



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA
DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

EL NIVEL DE ESTRÉS EN MUJERES QUE CUMPLEN CON LA DOBLE JORNADA
DE TRABAJO Y SU INFLUENCIA EN SU CALIDAD DE VIDA

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LA:

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA SOCIAL
P R E S E N T A N :

PILAR E. AGUIRRE BUJÁN
BRIGITTE BELEN BOUSQUET GONZÁLEZ
ROSA MARÍA OLAVARRIETA VELÁSQUEZ

ASESORES:
MTRO. VÍCTOR GERARDO CÁRDENAS GONZÁLEZ
MTRA. MA. IRENE SILVA SILVA

LECTORA:
DRA. MARÍA ELENA SÁNCHEZ AZUARA



MÉXICO

MARZO 2005



UNIDAD IZTAPALAPA

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

EL NIVEL DE ESTRÉS EN MUJERES QUE CUMPLEN CON LA DOBLE JORNADA
DE TRABAJO Y SU INFLUENCIA EN SU CALIDAD DE VIDA

TESINA QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LA LICENCIATURA EN
PSICOLOGÍA SOCIAL

PRESENTAN:


PILAR E. AGUIRRE BUJÁN
BRIGITTE BELEN BOUSQUET GONZÁLEZ
ROSA MARÍA OLAVARRIETA VELÁZQUEZ



MTRO. VÍCTOR G. CÁRDENAS GONZÁLEZ
ASESOR



MTRA. MA. IRENE SILVA SILVA
ASESORA



DRA. MA. ELENA SÁNCHEZ AZUARA
LECTORA



AGRADECIMIENTOS

Pilar Aguirre. Agradece:

Como no aprovechar esta nueva oportunidad que me da la Vida para agradecer, para dar gracias, por tantas y tantas Bendiciones.

Quiero agradecer a Dios por el Ser y el Estar, a la Vida por tenerla, y al Tiempo por el aquí y el ahora. Son tantos los motivos para agradecer y tal vez tan pocas las oportunidades que nos damos para hacerlo, que hoy especialmente quiero decir GRACIAS, un Gracias lleno de amor, de complicidad y de reciprocidad a Ti, que en mi corazón tienes un lugar especial, a Ti que haz trascendido a la palabra Amigo para convertirla en Familia, a Ti, en cuyos brazos y palabras he encontrado apoyo y consuelo, quien con su presencia llena mi vida de tranquilidad, a Ti, cuya cercanía inunda mi Ser de Alegría.

Quiero Agradecerte a Ti, que eres parte de mí, de mi mundo, de lo que Soy; que sabes perfectamente bien todo lo que te quiero, porque te lo he dicho y te lo he demostrado. Gracias a Ti, a quien en esta ocasión no dejo tu nombre plasmado, pero a quien ofrezco mi amistad, mi cariño, mi apoyo y lo que Soy. A Ti, que sabes perfectamente que estas palabras expresan todo ese caudal de sentimientos, que sólo alguien como TU me pueden motivar.

Agradezco a mi Familia: Gracias por ser mi refugio, mi remanso de paz, por encontrar entre ustedes, mi verdadero yo. Por ser una insustituible parte del amor, y por ser una gran parte de mi.

Gracias Mamá por tu amor incondicional.

Gracias Foy por tu compañerismo y complicidad.

Gracias Mil, por hacerme entender que la vida no es fácil.

Gracias Tía Sana, por ayudarme a reconfirmar que Ustedes, mi familia son lo primero. Y por tu perdón.

Gracias Papito, por todo el amor, por toda la admiración, y porque aunque los años pasan sigues viviendo y vivirás en mí, hasta que nuevamente pueda volver a verte.

Un Agradecimiento especial **para Ti Carlos**, mi otra parte, mi complemento; por ayudarme a encontrar lo que tantas personas se pasan buscando a lo largo de su vida y que muchas de ellas jamás encuentran EL AMOR PLENO. Gracias por tanto amor, por hacerme sentir completa, porque en Ti encontré mi exacta mitad. Ahora vivo con nostalgia y añoranza. Me haces falta. Nos vemos en el Cielo.

¡Gracias por que pasó!
Te Amo

Gracias UAM-Iztapalapa por cobijarme entre tus paredes, por ayudarme en los momentos más difíciles y dolorosos, por el crecimiento, por la luz del conocimiento, por el regalo más hermoso, la Amistad.

Gracias Profesores por la enseñanzas y los conocimientos ofrecidos, pero sobre todo, gracias por el trato humano, por el interés en la persona más que en el alumno, gracias por su apoyo y porque por cada uno de Ustedes puedo sentir cariño.

Gracias Familia UAM:

Gracias Rosita por tu cercanía, por tu apoyo y por cada uno de tus abrazos tan cálidos y reconfortantes.

Gracias por mostrarme tu fortaleza al ser débil, por permitirme mostrarte mi debilidad y regalarme tu fortaleza. Gracias por llegar a mi vida, y porque Dios te permita quedarte en ella. Te Quiero Profundamente.

Bri. mi eterna gratitud, por que aún sin conocerme, me diste tu ayuda y tendiste tu mano para tocar mi corazón. Gracias por compartir conmigo tiempo, vivencias, sueños, miedos y esperanzas. Gracias por tu cariño que vive en mí.

Víctor. Pollito, gracias por tu paciencia y tolerancia, por tu apoyo incondicional, por tu compañía, por tus silencios y reflexiones. Amigo, gracias por tu amistad.

Chavita. Gracias por tener ese corazón tan noble y por permitirme estar en él. Gracias por tu cariño, por los buenos momentos, por las sonrisas y por nuestra divertida rivalidad. Te Quiero.

Carmelita. Gracias por tu solidaridad en momentos difíciles, por el apoyo brindado y la amistad ofrecida. Gracias por ese detalle que abrió la puerta para que la oportunidad de conocernos cruzara por ella y me regalara la amistad de alguien tan especial y única como TU.

Jonathan. Gracias, por tu presencia luminosa en mi vida, por ser un niño tan especial que me ayudó a revalorar la importancia de la amistad, del compartir y del confiar, gracias por tu forma tan sencilla y nada complicada forma de ser, pero sobre todo gracias por estar en mi vida. Te quiero mucho, mi niño.

Angelito. Gracias por el reencuentro, por los buenos y malos momentos, por tus lágrimas y las mías, por las bromas y sonrisas, por estar. Gracias amigo por la certidumbre de saberte en mi vida hoy, mañana y siempre. Te Quiero Mucho.

Y a todas y cada una de las personas que me acompañaron en mi caminar, que compartieron conmigo un espacio (la universidad), que me regalaron un beso, un abrazo, una sonrisa, un hola, les ofrezco mi amistad y les deseo Felicidad y Éxito por siempre.

***“No vayas al mundo en busca de algo, ve a tu interior,
encuentra tu SER y llévalo al mundo”.***

Brigitte Bousquet. Agradece:

Primero que nada, agradezco a **Dios** por haberme permitido vivir esta experiencia tan llena de sorpresas, dificultades, frustraciones, alegrías, apuraciones, sonrisas, pero sobre todo, que fué maravillosa.

Quiero agradecer a la mujer más maravillosa, valiente, trabajadora, noble y valiosa que existe, mi **Mami**, simplemente porque sin ti nunca hubiera llegado hasta aquí, eres mi ejemplo a seguir como mujer y como ser humano, te adoro. De igual manera, gracias **Pily y Sol**, mis hermanitas, por ser mis segundas mamis, porque sin ustedes me hubiera equivocado muchas más veces de las que lo hice. A las tres les agradezco sus consejos, regaños, apoyo y su amistad y confianza.

Gracias **Ricky**, por recordarme miles de veces lo que es ser niño, por invitarme a soñar a tu lado y sobre todo por quererme.

Vic, gracias por hacerme ver que puedo ser loquita inteligentemente, por los momentos compartidos y por ser parte de mi familia.

Gracias **Maria Elena Sánchez Azuara y Rafael Pérez Silva** por enseñarme el lado humano de la Psicología, por ser parte de mi crecimiento profesional y personal, les debo mucho.

Gracias **Mali y Bere** por su amistad incondicional, por poner su hombro, por sonreírme cuando la vida no me pinta del todo bien, por demostrarme que la amistad existe y es bella, simplemente, gracias por ser.

Muchas gracias **Isaac, Evita y Sandy**, porque de alguna manera colaboraron con esta investigación, y sobretodo por ser mis amigos y apapacharme.

Mil gracias a **Uri, David, Ivan, Raul, Edgar, Jesyk, Nad, Vio y Lili**, por compartir conmigo tantas cosas, por ser mi apoyo, por quererme y por compartir conmigo la alegría de terminar este trabajo.

.....Por ultimo, mil gracias a **Pili, Rosy y el Pollito** por su infinita paciencia, por su amistad y por ayudarme a ver la vida de una manera mucho más positiva y hermosa.

A todas y cada una de las personas que forman parte de mi vida, millones y millones de gracias.....los amo.

Rosa María Olavarrieta. Agradece:

Mi agradecimiento profundo **a mis Padres**, pues con su Amor y cariño incondicional me ayudaron a forjar a la mujer que hoy soy.

A mi muy amada **hija Jacqueline**, pues juntas fuimos creciendo y cimentando la familia que somos ahora.

A **Julio** mi compañero, con quien compartí este camino.

A mis hermanos porque son fuente de inspiración en cada momento: A **Miguel** por enseñarme el respeto a mis padres, A **Guadalupe** por su entrega, A **Manuel** por su ejemplo, A **Teresa** por su tenacidad, A **Francisco** por su consejo, A **Narciso** por sus errores, A **Antonio** por su apoyo y comprensión, A **Gustavo** por ser simplemente mi hermano querido, A **Mónica** por la infancia que nos une, por nuestra complicidad y nuestras promesas de lealtad. A mis **sobrinos (as)** por existir en mí.

A mis amigos de mucho tiempo atrás, por lo vivido, y los bonitos recuerdos, a **Juanita, Marcela, Juan Alfonso y Lízbeth**.

Y a quienes me han brindado su cariño y apoyo **Víctor y Brigitte** y, a mi gran Ángel de Luz, la muy querida **Pily**.

INDICE

Introducción	1
--------------------	---

Capítulo 1. Estrés

1.1 Bosquejo Histórico	14
1.2 Definiciones de estrés	15
1.3 Tipos de estrés	20
1.4 Estrés Psicosocial	22
1.5 Manifestaciones Biopsicosociales	24
1.6 Recursos de Afrontamiento	25
1.6.1 Las Respuestas de Afrontamiento	28
1.6.2 Determinantes de la Selección de las respuestas de Afrontamiento.....	33

Capítulo 2. Calidad de Vida

2.1 Enfoque Histórico	36
2.2 Aproximación Conceptual	38
2.3 La evaluación de la Calidad de vida	42
2.4 Componentes y Definición de la Calidad de Vida	53

Capítulo 3. Género

3.1 Bosquejo Histórico	54
3.2 El concepto de Género	55
3.3 Construcción Social de Género.....	57
3.4 Género y Estrés	58

Capítulo 4. Estrategia Metodológica.

4.1 Planteamiento del Problema.....	61
4.2 Objetivos	61
4.3 Hipótesis	61
4.4 Variables	62
4.5 Población	62
4.6 Muestra	62
4.7 Tipo de Estudio	63
4.8 Instrumentos	63
4.9 Modelo de Intervención	76
4.9.1 Diseño de Intervención	77

Capítulo 5.

Análisis y Resultados	80
Discusión	90
Referencias Bibliográficas	98
Anexos	104

INTRODUCCIÓN

El estudio histórico y sociológico de la mujer es uno de los más importantes problemas en México pues compromete al sector más numeroso ya que en todo el país hay un total de 49,891,159 mujeres en contraste con 47,592,253 hombres, y solamente en el Distrito Federal habitan 4,494,754 mujeres y 4,110,485 hombres (INEGI, 2000-2001).

A pesar de que conforman más de la mitad de la población capitalina, las mujeres viven en condiciones de desigualdad en el trabajo, perciben menores salarios, es decir, el salario mínimo es de \$45.24 diarios (Portal Ciudadano del Gobierno Federal), y para este último año, el 20.4% de las mujeres ocupadas, reciben menos de un salario mínimo por su trabajo (CONAPO, 2004). Del total de mujeres, 5,616,181 son jefas de familia en quienes recae la responsabilidad de garantizar educación, vivienda, alimentación y salud a sus hijas/os. Lo anterior, indica que una parte importante de la población económicamente activa del D.F. está representada por mujeres. Sin embargo, en materia laboral, son quienes más han resentido el impacto de la reestructuración productiva y el adelgazamiento del Estado, ya que el mercado de trabajo representa para ellas un espacio de inestabilidad, bajos salarios, ausencia de prestaciones sociales, violencia laboral y hostigamiento sexual, discriminación y segregación (INEGI 2000-2001).

Se observa un mercado laboral femenino cambiante y complejo, lo cual evidencia la necesidad de acciones múltiples y diferenciadas que respondan a las problemáticas que enfrentan los diversos grupos de mujeres que conforman el campo de trabajo extra doméstico.

