraerse sale con amigas a tomar un helado o un jugo. Dice postergarse por no ir al médico cuando debería. Como consejo para

estar bien física y mentalmente ella dice que hay que alimentarse bien, ir al gimnasio, sin embargo ella no practica ninguna de esas recomendaciones.

ANALISIS INTRACASO

CASO : 8
MUJER : Ana
EDAD : 40 años
TRABAJO : Profesora básica de establecimiento educacional

Ana es casada y vive con sus dos hijos y su marido, trabaja como profesora básica en un colegio, de nivel socio económico medio bajo, su jornada comienza a las seis de la mañana preparando desayuno para los hijos y las loncheras, llega a su trabajo veinte para las ocho y sale de su trabajo a las tres un cuarto, luego se traslada a la comuna de las condes donde realiza clases particulares hasta las seis y media a siete de la tarde, llega a su casa a las ocho de la noche aproximadamente, atiende a sus hijos con las tareas escolares, juega un rato con ellos, cocina y hace los quehaceres de la casa, prepara las clases para el día siguiente, si alcanza revisa pruebas, dice que comparte algunas actividades con los hijos, también su esposo ayuda cuando llega temprano, aunque reconoce que es difícil que eso suceda en la semana, los días viernes va una persona quien le ayuda con todo el aseo de la casa y el lavado, considera que la ayuda que recibe no es equitativa en relación a todo lo que tienen que hacer ella, los días sábados y domingo lleva a sus hijos al cerro o a un parque. Se preocupa de la salud de los miembros de su hogar a través de la alimentación. Por su salud ella dice que está bien, aunque reconoce que ha tenido que prestar principal atención en su alimentación ahora, ya que la operaron ya que tenía problemas de hígado graso, arteria tapada y una bacteria, enfermedad que descubrieron por casualidad ya que ella se quería operar para bajar de peso. Ella dice que enferma igual va a

trabajar, ya que cuando ella está enferma todo en la casa esta mas desordenado. Al preguntarle si realiza chequeos médicos, ella dice que ahora si, por su operación, dice no realizar ninguna rutina para el cuidado de su salud, le gustaría poder dormir más pero no dispone del tiempo para hacerlo, no ha visitado nunca a un psicólogo ni a un siquiatra , para mantenerse saludable psicológicamente ella dice que tener fe y creer en dios la ayuda, además de conversar con su marido, el no sentirse sola la hace feliz y el ser feliz la ayuda en su salud. Ella piensa que se posterga en comprase cosas que le gustan, pero por darle lo mejor a sus hijos no lo hace. Como consejo para mantenerse saludable física y psicológicamente ella recomienda cuidar la alimentación y realizar una rutina de ejercicios, conversar de todas las cosas que ella recomienda practica la conversación y ahora ha mejorado su alimentación.

MATERIAL COMPLEMENTARIO

CONTENIDO CD-ROOM

1. 3 Redes Descriptivas
2. Codificación de 8 entrevistas
3. Audio de 8 entrevistas