Las mujeres que tienen un puesto de trabajo fuera de casa normalmente deben, además, asumir casi en solitario las responsabilidades familiares y domésticas lo que impone limitaciones a la mujer a la hora de competir en términos de igualdad con el hombre en el mercado laboral.

Esto se debe a que hay factores culturales que hacen que la mujer y el hombre tengan diferentes funciones sociales de modo que los ingresos que la mujer puede aportar a la unidad familiar sean considerados como "complementarios".

Desde luego que mucho se ha avanzado desde los inicios en que el trabajo femenino entró de lleno al panorama laboral, pero insistentemente ya en este siglo persisten criterios cerrados para la contratación de la mujer, aún se practica la preferencia laboral por el sexo masculino, aún se piden "favores" a las mujeres para darles trabajo o para mejorar su salario o situación laboral, aún se despiden a las mujeres que van a ser madres, aún se les discrimina por su condición de mujer. Pero ésta es una lucha de derechos y las mujeres tienen que seguir pidiendo la creación de mejores disposiciones legales que les den oportunidades y mejoren también sus condiciones de trabajo.

La ocupación de las mujeres en el campo laboral, sobre todo el industrial, coincide con el fenómeno que la economía ha llamado capitalismo. Las grandes demandas que se tuvieron que satisfacer en las industrias de Europa al abrirse los mercados al nuevo mundo, determinaron una necesidad de mano de obra insospechada, el trabajador hombre no se daba a basto. Se recurrió entonces a incluir a grandes grupos de personas que en ese momento no eran asalariadas, es decir que trabajaban en el hogar o en otras actividades. Así fue como se dio ocupación en grandes proporciones por primera vez, a las mujeres. Pero esto pudo ser porque las mujeres eran menos exigentes o bien porque sólo aportaban un ingreso suplementario al hogar, las remuneraciones que se pagaban por los patrones eran inferiores a las del hombre. Esto determinó que la ocupación de las mujeres creciera considerablemente, desde ese entonces el estado se vio en la necesidad de solucionar el problema instituyendo el principio de igualdad del salario y medidas de protección a su favor para asegurar física e intelectualmente a las mujeres.

El incremento de la participación femenina en el trabajo remunerado podría deberse a la crisis del modelo económico, al crecimiento de hogares encabezados

por mujeres, a la elevada migración de las mujeres del campo a la ciudad, a la urbanización creciente, a la expansión y diversificación del sector de servicios, a la amplia reestructuración de la planta industrial, a la reducción de la fecundidad, al incremento en los niveles educativos, a los cambios y modificaciones en la vida cotidiana y familiar entre otras.

Los datos y estadísticas recientes en México sobre la situación laboral de la mujer (INEGI, 2001) indican que en las últimas décadas ha habido un cambio importante en la participación relativa de hombres y mujeres en el trabajo doméstico y extra doméstico. Sobre el primer tipo, en 1995 el 37.8% de los hombres de 12 años y más realizaban actividades domésticas, y en 1999, cuatro años después, esta participación llegó al 52.7%, un incremento a todas luces significativo. En el caso de las mujeres, se sabe que actualmente la mayor participación laboral se circunscribe a las tareas que demanda el hogar, mejor conocido como trabajo doméstico con un 95.4%. Por el lado del trabajo extra doméstico —aquél que tiene como finalidad la producción de bienes y la prestación de servicios para el mercado—, resulta interesante observar que en 1970 sólo 12% de las mujeres de 12 años y más participaban en actividades económicas, proporción que aumentó al 35.9% para 1999. Sin embargo, a pesar de este notable incremento, la proporción es menor que la de los hombres en edad laboral, puesto que el 78% de ellos desempeñan un trabajo extra doméstico.

En concordancia con lo dicho en el párrafo anterior, las estadísticas de 1999 indican que la población femenina ocupada se concentra en los servicios con el 40.3%, seguida del comercio y de la industria con un 23.7% y un 20.8%, respectivamente. En el caso de los hombres, las tres principales actividades corresponden a las actividades agropecuarias, a los servicios y a la industria con 21.5%, 19.2% y 13.5%, en cada una de ellas, respectivamente.

En lo referente a grupos de edad, diversos estudios han mostrado que en México el trabajo femenino ya no se reduce principalmente a las jóvenes, como en las décadas de los 60's y 70's, sino que se presenta cada vez con mayor medida entre la población adulta. Entre 1991 y 1997, los mayores aumentos en la participación laboral de las mujeres se registraron entre las de 30 a 64 años de edad. En 1997, las mujeres de 20 a 49 años fueron las que en mayor proporción participaron en la actividad económica (CONAPO, 2000).

En ese último año, la mayor participación en el mercado laboral se observa entre las mujeres separadas y divorciadas (63.6 y 72.6%, respectivamente), seguidas por las mujeres solteras (40.4%). En contraste, las mujeres casadas, viudas o en unión libre tienen una tasa de participación de alrededor de 30.8%. A pesar de la tendencia a la creciente incorporación femenina al empleo, persisten algunos problemas que se acentúan en el género como es el desempleo. De acuerdo con CONAPO, las mujeres sufren un mayor nivel de desempleo en el país que los varones. La tasa de desempleo abierto ha variado significativamente durante los últimos años, con niveles mínimos en 1991 y en 1997, y el nivel máximo en 1995.

Sin embargo, la tasa de desempleo femenino en 1997 fue muy similar a la observada dos años atrás y la diferencia por sexo fue mucho más importante: las mujeres registraron una tasa de desempleo de 6.3%, casi el triple de la registrada para la población masculina que fue de 2.2% (CONAPO, 2000).

El desempleo no es el único problema al que se enfrentan las mujeres en el ámbito laboral; al igual que la población masculina, las trabajadoras sufren la precarización que se ha presentado desde hace varios años en las condiciones de trabajo del país; bajos niveles salariales (aunque más acentuados que los varones) y cada vez menos prestaciones sociales, entre otros. Adicionalmente, las mujeres mexicanas se insertan en un mercado laboral que, por lo general, les ofrece condiciones poco favorables para atender sus responsabilidades familiares y domésticas.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Empleo de 1999, el mayor índice de segregación ocupacional por posición en el trabajo se encuentra en aquél realizado por cuenta propia con un 44.8%, seguido del trabajo asalariado con el 39.6% y por el trabajo sin pago con el 32.7%. En ese año, el 57.1% de mujeres ocupadas fueron trabajadoras asalariadas, 21.7% trabajadoras por su cuenta y 15.2% trabajadoras sin pago. Cabe destacar que la proporción de mujeres trabajadoras sin pago es casi el doble que la de los hombres que se encuentran en esta condición (8.5%).

En resumen, las estadísticas permiten ver que el mercado laboral femenino ha experimentado cambios vertiginosos en unos cuantos años, entre los cuales se encuentran a) una progresiva participación en el trabajo extra doméstico; b) la transición en la estructura sectorial, pasando de las actividades primarias hacia el sector de los servicios; c) en cuanto a grupos de edad, el paso de población joven hacia población adulta; d) el cambio en el estado civil, de mujeres solteras a mujeres separadas y divorciadas con responsabilidades familiares, y e) un número mayor de mujeres que realizan trabajo por cuenta propia.

Carmen Vall-Llobet (2003) en un artículo de Internet sobre la salud femenina, publicó un estudio realizado en Estados Unidos en el cual señala que la doble jornada aunada a la multiplicidad de roles, la cuidadora de los hijos, la imposibilidad de gozar de un tiempo propio y la desvalorización social y económica de trabajo reproductivo, contribuyen a que el trabajo doméstico constituya un elemento potenciador del estrés mental con mayores niveles de depresión y adicciones, ya que, constató que las mujeres con hijos y responsabilidades laborales, están expuestas a un alto grado de tensión durante las 24 horas al día. Dicho estudio consistió en examinar la orina de mujeres con hijos y sin ellos, que trabajan fuera del hogar, el elemento de comparación fueron los niveles hormonales de cortisol, adrenalina y noradrenalina, sustancias asociadas al estrés. Se comprobó entonces que los niveles de cortisol aumentan respecto a aquéllas mujeres que no tienen descendencia.

Así pues, se sabe que la depresión afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres y que tiene un alto costo personal, social y económico. En México se ha identificado al 17% de mujeres en comparación con 8.5% de hombres con síntomas de depresión. Otros reportes sobre trastornos depresivos severos indican que la prevalencia es de 4.5% en las mujeres y de 2% en los hombres.

Lamentablemente, en nuestro país, hay una ausencia notable de estrategias, tanto de prevención como de tratamiento, que beneficien a la mayoría de la población, pero en especial a las mujeres (Lara C. Y Navarro G., 2003).

Son variadas las causas por las que un sujeto puede empezar a experimentar con el uso de sustancias psico-activas y así, con el tiempo, llevarlo a depender de dichas sustancias, y es que en la medida en que fallan los esfuerzos de afrontamiento constructivo del individuo para el manejo del estrés, la persona se puede ver impulsada a utilizar estrategias que resultan peligrosas, es decir, las estrategias fallidas para el control del estrés, en muchos casos llevan a las personas al empleo de estrategias de afrontamiento inadecuadas y nocivas para reducir las reacciones de tensión y ansiedad o el estrés excesivo precisamente mediante la utilización de dichas sustancias, entre las que se encuentran el tabaco (nicotina), el alcohol, la marihuana y otras drogas. Estas sustancias por su carácter tóxico, constituyen estresores biológicos de gran importancia cuyo impacto sobre el individuo (físico, psicológico, individual, familiar y social), lo expone posteriormente a mayores tensiones y estrés.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 de las 3 millones 241 mil mujeres entre 12 y 65 años que hay en la Ciudad de México, cerca del 24% es dependiente del cigarro, 12% del alcohol y, al menos, 6% han consumido un antidepresivo. La legalidad relativa de estas sustancias provoca una peligrosa invisibilidad de los riesgos en que se encuentran las mujeres como son la prevención y tratamiento adecuados. Por otra parte, 34 mil capitalinas consumen drogas ilegales como cocaína, heroína, inhalables, marihuana o algún estimulante.

Así se ve que las mujeres son un grupo postergado y vulnerable, en condiciones de discriminación y subordinación, lo cual influye de manera determinante en su proceso salud-enfermedad y calidad de vida. De esta manera, justificamos nuestro trabajo sobre la mujer, pues creemos que es indispensable continuar con estudios que permitan incorporar nuevos conceptos, categorías y enfoques para el análisis del rol femenino, que ayuden a esclarecer el vivir y sentir de la mujer, que contribuyan a su propia aceptación y bienestar, modificando con ello, su actuación individual, y aunado a esto, su forma de influir en la sociedad.

Es indispensable incluir la perspectiva de género, ya que éste permite visualizar con mayor precisión las diferentes condiciones de vida entre hombres y mujeres, así como las condiciones y la asignación de la mujer al campo laboral.

Retomando la idea que Joan Scott (1986) tiene de género, lo definimos como: un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen a los sexos, y como una forma primaria de relaciones significantes de poder.

Así pues, los hombres y las mujeres no experimentan el estrés de la misma forma. Muchos de los acontecimientos estresantes son compartidos por ambos sexos, sin embargo algunos son específicos de las mujeres (menstruación, embarazo, maternidad, etc.). Los rasgos masculinos y femeninos, al igual que otros rasgos de personalidad, no permanecen estables a lo largo de la vida, sino que se van modificando, no sólo como un resultado biológico, sino como respuesta a los diversos eventos y situaciones a los que está sujeta la vida de las personas, así como al contexto social en el que se desarrollan. Varios investigadores han identificado a la estratificación de los sexos, las expectativas en cuanto al rol sexual, las demandas del rol, el conflicto de inter-roles y las experiencias en general que tienen las mujeres en su trabajo y en la familia como factores potenciales que generan las experiencias más estresantes para este grupo. Así, los roles de la mujer en la familia y en el trabajo parecen explicar las diferencias de género en la evaluación del estrés (Salgado de Snyder, Nelly, 1990).

En la actualidad, el estrés es un problema psicosocial que tiene gran vigencia e impacto en nuestro contexto y cotidianidad, es un determinante más de la conducta individual, que sólo puede ser entendida en los términos de la conducta de todo el grupo social del cuál se es miembro, puesto que cada acto individual está involucrado en actos sociales más amplios.

El concepto de estrés se ha aplicado a los fenómenos psicosociales con lo que ha llegado a designar diversos aspectos. Se da un estado de estrés psicosocial cuando una serie de demandas inusuales o excesivas amenazan el bienestar o integridad de una persona, de igual forma, en estudios recientes sobre el impacto del estrés en la salud, refieren que, aún no se puntualiza con exactitud los mecanismos mediante los que opera ni las variables implicadas, existiendo múltiples discrepancias que van desde las metodologías hasta la misma definición de los diferentes tipos de estresores (Hahn y Smith, 1999 en Psicología Iberoamericana, 2001). En el intento de dominar la situación se corre el peligro de que los recursos de afrontamiento se vean superados, llevando a una perturbación en el funcionamiento, dolor, enfermedad o incluso, muerte. En un estudio realizado por la Psicóloga María Pilar Matud de la Universidad Iberoamericana se analizaron las variables más relevantes asociadas con varios índices de salud, concretamente con sintomatología depresiva grave, ansiedad e insomnio, sintomatología somática y disfunción social; los resultados de dicho estudio mostraron la compleja relación entre el estrés y la salud, y cómo ésta difiere en función de cómo la definamos. Parece ser que los valores medios de estrés, por sí solos, explican poco la presencia de síntomas de malestar pareciendo más relevante la forma de afrontarlo o, mejor aún, de cómo no afrontarlo, y las variables personales y sociales. Destaca la relevancia de la autoestima, de la impulsividad y el apoyo social. Estos resultados coinciden con los de otros autores que destacan el impacto en la salud emocional al estrés (Psicología Iberoamericana, 2001).

Definimos *estrés* como “la relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1986).

En la antigüedad el mecanismo del estrés cumplía el propósito de preparar a los seres humanos para responder a estados de emergencia que le representaban una amenaza física. La forma de responder a este tipo de emergencia era, por lo general, huyendo o peleando, respuestas para las cuales se requiere una gran cantidad de energía y fuerza muscular. Los cambios hormonales y otras alteraciones fisiológicas que se producen en estados de estrés van dirigidas a lograr esto. Imaginemos a un primitivo morador de las cavernas que tiene que enfrentarse al impensado ataque de un animal salvaje. El organismo de este cavernícola se prepara para responder a la amenaza, los músculos se tensan, la respiración se vuelve rápida y poco profunda, el hambre y el deseo sexual se suprimen, el proceso digestivo se detiene, el cerebro se coloca en un estado de alerta máxima y los sentidos se agudizan. Las glándulas adrenales comienzan a lanzar hacia el torrente sanguíneo sustancias como adrenalina y cortisol que ayudan a aumentar la producción de energía y la fuerza muscular.

En nuestra moderna sociedad no tenemos que enfrentarnos por lo general a animales salvajes (al menos en el sentido literal del término), sin embargo, nos enfrentamos a situaciones de otro tipo tales como problemas en el trabajo, o el matrimonio, con los mismos mecanismos con los que nuestros antepasados se enfrentaban a los animales salvajes. El problema surge a causa de que los cambios habidos en la sociedad se han dado en forma tan veloz que no han permitido al proceso evolutivo, que es sumamente lento, adaptarse a los mismos. Si la comparamos con los cientos de miles de años que el ser humano lleva sobre la tierra veremos que la vida civilizada es una condición sumamente reciente. Por lo tanto estamos utilizando aún mecanismos que fueron desarrollados para lidiar con los peligros que comúnmente se presentaban en la vida de las cavernas.

Podemos pensar que la causa del estrés y los daños causados por éste son determinados objetos, eventos o circunstancias. Se han elaborado escalas como la creada por los psiquiatras Thomas Holmes y Richard Rahe que intentan colocar en un escalafón diversos acontecimientos con base a cuanto estrés producen en las personas. Sin embargo, aunque este acercamiento puede servirnos de guía un

tanto burda, la realidad nos indica que dos personas sometidas o un mismo evento o circunstancia probablemente reaccionarán de forma muy distinta. Esto ha sido señalado por investigadores como Arnold Lazarus que también apuntan que la forma en que las personas interpretan un evento supuestamente estresante es más importante que el evento en sí. Por esta razón las teorías sobre el estrés están siendo modificadas para incluir factores tales como la interpretación, las creencias y las actitudes.

Existen fuertes razones por las que los seres humanos nos estresamos, sin embargo, a la mujer le son propios ciertos acontecimientos en su vida que pueden ser sumamente estresantes, éstos son:

Estrés derivado de su fisiología: desarrollo de los senos, menstruación, embarazo y menopausia.

Estrés derivado de los cambios de vida: matrimonio, maternidad, divorcio, envejecimiento en una cultura que venera la juventud y belleza, la viudez, reorganización de la vida cuando los hijos ya son mayores.

Estrés psíquico: mujer soltera de vida supuestamente divertida que fue educada a la antigua, el ama de casa a la que se presiona para que salga de casa y se realice, la mujer que trabaja y a la que se presiona para que vuelva a casa a fin de no perder a su familia y la mujer que toda su vida ha sido muy insegura.

Estrés oculto: debido al machismo, el sexismo, el ser anfitriona, la mujer se perturba, angustia y agota.

Estrés de crisis vitales: cae principalmente sobre los hombros de la mujer, es decir, la atención a los enfermos, el cuidado de un hijo minusválido, el hacerse cargo de los padres ancianos (Marsellach Humbert, Gloria, 2004).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, la mujer tiende más a desarrollar estados depresivos debido a que atribuye sus fracasos a factores internos (falta de capacidad, de entendimiento), suele tener apreciaciones más pesimistas acerca de sus capacidades, de este modo, su autoestima se ve afectada con mayor frecuencia. Las mujeres son el grupo más expuesto a la

depresión. Según los especialistas, a los factores hormonales se suman exigencias de tipo social que muchas veces resultan ser una carga muy difícil de llevar.

Las causas de la depresión son complejas ya que se mueven desde lo biológico como factores genéticos, anormalidades hormonales, desequilibrio en los neurotransmisores (deficiencia en serotonina, dopamina o noradrenalina o todos), hasta un trauma reciente o factores estresantes en la vida diaria.

Hoy en día a las responsabilidades del cuidado de niños se suma el mantenimiento del hogar y un empleo. Tarea nada fácil que ha llevado a la mujer a experimentar una fuerte presión social que muchas veces termina en una depresión. Según datos de la OMS, se calcula que considerando un período de un año, un 5,8% de los hombres y un 9,5% de las mujeres presentarán un episodio depresivo. Pero no sólo influyen la carga hogareña y el trabajo remunerado. Factores hormonales podrían contribuir a esta elevada tasa. En particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el período de post parto, la premenopausia y la menopausia.

Otro factor de influencia, es el de tener que enfrentarse a los constantes cambios que el mundo está experimentando, tanto culturales como humanos que ha impuesto la modernización. La población se ha vuelto cada vez más adulta y surgen así nuevas dolencias. Los cambios tecnológicos y la competitividad en el trabajo imponen a la persona una gran cuota de estrés. El debilitamiento de las redes sociales de apoyo, que aíslan al individuo, el deterioro de su calidad de vida, con ciudades altamente contaminadas y globalización de las comunicaciones, cambiando valores y barreras culturales alrededor del mundo, son factores determinantes de la depresión.

La gran soledad y el poco reconocimiento con que las mujeres viven el rol femenino de esposa y madre tiene el consiguiente impacto negativo sobre la autoestima de ellas. Asimismo, la presencia de distintos elementos de frustración

cotidiana, tales como la rutina, el aislamiento, la carencia de intereses fuera del seno familiar y la dependencia tanto económica como afectiva, hacen el resto.

La depresión es más común en mujeres que en hombres, y su prevalencia en el episodio unipolar es de 1.9% para hombres y 3.2% para mujeres, y el 5.8% de hombres y el 9.5% de mujeres experimentarían un episodio depresivo en un período de 12 meses. Esta prevalencia puede variar según la población y en algunas poblaciones puede ser aún mayor (OMS, 2001).

Otro aspecto preocupante es que ataca en los años más productivos de una persona, ya que se da entre los 18 y 44 años, especialmente entre los 25 a 34 años encontrándose cada vez más en edades tan tempranas como la niñez y la adolescencia.

Además de lo incapacitante que se vuelve este trastorno para la persona, afecta también a la familia y a la sociedad en general, ya que impone un alto costo económico por incapacidades y tratamientos, en algunos casos se da abuso de sustancias y por supuesto, la "salida" que algunas personas encuentran en esta situación que es el suicidio. Según cifras de Goodwin y Jamison (1990 en OMS, 2001), alrededor del 15% al 20% de las pacientes con depresión cometen suicidio.

Es necesario señalar que la historia de la mujer tendría que ser una historia que recuperara la presencia y valía de la mujer en diferentes aspectos: la vida social y personal, la vida económica, y sobre todo, que enfatizara el aspecto social de la relación entre los géneros. Se trata de averiguar en qué consisten las relaciones entre los sexos, cuál es el papel que las mujeres y los hombres tienen en una sociedad determinada en relación con el otro y con los miembros del sexo opuesto.

Es por ello que el motivo de la presente investigación y lo que se quiere conocer es la noción que tienen las mujeres que realizan la doble jornada laboral de su nivel de estrés, para con ello ofrecer alternativas para un mejor entendimiento y manejo de este, que reditúe en una mejor calidad de vida ya que el estrés no es

completamente negativo cuando se maneja adecuadamente pues les puede proporcionar la fuerza necesaria para enfrentar situaciones nuevas (actos espontáneos); aún así, el estrés puede ser acumulado y puede llegar a niveles elevados a tal grado de ser dañino.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. ESTRÉS

1.1 Bosquejo Histórico

La palabra estrés, viene del latín “strictus” que significa, presionar, comprimir, oprimir. Con esta misma connotación pasó al campo de las ciencias de la salud, para significar una presión que ocasiona alteraciones en el funcionamiento mental y físico de los individuo (Stora Jean, Benjamín, 1990).

El sentido del término estrés proviene de la física y la arquitectura y se refiere a la fuerza que se aplica a un objeto, que puede deformarlo o romperlo. En la Psicología, estrés suele hacer referencia a ciertos acontecimientos que implican demandas excesivas para el individuo, que pueden agotar sus recursos de afrontamiento (Cano A. 2002).

En la Primera Guerra Mundial, el fisiólogo Walter B. Cannon descubre la “respuesta de ataque o escape” como una reacción frente al miedo y el peligro, demostró que al prepararse el cuerpo para la acción se afecta seriamente al aparato digestivo, es decir, que la interacción mente-cuerpo se realizan a través de las emociones que luego se traducen en manifestaciones visibles en el cuerpo. (Kort, Felicitas, 1995). Propiamente, el estudio del estrés se inicia a partir de los estudios de Hans Selye, que lo llevan a definir una reacción específica adaptativa y fisiológica a cualquier impacto ejercido sobre el organismo, por una amplia gama de estímulos heterogéneos, provocando variaciones de tipo endocrino, como Síndrome general de Adaptación, y mas tarde con el término de estrés.

El estrés se desarrolla, según Selye en tres fases: una fase de alarma, en la que el organismo se prepara para enfrentar la situación nueva, inesperada, de emergencia, que requiere de toda su energía y sus recursos. La segunda es la fase

de resistencia, en la que, si la situación persiste, el organismo utiliza al máximo sus mecanismos de defensa y sus reservas. La tercera es la fase de agotamiento, en la que el organismo, después de estar expuesto prolongadamente al factor de estrés, agota sus recursos energéticos. En estas fases se identifican respuestas fisiológicas en los diferentes sistemas, incluyendo el nervioso central.

En la fase de resistencia, la persona es sometida a agentes físicos, químicos o sociales en forma constante. En este momento el organismo continúa adaptándose. Se produce en este punto un equilibrio entre el medio interno y el ambiente externo, pero las glándulas suprarrenales, la hipófisis y el hipotálamo pueden llegar al agotamiento si esta situación persiste durante mucho tiempo, y la fase de agotamiento sobreviene cuando una situación de estrés perdura durante un prolongado lapso de tiempo, y logra que la persona, no pueda hacer frente a las demandas del ambiente exterior.

1.2 Definiciones de estrés

Existe un gran número de definiciones que ubicaremos de acuerdo con 3 modelos (Sánchez A., Ma. Elena, [en prensa]), el modelo del estrés como estímulo, como respuesta y como relación dinámica entre ambos:

- El **estrés** definido desde el estresor **como** un **estímulo**. Hace referencia a los estresores considerándolos como una fuerza que ejerce una gran presión sobre el sujeto y por lo tanto produce tensión, toma en cuenta las fuentes del estrés en la realidad externa y de acuerdo con este modelo podemos incluir las siguientes:

S. Rosenzweig (1972), se refiere al estresor considerándolo como la situación estímulo que constituye un obstáculo o una obstrucción más o menos insuperable en la vía que conduce a la satisfacción de una necesidad vital cualquiera que esta sea. El enfrentamiento al obstáculo constituye una presión y provoca un aumento de tensión.

McGrath citado por Stoner y Wankel (1989), considera que "...existen posibilidades de estrés cuando se piensa que una situación ambiental presenta una exigencia

que amenaza exceder las capacidades del sujeto y sus recursos para satisfacerla, las fuentes de presión y tensión que provocan el estrés son los estresores o tensores...”.

Vernier (1993) afirma que el vocablo estrés designa el “estado de tensión inusual en una persona como resultado de una acción de cualquier índole, ya sea brusca o bien continuada y que suele ser nociva para el organismo”.

Mario Timio (1983), al reseñar varios estudios sobre el estrés en los que se clasifican y analizan las fuentes que lo provocan, encontró que las fuentes se ubican en presiones determinadas por el contexto social y que se pueden organizar en una lista de situaciones en las cuales se identifica una contradicción entre el sistema organizativo y la idiosincrasia personal, y así se puede mencionar:

- 1.El estrés debido a los rápidos cambios ambientales y tecnológicos que progresan hacia la institucionalización.
- 2.El estrés a nivel individual producido por modificaciones del rol personal en el ámbito de cierto contexto social y laboral (inicio de una carrera, realización de proyectos, éxitos personales).
- 3.El estrés originado por las relaciones con el grupo (familia, grupo de trabajo, etc.).
- 4.El estrés surgido por la presión debida a la polivalencia de roles que se asumen en el contexto social en el cual se actúa.

Según Timio, la sensación de impotencia y el relativo conflicto frente a un obstáculo, a una situación desfavorable o una condición de injusticia son algunos de los elementos productores de estrés más difundidos.

La real Academia Española en su vigésima edición (1984) introdujo el vocablo estrés definiéndolo como: “situación de un individuo, o de alguno de sus órganos o aparatos, que, por exigir de ellos un rendimiento mas alto de lo normal los pone en riesgo próximo a enfermar”.

La Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS), define el estrés como el proceso que se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las cuáles debe dar respuesta, poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento. Cuando la demanda del ambiente (laboral, social, etc.) es excesiva frente a los recursos de afrontamiento, se van a desarrollar una serie de reacciones emocionales negativas, siendo las más importantes: la ansiedad, la ira y la depresión.

Por último, la Psicología Social cognitiva suele definir el estrés haciendo referencia a ciertos acontecimientos que implican demandas excesivas para el individuo, que pueden agotar sus recursos de afrontamiento.

- El modelo que define el **estrés como la respuesta**, es decir, el resultado de la presión de los estresores, considerando las consecuencias del estrés a diferentes niveles del organismo. De acuerdo con este modelo se enfatiza sobre todo en las consecuencias de las exigencias y demandas que generan presión excesiva. En realidad es muy difícil identificar alteraciones físicas o psicológicas que no se asocien con el estrés:

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define el estrés como "el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción".

Según estos planteamientos, el concepto de estrés describe una reacción física del cuerpo hacia una demanda o a una intrusión amenazante. Además, puede significar las pruebas a las que un organismo vivo se ve sometido por parte de su entorno, es decir, se concibe como estrés (presión), a la respuesta del organismo a esas pruebas que generan lo que se denomina "estrés".

- **El estrés como causa y resultado:** Aquí podríamos situar las investigaciones de Selye y de quienes siguen una orientación psicósomática: Davis y Newstrom (1987), por ejemplo, consideran que este término se aplica generalmente a las presiones que las personas tienen en la vida diaria y conciben

el estrés como un estado de sobreexcitación de las emociones individuales, los procesos del pensamiento y las condiciones físicas determinadas por dichas presiones.

John M. I y Michel T. M (1989), afirman que las definiciones pueden basarse en la respuesta, en los estímulos y en la relación estímulo-respuesta. Proponen una definición de estrés que tome en cuenta el estímulo y la respuesta, que es como sigue: Estrés es una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y/o por procesos psicológicos, la cual es a la vez consecuencia de alguna acción, de una situación o un evento externo que plantean a la persona especiales demandas físicas o psicológicas.

Humber (1986) propone tres puntos de vista desde los que se puede considerar el estrés:

1.- El estrés como situación, postulando que todos los estímulos del ambiente pueden actuar sobre el individuo como estímulos estresantes.

2.- El estrés como reacción a corto plazo que consiste en reacciones musculares, alteraciones fisiológicas y sentimientos vividos de manera subjetiva que aparecen como consecuencia de estímulos provocadores de estrés.

3.- Estrés como reacción a largo plazo, que consiste en las alteraciones del rendimiento físico o psicológico de una persona, como consecuencia de que se encuentra desde hace tiempo bajo influencias del estrés.

Para S.P. Robbins (1988), el estrés es una condición dinámica en la cual una persona se encuentra ante la oportunidad, limitación o exigencia relacionada con lo que se desea y cuyo resultado se considera inseguro e importante a la vez.

Wallace y Szilagyi (1982), definen al estrés como una experiencia interna o posición que crea un desequilibrio fisiológico o psicológico en el individuo.

Como podemos apreciar, las definiciones de los dos primeros modelos que reportamos, parten de una conceptualización del estrés unilateral en la que consideran únicamente uno de los polos de un mismo proceso, el tercer modelo en cambio, hace referencia a la relación dinámica entre todos los componentes del estrés. Sin embargo, en todas las definiciones que mencionamos, se enfatiza únicamente el punto de vista negativo, sin tomar en cuenta la posibilidad de que el estrés pudiera ser incluso benéfico.

En síntesis, y tomando en cuenta todas las definiciones antes mencionadas, podemos decir que el *estrés* es la respuesta fisiológica y psicológica del organismo ante un estímulo, que puede ser un evento real o fantaseado. Sin embargo, la definición más apropiada a nuestros objetivos, es la visión psicosocial que plantean

Lazarus y Folkman (1986, pág. 79): “relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar”.

A partir de los años 50 del siglo pasado (Timio, M., 1983), empezaron a proliferar las investigaciones sobre el estrés y a difundirse su importancia en el campo de la medicina. Las investigaciones que se ocuparon de la relación psique-soma tuvieron gran importancia para el inicio de una orientación menos lineal y reduccionista de las patologías orgánicas, lo cual dio lugar a un mayor interés por el estudio del estrés como factor detonante de patología y también como una forma de concebir holísticamente la relación entre el ambiente social relacional y la estructura somato - psíquica individual (Ionescu, Servan, 1994). Todo esto llevó al concepto de “medicina psicosomática” que involucra los procesos emocionales en la génesis de procesos patológicos orgánicos.

El estrés empieza así, a ser considerado como un problema psicosocial, considerando las relaciones que existen entre los acontecimientos de la vida cotidiana, las emociones y las enfermedades, y la relación de estos con el estrés.

1.3 Tipos de Estrés

Existen situaciones estresantes, cuyo impacto sobre el individuo depende de su propia historia y por tanto, de los recursos subjetivos con los que cuenta para poder enfrentar, en forma espontánea, las situaciones estresantes. Esto nos remite a los diferentes tipos de estrés: estrés agudo o eustrés y estrés crónico o distrés. Es muy importante resaltar la diferencia entre estos dos tipos de estrés, considerando que el estrés agudo es momentáneo, las reacciones son también limitadas, y en el estrés crónico, las reacciones perduran más allá de los estímulos estresantes.

En la situación de estrés agudo, cuando aparece el peligro hay inmediatamente una respuesta emocional y fisiológica de estrés: aumenta la frecuencia cardiaca, aumenta la presión arterial llevando mayor cantidad de sangre a los músculos y al cerebro para poder responder rápidamente y pensar con claridad. Mayor nivel de glucosa produce energía de uso inmediato, se producen endorfinas para contrarrestar el dolor, el sistema digestivo se bloquea para reservar toda la energía para responder a la emergencia.

Todos los sistemas fisiológicos, biológicos y psicológicos se activan para enfrentar la situación emergente, pero la activación se termina una vez enfrentado el problema vinculado al evento, el cual puede tratarse incluso de un evento placentero pero sorpresivo o esperado con ansia.

Este tipo de estrés es positivo y la persona lo enfrenta con motivación y por tanto en forma espontánea y creativa. Los estresores positivos pueden ser por ejemplo, una gran alegría, éxito profesional, el éxito en un examen, satisfacción sentimental, la satisfacción de un trabajo agradable, reunión de amigos, una cita amorosa, una buena noticia. El estrés positivo o eustrés es indispensable para nuestro funcionamiento y desarrollo. No es posible concebir la vida sin estímulos externos; Selye señala que *“la completa ausencia del estrés es la muerte”* (Lopategui, 2000). El estrés agudo tiene que ver con la espontaneidad, a diferencia del estrés crónico, que se convierte en una forma estereotipada y rígida de respuesta a una

alarma que se mantiene indefinidamente, se relaciona con ansiedad y por tanto, falta de espontaneidad. Podríamos afirmar, que el estrés agudo no se considera como condición patológica, es su cronicidad la que puede producir patologías.

El distrés, en cambio, según Hans Selye, representa el “Estrés no asimilable, que desencadena un desequilibrio fisiológico y psicológico que determina la aparición de enfermedades psicosomáticas y un envejecimiento acelerado”. Es importante resaltar que un mismo estresor puede ser positivo para unos y negativo para otros, pues cada persona responde de diferentes maneras ante los estresores. En el estrés crónico, perdura la activación del organismo, permanezcan o no los eventos estresantes. Puede suceder que el estímulo externo persista es decir, las situaciones objetivamente frustrantes en muchos casos inevitables, tienen una continuidad en el tiempo, o bien, no se eliminan por incapacidad para enfrentarlas por parte del sujeto.

En otros casos, el organismo reacciona a estímulos de pequeña envergadura de manera desproporcionada, como si estuviera en presencia de situaciones altamente peligrosas. Las defensas que el sujeto utiliza como mecanismos inconscientes para enfrentar sus conflictos intra psíquicos y que generalmente son repetitivas y estereotipadas, le pueden deformar las percepciones de la realidad.

Así pues, el sujeto se encuentra constantemente en un estado de alarma frente al peligro, aun cuando el estímulo externo no este presente, pero los sistemas internos del individuo actúan como si lo estuviera, produciendo ellos mismos un estímulo estresante fantaseado. Esta situación de estrés crónico provoca alteraciones duraderas de varios sistemas funcionales tanto psicológicos como fisiológicos.

El estrés crónico desencadena respuestas adaptativas diversas, las cuales afectan en diferente forma los sistemas fisiológicos y corporales e incluso el metabolismo. Se deja de liberar adrenalina, se reduce el metabolismo basal, y continúa la liberación de otras sustancias químicas que favorecen el acumulo de grasa

corporal. Unas de ellas son las endorfinas, sustancias producidas por nuestro cerebro para mitigar las sensaciones desagradables asociadas al estrés crónico.

Como vemos, hay una gran diferencia entre el estrés agudo que crea una reacción de alarma y de alerta global de todo el organismo frente a una situación real de emergencia limitada en el tiempo, a la cual se responde en forma espontánea, y el estrés crónico, que significa la acumulación de la tensión continua, que puede ir más allá de las situaciones externas reales, y que permanece como una tensión de alarma constante en el tiempo, independientemente de ellas, sometiendo al organismo a un estado de alerta continua y ansiedad difusa, con consiguiente desgaste de energía que altera el equilibrio de sus funciones.

1.4 Estrés Psicosocial

Como ya se ha visto, el estrés ha sido estudiado más recurrentemente desde un enfoque fisiológico, sin embargo, también se le ha dado una orientación cognitivista en la cual, las demandas externas o internas, o ambas, agotan o exceden los recursos de adaptación del individuo o del sistema social, y le da gran importancia a la evaluación que el sujeto elabora del estresor para así determinar la intensidad de la respuesta a éste. Se ve pues, que se le otorga un papel activo y evaluador al sujeto, quien actúa sobre el ambiente, elige entornos y busca controlar los acontecimientos de acuerdo a sus intereses y compromisos (Zaldívar, 1996; Morales, 1997). Esto tiene que ver principalmente con el significado que le da el individuo a las cosas y a las personas que lo rodean, así como también a las situaciones que enfrenta y que lo llevan a crear ciertas fantasías con respecto a la realidad, o bien, a un hecho real le puede dar una importancia mayor a la que en realidad tiene, teniendo serias consecuencias en el organismo, ya que, puede desencadenar un serie de reacciones ante la tensión que va acumulando y así culminar en un estado de estrés alarmante.

Existen pues, situaciones estresantes, cuyo impacto sobre el individuo depende de su propia historia y por tanto, de los recursos subjetivos con los que cuenta para

poder enfrentar, en forma espontánea, las situaciones estresantes, es decir, muchos de los problemas de salud que tenga un adulto pueden tener su origen en sucesos traumáticos que vivió cuando niño, es entonces cuando su capacidad de respuesta espontánea se ve bloqueada y se vuelve estereotipada, dando paso a enfermedades que poco a poco se van agravando, a relaciones cada vez más conflictivas y por lo tanto a una precaria calidad de vida.

Antes vimos que todas las definiciones que hay del estrés comparten “una transacción entre la persona y el ambiente, o una situación resultante de la interpretación y valoración de los acontecimientos que la persona hace” (Rodríguez Marín, 1995). Esto puede quedar más claro con la aportación que hace Zaldívar (1996), en la cual menciona que el estrés psicosocial “es un estado vivencial displacentero sostenido en el tiempo, acompañado en mayor o menor medida de trastornos psicofisiológicos que surgen en un individuo como consecuencia de la alteración de sus relaciones con el ambiente que impone al sujeto demandas o exigencias las cuales, objetiva o subjetivamente, resultan amenazantes para él y sobre las cuales tiene o cree tener poco o ningún control”.

Así pues, el estrés psicosocial se refiere a la relación entre la persona y su ambiente en el contexto de un proceso multivariado con específicas consecuencias en la salud mental (Lazarus y Folkman, 1986), donde un estresor es una situación que demanda o excede los recursos personales de modo que la situación represente un daño, amenaza o desafío. Las situaciones estresantes cotidianas desempeñan un papel muy importante en el estado físico y mental del individuo, entonces, la evaluación cognitiva del estrés no es estática, por lo tanto, diferentes situaciones se pueden percibir como estresantes dependiendo de las características personales, tales como el sexo, la edad, las experiencias básicas satisfechas, etcétera. De aquí que sea un factor muy importante las relaciones familiares, pues constituyen uno de los puntos de partida para el establecimiento de las relaciones sociales con fuerte significado emocional.

Lazarus (1986) plantea que se deben analizar los sistemas en los que interviene una gran cantidad de variables que se relacionan entre el transcurso del tiempo y que, además, atraviesan por contextos cambiantes de adaptación, tal es el caso de los indicadores sociodemográficos, la edad, el sexo, la escolaridad, el nivel socioeconómico, y demás variables que permiten contextualizar el significado de los acontecimientos potencialmente estresantes.

Podemos concluir que el estrés psicosocial no escapa a las interpretaciones y construcciones sociales que realizan los individuos en su interacción con el medio, es decir, con los otros, así como también de sus condiciones económicas, sociales, políticas y culturales.

1.5 Manifestaciones Biopsicosociales

De acuerdo a todo lo anterior, vemos que en situaciones de grave amenaza intervienen una serie de variables como la vulnerabilidad biológica, el ser humano moviliza sus recursos fisiológicos con el fin de responder a estas situaciones, lo que se denomina como reacción o respuesta de estrés (Carlson, 1996). En estas situaciones de grave amenaza intervienen una serie de variables, es decir, los estresores antes expuestos, que pueden condicionar de algún modo la respuesta del individuo ante las mismas, por ejemplo, surge una sobreactivación biológica promovida por la acción funcional del sistema reticular, la actividad del sistema simpático incrementa la presión sanguínea, la tasa cardiaca, el pulso, la conductividad de la piel y la respiración, se produce una disminución de la actividad intestinal, una mayor dilatación bronquial, en fin, el organismo se prepara para consumir una energía necesaria para la confrontación con el estímulo amenazante, es decir, para llevar a cabo una especie de lucha contra la situación estresante (Valdés y Flores, 1985).

Con respecto a lo psicológico, nos encontramos con que se producen respuestas cognitivas involuntarias, como la incapacidad para concentrarse, trastornos en la ejecución de tareas cognitivas (Cohen, 1980), aparición de pensamientos intrusivos

y repetitivos (Horowitz, 1976). Un nivel alto de estrés puede afectar a la memoria y a la atención en el curso de una tarea competitiva (Rodríguez, Jesús, 1995).

También existen reacciones emocionales que van a afectar la relación con los otros (familia, amigos, compañeros de trabajo), ya que, “la emoción no sólo refleja la activación fisiológica, sino otros contenidos de naturaleza cognitiva y evaluativa, que se vinculan, a su vez, al contexto social y cultural de la persona” (Torregosa, 1982).

El estrés puede producir cambios en la conducta social de las personas hasta tornarlas negativas (miedo, ansiedad, excitación, ira, depresión) y así, traer consecuencia graves, tanto a nivel personal como social. Así pues, lo ideal es que la gente recupere su equilibrio biopsicosocial del organismo.

1.6 Recursos de Afrontamiento.

El termino afrontamiento es la traducción al castellano del termino inglés coping, y se corresponde con la acción de afrontar, es decir, de arrastrar, hacer frente a un enemigo, un peligro, responsabilidad, etc., a un agente o acontecimiento estresante, (Moliner, 1988).“Afrontamiento” se utiliza de forma muy amplia en un conjunto de trabajos que se refieren al estrés y a la adaptación en situaciones estresantes. La mayoría de los investigadores definen el afrontamiento como un conjunto de respuestas ante la situación estresante ejecutadas para reducir de algún modo las calidades adversivas de tal situación.

Lazarus y Folkman (1991, en Reidl M., Lucy y Sierra O., Gisela, 1996) definen al afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los recursos del individuo”. Sin embargo, también hablan de una imposibilidad para el afrontamiento que trae consecuencias en la generación de trastornos en la salud mental y física, así como también en el funcionamiento social

y laboral del individuo. Dichos autores argumentan que los diferentes modelos de afrontamiento que un sujeto utilice, dependerán de la sensibilidad y vulnerabilidad de éste ante los diferentes tipos de situaciones estresantes, aquí se ven involucrados factores personales, tales como los compromisos, las creencias y los recursos con los que se cuenta, así como también la autoestima, la cual ocupa un lugar significativo para un fortalecimiento de dichos recursos.

Se trata, pues, de respuestas provocadas por la situación estresante, ejecutadas para manejarla y/o neutralizarla. Es decir, se habla de afrontamiento en la relación a un proceso que incluye los intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que se le plantean en su acontecer vital, y restablecer el equilibrio, es decir, para adaptarse a la nueva situación (Rodríguez-Marín, López-Roig y Pastor, 1990).

Un “estresor” es un elemento en la experiencia de un individuo que produce reacciones de estrés psicológico y/o fisiobioquímicos; y, por su parte, un “recurso” es un elemento de la experiencia (o de la herencia) de un individuo que reduce o bloquea las reacciones de estrés psicológicas o fisiobioquímicas. Los estresores y los recursos juegan como tales a nivel individual, es decir, estresores y/o recursos que funcionan como tales para un individuo, pueden que no lo hagan para otro. A fin de conseguir un análisis más depurado del episodio estresante, creemos que es interesante incorporar toda la gama posible de estresores y recursos, presentando una clasificación de cuatro tipos basada en variables culturales, sociales, psicológicas y físicas.

Las “*variables culturales*” se refieren a las normas, valores, creencias, y símbolos generales que son transmitidos de generación en generación a través del proceso de socialización.

Las “*variables sociales*” se refieren a la interacción social real y al entorno social que rodea los encuentros interactivos y, en concreto, a la estructura de los roles que comprende la organización de un sistema social.

Las “*variables psicológicas*” se refieren a los estados afectivos y cognitivos del individuo.

Las “*variables físicas*” se refieren al entorno físico real y a las características generales del cuerpo de un individuo.

Los recursos de afrontamiento son los elementos y/o capacidades, internos o externos con los que cuenta la persona para hacer frente a las demandas del acontecimiento o situación potencialmente estresante. Estos recursos pueden clasificarse de la siguiente manera:

1) Físicos/Biológicos, que incluyen todos los elementos del entorno físico de la persona (incluyendo su propio organismo biológico) que están disponibles para ella. Por ejemplo, ciertos factores relacionados con la salud biológica más inmediata (mal nutrición, por ejemplo) indudablemente están relacionados con la respuesta fisiológica a los estresores. Entre los recursos físicos pueden contarse también los “ambientes físicos”. Ejemplos de recursos físicos son la salud biológica, la energía y la resistencia de la persona, pero también el clima, o la estructura física de su vivienda o del ambiente en el que se ubica.

2) Psicológicos/psicosociales, que van desde la capacidad intelectual de la persona hasta su sentido de autoestima, nivel de independencia o autonomía, y sentido del control. Los recursos psicológicos incluyen las creencias que pueden ser utilizadas para sostener la esperanza, destrezas para la solución de problemas, la autoestima y la moral.

3) Culturales, que tienen que ver con las creencias de la persona y con los procesos de atribución causal. Tales creencias, normas, valores, símbolos, vienen dadas por la cultura del individuo. La salud y la enfermedad, por ejemplo, no solo son condiciones o estados del individuo humano considerado tanto en cuanto a su personalidad como a sus niveles orgánicos; son también estados valorados y reconocidos institucionalmente en la cultura y en la estructura social de pertenencia.

4) Sociales, que incluyen la red social del individuo y sus sistemas de apoyo social, de los que se puede obtener información, asistencia tangible y apoyo emocional. Este tipo de variedades relacionadas con el sistema de apoyo social parecen ser cruciales para la capacidad de afrontamiento del estrés. Incluyen ingresos adecuados, residencia adecuada, satisfacción con el empleo. Se incluyen aquí también la red de apoyo social disponible para el sujeto. Precisamente el apoyo social parece uno de los recursos de afrontamiento más importantes con respecto a la enfermedad en general, y a la enfermedad crónica en particular. El apoyo social puede incluir los recursos materiales tangibles como dinero, instrumentos y equipo (Schaefer, Coyne y Lazarus, 1982).

1.6.1 Las respuestas de afrontamiento

La reducción del desequilibrio entre demandas y recursos en que consiste el estrés se puede intentar de muchas maneras.

En primer lugar, Lazarus (1966) discutió inicialmente dos tipos de respuestas de afrontamiento: acciones observables diseñadas para modificar la situación estresante directamente; y, en segundo lugar, un tipo de afrontamiento paliativo definido como más acomodaticio, en cuyo caso la situación estresante es aceptada y las acciones se orientan en el manejo o reducción de los sentimientos de estrés que resultan de ella.

Así pues, pueden establecerse inicialmente dos tipos de respuestas de afrontamiento según el foco en el que se centren: la regulación de las emociones causadas por el estrés (**afrontamiento centrado en la emoción**) y el manejo del problema que está causando el estrés (**afrontamiento centrado en el problema**). Folkman y Lazarus (1980) demostraron que ambas formas de afrontamiento son usadas en la mayoría de las situaciones estresantes, y que las proporciones relativas de cada forma varían de acuerdo con la manera en que se evalúa cada "escenario".

El afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción difieren en las facetas de la confrontación estresante que son usadas para ganar el control sobre el acontecimiento. El afrontamiento centrado en la emoción se usa para controlar esta, algunas veces alterando el significado de un resultado.

El afrontamiento centrado en el problema se usa para controlar la relación perturbadora entre la persona y su circunstancia mediante la solución de problemas, la toma de decisiones y/o la acción directa.

Atendiendo a su "origen", también se puede clasificar a las conductas de afrontamiento en tres tipos (Perrez y Reinherz, 1992): **el afrontamiento orientado a la situación; el afrontamiento orientado a la representación**, referido a acciones ejecutadas para cambiar la representación cognitiva de la situación, que puede implicar búsqueda o supresión de, información; **y afrontamiento orientado a la evaluación** que incluye operaciones dirigidas a las estructuras de metas o a la valoración subjetiva de la situación.

En la literatura de los años recientes sobre el estrés y afrontamiento hay una perspectiva común y muy coherente que se basa en dos categorías centrales; aproximación y evitación. En su forma más simple, este par de categorías se refiere a dos orientaciones básicas hacia el acontecimiento estresante (dos formas de afrontar el estrés): la lucha o la huida. Ambos conceptos se pueden utilizar para proporcionar una estructura teórica coherente para la comprensión del afrontamiento del estrés, Ambas estrategias no se excluyen una a otra, es decir, las personas no se caracterizan simplemente como aproximadoras o evitadoras, puesto que casi todas usarán alguna estrategia de cada categoría. Esto es lo que parece más admisible; aunque existan situaciones en que las personas tienen una fuerte preferencia por las respuestas aproximativas o por las evitativas, es probablemente verdad que, en general, el uso de estrategias evitativas y aproximativas no son mutuamente excluyentes. Pueden ser utilizadas de forma combinada de muchas maneras.

Así pues, encontramos un segundo eje que permite establecer otras dos formas generales de afrontamiento: **afrontamiento aproximativo y afrontamiento evitativo**. El afrontamiento aproximativo incluye todas aquellas estrategias de confrontación y enfrentamiento del problema que está generando el estrés, o a las emociones negativas concomitantes. El afrontamiento evitativo incluye todas aquellas estrategias cognitivas o comportamentales que permitan escapar de, o evitar el problema o a las emociones negativas relacionadas.

Se puede introducir una tercera dimensión que se hace para clasificar las respuesta de afrontamiento, y que permite distinguir dos categorías más de afrontamiento: **afrontamiento comportamental y afrontamiento cognitivo**. Las estrategias en la categoría de *afrontamiento cognitivo* implican un intento de tratar con los problemas mediante cogniciones. Por ejemplo las personas pueden decirse a si mismas que no vale la pena preocuparse por el problema, o que se resolverá en poco tiempo (“minimización”); o pueden centrar su atención en los aspectos positivos de la situación o dirigir su atención hacia otras cosas (distracción); pueden usar procesos de comparación selectiva para asegurarse a sí mismos que las cosas podrían ser peor o que en algunos aspectos están mejor que otras personas (comparaciones sociales); o pueden intentar reinterpretar la situación de forma que se perciba como no problemática (reestructuración). Finalmente, los procesos de auto control para afrontar el problema pueden incluir el recuerdo de los éxitos previos (realce de la eficacia), el pensar sobre las consecuencias positivas o negativas de la realización de una conducta no deseada (consideración de consecuencias) o en algunos casos, simplemente el decirse uno a sí mismo que no haga algo (fuerza de voluntad).

Algunos autores (Will & Shiffman, 1985), distinguen una categoría denominada aceptación o resignación, basada en la creencia de que no se puede hacer nada (o no se debería hacer nada) respecto del problema que se afronta, y que en consecuencia simplemente debe aceptarse la situación hasta que vengan tiempos mejores. Este tipo de estrategias pueden clasificarse perfectamente como “cognitivas”.

Las Estrategias que caen dentro de la categoría del *afrontamiento comportamental* implican el intento de tomar una decisión y cambiar la situación problemática, llevando a cabo conductas que la persona supone adecuadas para ello. Por ejemplo, la estrategia denominada “solución de problemas” supone la búsqueda y reunión de información relevante para el problema, la evaluación de los cursos de acción alternativos, y la decisión por un curso concreto de operación. La “acción directa” implica hacer intentos de cambiar directamente la situación problemática, o mediante negocios o compromiso con otras personas. La “retirada” o “escape” supone abandonar físicamente una situación problemática o evitarla. La “conducta asertiva” consiste en la capacidad para aplicar de forma apropiada conductas asertivas a situaciones sociales. La “búsqueda de apoyo social” es un proceso en que los individuos buscan activamente ayuda de otras personas, bien hablando sus problemas con alguien que les inspire confianza (apoyo emocional), bien buscando ayuda económica, física, etc.

Otra estrategia de afrontamiento comportamental, como la “relajación”, incluyen varios métodos de obtener relajación mediante ejercicios de relajación muscular, meditación o métodos de control de estrés. Para finalizar, una estrategia denominada “búsqueda de “placer” puede definirse como un intento activo de proporcionarse experiencias positivas mediante el entretenimiento, las actividades sociales o del ocio.

Podemos distinguir dos tipos más de respuestas de afrontamiento si atendemos al “momento” en el que se emiten: ***anticipatorias y restaurativas***. Las primeras se ejecutan antes de la ocurrencia del acontecimiento, y las segundas después de la ocurrencia del evento estresante. Es decir, las respuestas de afrontamiento pueden ejecutarse como un comportamiento preventivo de los acontecimientos estresantes que se esperan que ocurran (como una manera de manejar tales situaciones), o bien como un comportamiento restaurativo del equilibrio psicosocial una vez que se haya producido la respuesta ante la situación de estrés (la cual, como se ha dicho, es producto de una apreciación de desequilibrio entre las demandas de la situación y nuestros recursos) ante el acontecimiento o situación (Will y Shiffman, 1985).

El *afrontamiento anticipatorio* o preventivo implica conductas de solución de problemas (afrontamiento comportamental), que ayudarían a prepararse para el acontecimiento demandante, esfuerzos para cambiar la interpretación o la importancia percibida de una situación (afrontamiento cognitivo), y esfuerzos para evitar la ocurrencia de acontecimientos estresantes, que puede ser tanto afrontamiento comportamental (por ejemplo, evitar asistir a una reunión en donde sabemos que nos encontraremos con una persona con la que nuestra relación no es buena), como afrontamiento cognitivo (por ejemplo, distracción de pensamientos o detención de pensamientos).

El *afrontamiento restaurativo* implica el uso de estrategias cognitivas y comportamentales para enfrentarse con las dificultades en la medida que los acontecimientos se van presentando. Puede incluir el uso de solución de problemas de forma directa, o de destrezas sociales para tratar eficazmente con situaciones problemáticas, o el uso de estrategias cognitivas de minimización de reacciones emocionales productivas o el ejercicio de auto control.

Este tipo de afrontamiento (el restaurativo) incluye, pues, una diversidad de estrategias para resolver las secuelas de acontecimientos estresantes. La solución de problemas puede aplicarse a limitar el daño causado por el acontecimiento, o para tratar de evitar que el estresor se vuelva a producir. Las personas pueden realizar actividades que distraigan su preocupación acerca del problema. Las re-evaluaciones cognitivas del acontecimiento pueden utilizarse para restaurar la autoestima, o el nivel de auto eficacia percibida.

Finalmente, si nos fijamos en la amplitud o grado de generalidad de las respuestas podríamos clasificarlas en generales/globales o específicas. Es decir, se pueden ejecutar conductas con una finalidad "global", que permitan reducir o manejar categorías de estresores, o se pueden ejecutar conductas que específicamente pretendan manejar un estresor específico.

Parece claro, por otro lado, que las categorías señaladas constituyen un repertorio potencial de respuestas de afrontamiento, de las que cualquiera o todas ellas, pueden ser usadas por un individuo para enfrentarse con un problema particular. Deben ser enmarcadas dentro del modo propuesto que considera al afrontamiento como un proceso dinámico multidimensional y biopsicosocial en el cual los individuos estresados intentan resolver problemas prácticos, intentan conservar un sentido de autoestima positiva y mantener su estado bioquímico y fisiológico en un equilibrio óptimo.

Como se ha dicho, “el afrontamiento del estrés es un proceso dinámico”, y sus orientaciones básicas pueden variar en primacía a lo largo del tiempo para un individuo, y pueden estar presentes en cualquier momento particular. En consecuencia, también un individuo puede tener una preferencia consistente hacia una u otra orientación, o cruce de categorías, incluso frente a restricciones situacionales que parecen “exigir” otra respuesta. En cualquier caso, se puede hablar de ciertos factores determinantes de la selección de las respuestas de afrontamiento que la persona pone en marcha cuando se produce un episodio estresante.

1.6.2 Determinantes de la selección de respuestas de afrontamiento

la selección de una respuesta de afrontamiento en particular puede depender de varios factores.

Un primer determinante de la conducta de afrontamiento es la gravedad percibida del estresor, de forma que cuando los estresores son más graves y más directamente relevantes para los objetivos o metas de una persona, se puede predecir que pensará en una mayor variedad de respuestas de afrontamiento. *Un segundo* factor determinante es la versatilidad percibida del estresor. Situaciones o acontecimientos percibidos como relativamente variables evocan respuestas de afrontamiento orientadas hacia la solución de problemas y a la resolución directa de la situación, mientras que una situación problemática percibida como inalterable

evocará estrategias de afrontamiento orientadas hacia la reinterpretación cognitiva de la situación y hacia la minimización del estado efectivo negativo evocado por el estresor (usando drogas, por ejemplo).

Un tercer factor determinante es la remediabilidad percibida. En la medida en que la persona juzga que la situación es remediable pondrá en marcha estrategias de afrontamientos como la solución de problemas, búsqueda de apoyo social, búsqueda de consejo profesional, etc. Si tales destrezas le faltan y evalúa la situación como irremediable puede acudir a otro tipo de conductas como uso de drogas o la pasividad.

La manera cómo las personas llevan a cabo estas elecciones es algo que todavía esta por estudiar, pero que puede estar relacionado con “estilos de afrontamiento”, o con dimensiones de personalidad básica. Es posible también que las respuestas de afrontamiento varíen con la naturaleza de la situación estresante. Por ejemplo, situaciones sociales versus situaciones individuales.

Un cuarto factor posible en la determinación de la elección de una respuesta de afrontamiento es esencialmente una consideración de utilidad; la dificultad o costo de la respuesta de afrontamiento. Algunas respuestas requieren más esfuerzos, o más perseverancia, que otras. Si todo lo demás se mantiene igual, es de esperar que las personas elijan una respuesta que implique menos esfuerzos a otras que impliquen más esfuerzos. De forma análoga, algunas respuestas (por ejemplo, escapar de una situación) son socialmente más visibles que otras, y algunas personas probablemente preferirán cursos de acción que sean menos visibles a otras que pueden causar desaprobación social (por su “visibilidad”).

Lazarus (1983) concluyó que la eficacia del afrontamiento depende de la controlabilidad de la situación. Un proceso de afrontamiento no es siempre o constructivo o destructivo en sus consecuencias, sino que sus costos y sus beneficios dependen de la persona, su momento y el contexto en el que se presente el estrés.

Todos los individuos pueden utilizar diferentes estrategias en diferentes situaciones y momentos de la vida, algunas las utilizan con más frecuencia y otras menos. Algunas estrategias están más centradas en resolver los problemas, otras son formas más emocionales para afrontarlos. Las estrategias emocionales pueden tener diferentes grados de funcionalidad, de modo que algunas de ellas favorecen que los individuos puedan responder más efectivamente a las demandas internas y externas, y otras que son más bien respuestas menos funcionales.

Así pues, es importante que las personas sean conscientes de sus propios recursos de afrontamiento, para con ello, favorecer un mejor manejo de su estrés y por consecuencia mejorar en gran medida su calidad de vida.

CAPÍTULO 2. CALIDAD DE VIDA

2.1 Enfoque Histórico

La calidad de vida es un término universalmente reconocido, aunque su origen es desconocido y es difícil de definir.

El concepto "*calidad de vida*" ha evolucionado desde una concepción netamente sociológica, en la cual se evaluaban: la posesiones materiales y económicas, hacia una perspectiva psicosocial en la cual lo relevante es la satisfacción personal.

Ambas posiciones se funden en la definición de calidad de vida que la OMS hace en 1994: "es la percepción que tiene el individuo de su situación en la vida, dentro de su contexto cultural y de valores en los cuales vive, y en relación con sus objetivos, expectativas e intereses". Así como también: "No sólo la ausencia de enfermedad o padecimiento, sino también el estado de bienestar físico, mental, social, y familiar".

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente.

Es a finales del siglo XVIII y principios del XIX en que comienzan a aparecer legislaciones acerca de regulación del trabajo y el descanso, de la enfermedad y los accidentes, de la maternidad, de la vejez y de la muerte, emergiendo el área del bienestar social del campo de la salud pública. Junto con la salubridad, comienza a hablarse de condiciones de trabajo, dieta y sistema alimentario, de tasas de mortalidad y esperanza de vida, de sistemas de escolarización, de estado de las viviendas y de las ciudades, de las formas de vida de las distintas clases sociales. Así, con el reconocimiento de los derechos humanos y de los derechos de los ciudadanos en los estados del siglo XIX, la calidad de vida adquiriría una expansión social y política (Grau, 2003).

La idea comienza a popularizarse en la década de los 60's hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

En un primer momento, la expresión Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana.

Durante la década de los 50's y a comienzos de los 60's, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad, hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población.

Su estudio constituye un terreno donde varios especialistas aportan sus enfoques. Los ambientalistas sitúan el énfasis en el entorno físico/biológico, los economistas en parámetros como el Producto Nacional Bruto, los médicos en los síntomas, los psicólogos en las necesidades humanas y su satisfacción.

Es en el contexto del debate entre los indicadores materiales y subjetivos del bienestar, en el que surge, propiamente el término de "calidad de vida". Mucho se discute acerca del campo disciplinar en que se utiliza por primera vez este concepto. Algunos autores remontan las primeras contribuciones del término a trabajos teóricos de Filosofía y Ética. Así, en los trabajos de Lenin, Tolstoi y Frankl se ha usado este término, discutiendo los problemas del significado de la vida y las dimensiones espirituales del sufrimiento, pero sin desarrollar ni definir este concepto. Bech reporta que la primera persona pública que utilizó el término fue el presidente estadounidense Lyndon B. Johnson, en 1964 (Grau, 2003).

2.2 Aproximación Conceptual

El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70's y comienzos de los 80's, provocará el proceso de diferenciación entre éstos y la Calidad de Vida. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. Convirtiéndose la década de los 80's en la del despegue definitivo de la investigación en torno al término.

La evolución del concepto, se caracterizó por una continua ampliación. Si en las antiguas civilizaciones se asociaba al cuidado de la salud personal, luego se centró en la preocupación por la salud e higiene públicas, extendiéndose posteriormente a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, e incluyendo sucesivamente la capacidad de acceso a los bienes económicos y, finalmente, la preocupación por la experiencia del individuo de su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud.

A lo largo de este trayecto, muchos indicadores sociales han sido relacionados con la calidad de vida (ingresos, tasas de mortalidad infantil, esperanza de vida, hábitos de consumo, factores medio-ambientales, condiciones de existencia de grupos minoritarios, etc.), desde la vertiente de "las condiciones de vida" hasta la experienciación (percepción, interpretación, valoración) de estas situaciones y condiciones de vida, evolucionando desde los indicadores materiales y objetivos hacia los indicadores de satisfacción, con medidas psicosociales, subjetivas.

Para Schalock (1996), la investigación sobre Calidad de Vida es importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas.

Levi y Anderson (1980), asumiendo una propuesta de la Organización de Naciones Unidas que plantea a la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda,

la seguridad social, los vestidos, el ocio y los derechos humanos como sus principales componentes, intentan resumirla como "una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa".

De esta manera, la valoración que cada sujeto hace de su calidad de vida se basa en gran medida en un proceso cognitivo de comparación, cuyos criterios se relacionan con el propio nivel de aspiraciones, las expectativas, los grupos de referencia, los valores personales, las actitudes y las necesidades, entre otros aspectos de naturaleza psicosocial (Grau, 2003).

En los últimos 10 años las investigaciones sobre Calidad de Vida han ido aumentando progresivamente en diferentes ámbitos del quehacer profesional y científico.

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Desde la psiquiatría y la psicología se realizan evaluaciones de Calidad de Vida con el fin de medir los resultados de programas y terapias para enfermos crónicos, en especial personas con esquizofrenia y con depresión mayor.

Ha tenido una importante atención la reflexión sobre los efectos de la desinstitucionalización tanto sobre los sujetos como sobre las familias a partir de la reforma psiquiátrica.

También se han estudiado las repercusiones del grado de apoyo social, el funcionamiento personal y el nivel de autonomía en la Calidad de Vida.

En 1978, Mc Kennell distinguió dos componentes en la evaluación subjetiva del bienestar: la satisfacción -componente cognitivo- y la felicidad -componente

afectivo- que es más inestable e influenciado por cambios del humor. Campbell la ha definido como el resultado de un proceso intelectual "en el cual el individuo compara la percepción de su situación actual con una situación que esperaba, aspiraba o creía merecerse". Siguiendo a Batista-Foguet y Artés, se consideró en principio que afecto y cognición eran componentes independientes pero posteriormente varios autores han cuestionado también la estabilidad de la situación, tratando de evaluar la influencia que pueden tener sobre ella factores transitorios relacionados con el estado de ánimo de los individuos (Grau, 2003).

En la medida que la satisfacción con la vida se consideró muy ligada a las posibilidades de tomar decisiones y elegir entre opciones diversas, se abrieron oportunidades a las personas para expresar sus gustos, deseos, metas, aspiraciones, y a tener mayor participación en las decisiones que les afectan. Por ello ha sido y es un concepto guía.

Durante los años 80's, el término Calidad de Vida se adoptó como concepto sensibilizador que podía ofrecer a los profesionales de distintas disciplinas un lenguaje común y guiar las prácticas de los servicios humanos, más orientados ahora hacia la persona, su autodeterminación y el logro de una mayor satisfacción con su vida.

A lo largo de los 90's, las preocupaciones en torno a la conceptualización y evaluación del concepto tuvieron un mayor carácter metodológico. Por tanto, el siglo XXI se presenta como aquél en el que el término Calidad de Vida no sólo teñirá las intenciones y acciones de individuos que gozan cada vez de mayores posibilidades de elección y decisión y optan por una vida de mayor calidad, sino también las de los servicios humanos en general, que se verán obligados a adoptar técnicas de mejora de sus procedimientos, en la medida que existirá un grupo de evaluadores que analizará sus resultados desde criterios de excelencia como es el de calidad de Vida.

Este es un concepto subjetivo, que está relacionado con la percepción que tenemos acerca de nuestra vida, en el sentido de si nos sentimos realizados con nuestro propio ser. En otras concepciones, se trata de un concepto que más que hacer énfasis en la situación física de las personas, hace referencia a la situación psicológica de las mismas, desde el punto de vista del individuo. No es una definición "de libro", en el sentido de ser algo rígido, algo estático que debe ser memorizado tal como si fuera una lección de escuela. Hablar de calidad de vida debiera remitirnos a un concepto destinado a la libertad más que a la rigidez, al placer más que al sufrimiento, y a la felicidad más que a la amargura.

Teniendo claros estos conceptos podemos concluir, que el concepto de calidad de vida incluye tanto componentes subjetivos como objetivos. Al primero de ellos corresponden definiciones globales basadas en el bienestar y sus dos marcadores básicos: la satisfacción y la felicidad. El componente objetivo se refiere a las condiciones materiales de vida, e incluye factores que determinan o influyen sobre la percepción que tiene el sujeto (presencia o no de síntomas, funcionamiento físico) y que suelen aparecer en las definiciones multidimensionales usadas para el desarrollo de instrumentos de medición (Grau, 1997).

Es subjetiva porque depende de cómo interprete cada persona su standard de vida, más que de una clasificación externa. Sin embargo, a los fines de unificar criterios y podernos comunicar eficientemente, es preciso expresar algún tipo de definición y de características de la calidad de vida, aunque no existe un listado concreto de los componentes de ésta, sin embargo, se puede afirmar que la misma es un concepto colectivo, es decir que la calidad de *vida es una suma, una sucesión de hechos y efectos que tienen como resultado que nos sintamos felices y satisfechos acerca del desempeño de nuestra vida*. La enumeración de estos hechos es individual. Esto quiere decir que si bien hablaremos de la calidad de vida como concepto universal, en la práctica este concepto variará de individuo a individuo.

2.3 La evaluación de la calidad de vida

Las dificultades para la evaluación de la calidad de vida se ven reflejadas en las diferencias teóricas que han sido esbozadas. Su naturaleza bipolar objetiva-subjetiva y su multidimensionalidad, compleja e indeterminada, vierten a su evaluación diversos matices en función de la alternativa que se aborde. Lo más común es que en determinadas situaciones los enfoques se complementan y se instrumenten metodologías rigurosas de acuerdo a los objetivos y la naturaleza de la investigación que se pretende. Sin embargo, no sucede comúnmente, en parte por las dificultades conceptuales y la inconsistencia teórico-metodológica, pero también al no cumplirse los requisitos mínimos de construcción de instrumentos y para la generalización de los resultados.

Uno de los primeros problemas que se presentan es el de la definición precisa y operativa de lo que se pretende evaluar. Sí bien, ante el análisis teórico; términos como felicidad, estado de salud, satisfacción y felicidad están bien delimitados, en el proceso de evaluación de la calidad de vida han resultado intercambiables; en su intento de evaluar unas u otras variables indiscriminadamente. Es decir, su evaluación recae en el uso de los índices en que sea colocado, dependiendo de lo que se quiera puntualizar.

Otro de los problemas son las medidas utilizadas. Los indicadores sociales que se basan en datos o hechos vinculados que se supone objetivamente provocan bienestar en la población, no reflejan necesariamente el grado de satisfacción, bienestar subjetivo y felicidad que esa población puede disfrutar. Ellos son necesarios, pero no suficientes, para evaluar la calidad de vida de los pueblos, de los grupos sociales y de las personas. Las metodologías que pretenden evaluar la apreciación subjetiva del nivel de satisfacción global o parcial (satisfacción política, familiar o con determinados tratamientos), traen consigo determinados riesgos, en dependencia a lo que se quiere precisamente medir, si la satisfacción como resultado o los datos reales que pueden llevar a ella. Se complica aquí el asunto con los problemas derivados de la deseabilidad social, la respuesta de satisfacción

no esperada como resultado de un mecanismo compensatorio de la insatisfacción, etc.

Un problema más común es el de la validez y la fiabilidad de los métodos convencionales de evaluación, frecuentemente escalas y cuestionarios. Para poder medir fiabilidad hay que suponer la estabilidad de la variable medida; sin embargo, este supuesto no resulta válido en muchas mediciones de calidad de vida, en particular, cuando se intenta evaluar el estado de salud o su impacto en el bienestar subjetivo, generalmente a través de variables inestables. Gill y Feinstein en 1994 introdujeron el concepto de "validez aparente" teniendo como fin explicar y suplir la falta de claridad en el significado y medición de la calidad de vida. Ellos afirman: "...desde los años 70, las mediciones de la calidad de vida han aumentado desde una pequeña industria hasta una gran empresa académica. Además, el desarrollo de nuevos instrumentos para medir la calidad de vida se ha hecho más complejo y actualmente se caracteriza por una multiplicidad de pasos que consumen tiempo y una intensa labor en la selección de ítems, su reducción posterior, pre-pruebas y evaluación cuantitativa para lograr la reproducibilidad y validez. Una extensa literatura ha sido desarrollada en relación con instrumentos de calidad de vida expresada de acuerdo a estos principios psicométricos académicamente bien establecidos y estadísticamente validados "...Su pregunta entonces apunta hacia la dirección de que..." Si los principios psicométricos elegantemente bien estructurados serían satisfactorios para las metas clínicas de indicar lo que los clínicos y pacientes definen como calidad de vida. En tanto, no se puede soslayar que una gran parte adolece de insuficiencias metodológicas (Grau, 2003).

Un cuarto problema, deriva de los anteriores, es la limitada estandarización y generalización de los resultados. Aunque algunos de los resultados son de carácter clínico-diagnósticos y pueden ser interpretados propiamente, otros, con valores cuantitativos, globales o específicos por áreas-dimensiones, deberán ser interpretados a la luz de resultados normativos procedentes de estudios en muestras representativas, lo cual no siempre se ha obtenido. Al utilizar uno u otro

instrumento, validado insuficientemente en estudios poblacionales que generalmente adolecen de insuficiencias metodológicas, no se ha podido hacer generalizaciones de resultados y es relativo el avance del conocimiento científico propiamente dicho.

Además de todo lo antes mencionado, es importante tener en cuenta el aspecto sociocultural. Es cuestionable el intento de desarrollar un modelo de consenso para evaluar la calidad de vida, ya que las diferencias transculturales imposibilitarían llegar a un sistema único y generalizado. En realidad, la gente valora ciertas cosas en función de cómo lo han inducido su cultura o su biografía.

Sin embargo, para la resolución de los problemas metodológicos que presenta la evaluación de la Calidad de Vida, en los últimos años se ha hecho más popular y útil el componente subjetivo, la naturaleza psicológica, evaluada por el propio individuo (De Haes y Van Knippenberg, 1987, 1989; Lara-Muñoz y cols, 1995; Grau, Jiménez, Chacón y otros, 1995; Grau, 1997).

Como se ha planteado (Moreno, Ximénez, 1996; Grau, 1997), las condiciones "objetivas" se transforman a través de las aspiraciones, de las expectativas, de referencias vividas y conocidas, de las necesidades y valores de las personas, de sus actitudes y emociones, y es a través de este proceso que se convierte en bienestar subjetivo. No basta con que aumenten los indicadores socioeconómicos para generar satisfacción, bienestar y felicidad; está claro que no siempre el sufrimiento o la felicidad están determinados por el nivel de vida, la opulencia social y el consumismo de bienes no significan, definitivamente, Calidad de Vida (Campbell, 1976; Grau, 1997).

Si la Calidad de Vida es una valoración subjetiva, no puede prescindirse entonces de la valoración del sujeto; cada uno debe ser considerado la persona más capaz de sopesar satisfacciones e insatisfacciones con su vida. Discernir de qué depende esta evaluación que realiza cada individuo es la clave para mejorar realmente la Calidad de Vida de las personas (Batista-Foguet, Artés, 1994).

El papel de los factores psicológicos que condicionan el grado de satisfacción o bienestar es determinante para el proceso de evaluación. Así, desde el campo de la Psicología, la Calidad de Vida se convierte en un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante el conjunto de situaciones de la vida; se centra en la percepción de ese bienestar, en el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y en los elementos integrantes de la misma. La Calidad de Vida debe conceptualizarse como una propiedad de las personas que experimentan las situaciones y condiciones de vida, y por tanto depende de las interpretaciones y valoraciones de los aspectos objetivos de su entorno, incorporando la dimensión subjetiva.

Últimamente se observa cierto consenso en considerar a la Calidad de Vida total como un constructo incluyente de todos los factores que impactan sobre la vida del individuo.

El horizonte que se abre a la investigación de la Calidad de Vida, y particularmente, a la contribución que puede hacer la Psicología, consiste esencialmente en profundizar en la investigación de los factores subjetivos que conducen al bienestar de poblaciones, grupos e individuos, explicar los procesos que llevan a las personas a su satisfacción moral, bienestar y felicidad, los mecanismos con los cuales ellas afrontan, resisten e integran los mismos factores que, están deteriorando su vida.

McSweeny y Creer resumen algunas consideraciones prácticas que deben tenerse en cuenta al elegir una medida de calidad de vida ideal (Grau, 2003):

- 1.- Tener múltiples usos (planteamiento de terapéutica individual, decisiones administrativas e investigación), lo que aumenta la aceptabilidad y el valor percibido de la evaluación psicológica por otros profesionales implicados.
- 2.- Implicar múltiples métodos de agregación de los registros (unir el registro de múltiples y complejas dimensiones en una sola medida sencilla o de índice general).

3.- Que pueda sortear la dificultad al leerse y la complejidad de la respuesta (obviar las dificultades de instrumentos auto-administrados con redacción sencilla, evitando formulaciones en negativo que generen confusiones, no usar escalas de respuestas de mas 7-9 puntos, evitar respuestas dicotómicas de “si ”o “no”, etc.

4.- Facilidad de su empleo (tiempo breve de administración, calificación e interpretación).

5.- Contar con un manual (que contenga información acerca de la administración, registro e interpretación, así como los datos de la confiabilidad y validez del instrumento, ejemplos, normas y recomendaciones sobre su aplicación).

6.- Amplia adopción (para programas clínicos e investigativos, que facilitan los bancos de datos para comparar y seguir el estudio de validez externa o generalización, de la potencia estadística, etc).

7.- Considerar los métodos de administración (si son auto-administrados, o si se requiere y dispone de familiares, amigos u otro personal de salud para hacer reportes de calidad de vida del individuo).

8.- El costo (si requiere capacitación especial el personal que lo va a administrar, o equipos de aplicación, de registro e interpretación, como computadoras, etc.)

En el ámbito de la psicología, la evaluación de la calidad de vida define en su objetivo principal determinar los efectos de los cuidados de la salud, como intervenciones positivas, evaluando la calidad de estos cuidados, estimar las necesidades de la población, optimizar las decisiones terapéuticas y estudiar el impacto de las variables que intervienen en el estado de salud. El hecho de que muchos de los estudios de calidad de vida se desarrollaran en el campo de la salud no es casualidad, ya que la salud es uno de los aspectos determinantes importantísimos para la calidad de vida total, pues repercute en el resto de los

valores presentes que constituyen la calidad de vida al tiempo que son resultantes de los cuidados y atención a la salud. Es por esto que muchos autores coinciden en que la salud no sólo es un factor predominante, sino determinante, entre los diferentes elementos que integran la calidad de vida.

Si el desarrollo histórico-conceptual ha estado vinculado a conceptos tales como los de satisfacción, bienestar y felicidad; si las condiciones objetivas se refractan a través de las aspiraciones, las expectativas, las experiencias, los motivos, los sentimientos y los valores del hombre (factores personales, valorativos y emocionales); si, en definitiva, lo que se evalúa es "calidad de vida percibida", o en otras palabras, cómo el nivel de vida o las situaciones objetivas del sujeto se transforman en bienestar subjetivo, la Psicología tendrá que jugar un papel decisivo en el esclarecimiento del proceso por el cual se perciben, estiman e interpretan los factores objetivos, en la identificación y caracterización de los pasos o eslabones que conducen a la satisfacción y el bienestar y en la estructuración de sus elementos integrantes.

Desde esta perspectiva, la renuncia a uno de los dos componentes: objetivo o subjetivo, o su simple división, entorpecería el análisis teórico por el que claman todos los investigadores. La Calidad de Vida, como pasa con muchos otros constructos, necesita la referencia a ambos polos, no sólo para ser descrita o evaluada, sino para ser explicada y presentada como un complejo proceso de elaboración subjetiva, y en consecuencia, para orientar el "modus operandi" al cual deberán adscribirse los investigadores en este campo en el futuro próximo.

Los instrumentos que se han empleado para evaluar calidad de vida podrían agruparse de la siguiente forma (Grau, 2003):

1) Escalas o índices de problemas específicos: actividad, aceptación, etc., los más conocidos son los **Índices de Karnofsky y de Katz**. Este grupo de medidas evaluativas tienen que ver con las *habilidades funcionales en la enfermedad*. Este grupo se ha fortalecido a raíz del replanteamiento en la Medicina contemporánea del hombre enfermo como un agente social y de la preocupación creciente por las

repercusiones de los cuidados médicos en la vida y en las necesidades mismas del individuo. Se trata de medir aquí las respuestas del sujeto a sus propias disfunciones, las cuales pueden variar mucho en función de creencias, atribuciones, afrontamientos, etc., o sea, de aspectos cognitivos, emocionales, sociales y ambientales, y no meramente de un hecho físico o fisiológico. Por esta razón es que este grupo de medidas se ve muy influenciado por respuestas de deseabilidad y por los determinantes motivacional-afectivos de cada persona; pero, además, por el contexto social e institucional en que se caracterizan determinadas poblaciones. Permiten incrementar el conocimiento a través de la evaluación multidimensional en diversas enfermedades.

2) Pruebas o escalas de evaluación psicológica, como el **Inventario de Personalidad de Eysenck, el Minnesota (MMPI)**. Estas son Pruebas de Personalidad las cuales *miden los rasgos de personalidad y el ajuste emocional* incluyen los cuestionarios directos y los procedimientos más subjetivos de naturaleza "proyectiva". Los cuestionarios y las entrevistas de diagnóstico requieren preguntarle directamente a las personas acerca de sus sentimientos en situaciones específicas, sus miedos, preocupaciones, etc. Las pruebas proyectivas incluyen una variedad de procedimientos que evalúan indirectamente los sentimientos y las características de personalidad, proporcionándoles a los individuos situaciones ambiguas o vagas, ilustraciones, historias, etc. Las respuestas se consideran indicadores de los rasgos de personalidad, miedos, ansiedades y momentos de estrés en la vida. La interpretación de las pruebas proyectivas es aún más subjetiva que la interpretación de preguntas directas y que los inventarios de comportamiento. **La Escala de Depresión de Hamilton**, consiste en unas 17 preguntas que *evalúan la depresión del sujeto*, acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación, **el Cuestionario General de Salud (GHQ)**. Este cuestionario fue elaborado por Golberg con la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, por lo cual se considera que, en realidad, *lo que mide es salud mental* y no el estado de salud general que tendría que incluir el auto reporte de sintomatología física, recorre

cuatro áreas psiquiátricas fundamentales: depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondría. Algunos de los ítems fueron tomados de la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor, del Inventario de Personalidad de Eysenc y del Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota. Los componentes fueron: severidad de la enfermedad (factor general), depresión psíquica, agitación, ansiedad e irritabilidad,. Esta escala, consta de proposiciones que deben ser respondidas escogiendo una de las posibles respuestas, planteadas al sujeto en escala Likert. El GHQ es un cuestionario para *evaluar salud autopercebida*, o sea la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales. Así encontramos que comienzan preguntando "se ha sentido..." y "ha sido capaz de disfrutar...". También este cuestionario pretende la evaluación de algunas de sus funciones intelectuales y fisiológicas, como es el caso de los ítems de la autovaloración del individuo en el establecimiento y alcance de sus metas y propósitos en la vida y del enfrentamiento a las dificultades. También ha sido empleado para evaluar la asociación de la salud mental con algunos elementos psicosociales tales como, la migración, el apoyo social, el status socioeconómico, las condiciones sociopolíticas adversas, y las situaciones sociales y ambientales especiales, que repercuten en la mujer y en la familia. Muy interesante ha sido la aplicación el GHQ en los estudios acerca del desempleo y otras situaciones del ámbito laboral en su repercusión sobre la salud y el bienestar humanos. También ha sido aplicado para estudiar la repercusión sobre la salud mental y el bienestar, de situaciones estresantes de diversa índole, tales como accidentes, desastres naturales, estrés postraumático vinculado a situaciones de guerra y otras situaciones de estrés relacionadas con la vida militar. **La Escala de Ajuste Psicológico a la Enfermedad (PAIS) y el Inventario Breve de Síntomas (BSI).** es la forma abreviada del SCL-90-R, y consta de 53 ítems, agrupados en 9 dimensiones (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Su verdadera utilidad reside en *proporcionar una medida general (unidimensional) de psicopatología* (Boulet y Boss, 1991).

3) Instrumentos especialmente diseñados para evaluar calidad de vida, como las **Escalas Análogas Visuales (EVA)**, proporcionan una *medición simple y eficaz de la intensidad del dolor*, usadas ampliamente en situaciones clínicas y de investigación. De acuerdo a esta escala se divide la intensidad del dolor en 3 categorías: Dolor leve: 0-3, Dolor moderado: 4-6 , Dolor severo: 7-10. La evaluación del dolor es importante para que el estudio del mismo tenga una base científica. Medir el dolor implica conocer que tan eficaz resulta una técnica analgésica. Como fue expresado, el dolor desencadena una serie de respuestas conductuales y fisiológicas que pueden ser objetivables. **El Índice de Spitzer**, *Es una medición de evaluación global de la Calidad de Vida*, dirigido al diagnóstico, al tratamiento durante un período largo. Se ha utilizado este índice para evaluaciones repetidas durante el curso del tratamiento. El Índice de Calidad de Vida, de Spitzer *ofrece ayuda a los médicos para evaluar globalmente los beneficios y los riesgos relativos a los tratamientos de las enfermedades graves y de los programas de apoyo*, como la atención paliativa o el servicio en asilos y hogares. Este índice explora en las siguientes dimensiones: la ocupacional, la doméstica u otras actividades principales de la vida diaria: como la salud, el apoyo de los miembros de la familia u otras personas importantes y actitud ante la vida. Ofrece una dimensión global de estas mediciones, pero no mide el estado de la salud; y el **Índice Funcional de Vida en Cáncer (FLIC)**, se diseñó para uso repetido antes, durante e inmediatamente después del tratamiento, es uno de los instrumentos más nuevos. El FLIC contiene 22 ítems pertenecientes a *síntomas y dolencias relacionadas con el tratamiento del cáncer así como el impacto de la enfermedad y la conducción sobre el funcionamiento físico, psicológico y social*. El FLIC está diseñado para ser completado diariamente por los enfermos. Todavía está por establecerse la capacidad de respuesta de las puntuaciones a los cambios que ocurren con el tiempo. Se han utilizado diversas variantes y traducciones, como la modalidad en castellano, empleada por especialistas del Departamento de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid y del Hospital Clínico Universitario "San Carlos" de Madrid, para evaluar programas de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama.

Teniendo en cuenta que las medidas usadas para evaluar Calidad de Vida se han utilizado frecuentemente para: 1) evaluar la satisfacción y el bienestar subjetivo, 2) determinar los niveles de salud (estatus de salud), y, 3) evaluar la preservación de habilidades funcionales ante la enfermedad (Moreno, Ximénez, 1996) sería imposible obviar una referencia panorámica a estas tendencias.

La evaluación del bienestar subjetivo se ha hecho con diferentes tipos de escalas y cuestionarios, dirigidos al estudio de la "satisfacción" global con la vida, como componente esencialmente cognitivo que expresa la valoración por el sujeto de las discrepancias entre sus expectativas y los logros alcanzados, y a la investigación de la "felicidad", componente de mayor connotación emocional que expresa el grado de afectividad positiva, es decir, alegría y regocijo como un estado actual (Grau, 1997). Entre estas medidas, las más conocidas son la "Escala de Equilibrio Afectivo" de Bradburn, las Escalas que miden bienestar y satisfacción Andrews y Withey, el "Instrumento de Evaluación Multinivel" de Lawton, y las "Escalas de Satisfacción con la Vida" de Neugarten (Moreno, Ximénez, 1996; Grau, 1997).

En lo que se refiere estrictamente a la evaluación de la salud en función de la calidad de vida resulta aún más difícil la operacionalización. La propuesta de un modelo multidisciplinar de salud, con su enfoque positivo, el desarrollo de los modelos salutogénicos en relación con la personalidad y algunos otros aspectos, hacen complejo el proceso de instrumentación de estas medidas. Así, si se considera que en el enfoque positivo de la salud tienen que ver las habilidades para enfrentarse a situaciones difíciles, el mantenimiento de fuertes sistemas de apoyo social, la integración en la comunidad, una alta moral y autoestima, el bienestar psicológico y el buen funcionamiento físico, se podrá comprender cuán difícil resulta la operacionalización de estos modelos en función de la evaluación de la Calidad de Vida. De hecho, muchas medidas de salud se hacen a través de indicadores como "bienestar", "ajuste", "ejecución" o "funcionamiento social", reflejando la formulación multivariada de la salud.

Como puede verse, son varios métodos y clasificaciones para el estudio de la Calidad de Vida relacionada con la Salud. La abundancia de medidas de evaluación se convierte cada vez en un nuevo problema: ¿ qué instrumento elegir ante una investigación determinada o con un propósito clínico definido? Los criterios de elección deberán agrupar, obviamente, aspectos psicométricos y prácticos, luego de una revisión del sustrato conceptual y los problemas metodológicos generales que se refieren a cada medida. De cualquier forma, es posible observar que el bienestar subjetivo se constituye crecientemente en el ordenador a evaluar por la mayoría de las medidas de calidad de vida relacionadas con la salud.

En realidad, cualquier medida de calidad de vida incluye, al menos la evaluación de algún componente del estrés emocional, de la misma forma en que la evaluación del estrés a menudo incluye alguna referencia al bienestar y la capacidad de ejecutar unos u otros roles sociales. Ciertamente, debe considerarse su distinción.

Un tercer grupo de medidas evaluativas tiene que ver con las habilidades funcionales en la enfermedad. Muchos de los instrumentos, en la modalidad de autoinforme que se utilizan para evaluar dichas habilidades, se dedican a explorar actividades de autocuidado, así, como, la capacidad de desplazamiento y movimiento de los enfermos. Algunas medidas más específicas, usadas en determinados padecimientos crónicos, no permiten grandes comparaciones, pero pueden ser bien empleadas con fines de investigar cambios en determinadas situaciones clínicas (Grau, 1997). En este sentido, ha cobrado reciente impulso el desarrollo de índices clinimétricos de cambio, que persiguen obtener estimaciones de la calidad de vida de los sujetos a través de mediciones repetidas para conocer el impacto de las intervenciones terapéuticas, en los ensayos clínicos (Guyatt y cols, 1989; Guzmán y cols, 1993, en Grau, 1997).

2.4 Componentes y Definición de Calidad de Vida

En el transcurso de las investigaciones acerca de la calidad de vida, se han ido configurando cuatro grandes ámbitos de interés y preocupación:

*Primer ámbito: incluye aspectos que se consideran decisivos para el bienestar general del ciudadano: trabajo, educación, sanidad, vivienda y equipamientos.

*Segundo ámbito: está relacionado con la contribución que tiene el medio, la calidad ambiental, en la calidad de vida y que viene representada por la calidad del ambiente atmosférico, el ruido, la calidad del agua, etc.

*Tercer ámbito: de naturaleza psicosocial está vinculado al ámbito interactivo del sujeto: relaciones familiares, relaciones interpersonales, ocio, tiempo libre, etc.

*Cuarto ámbito: hace referencia a cuestiones de cierto orden socio-político, tales como la participación social, la seguridad personal y jurídica, etc.

La calidad de vida, es un concepto de experiencia individual, en donde las personas, como partes funcionales de un todo, se encuentran inmersas en un medio lleno de cambios y variaciones constantes, en donde los individuos tienen que adaptarse en cada momento a esos cambios produciendo todo un conjunto de acciones y de reacciones, cuya finalidad es, en el último término, la supervivencia, el mejor manejo de la vida cotidiana, y la satisfacción personal que esto conlleve.

Para cuestiones del presente trabajo definiremos Calidad de Vida como: “Una propiedad que tienen las personas que experimentan situaciones y condiciones de sus ambientes de vida y, por tanto, depende de las interpretaciones y valoraciones de los aspectos objetivos de su entorno, considerando la dimensión subjetiva o psicosocial del mismo” (Grau, 2003, pág. 6).

CAPÍTULO 3. GÉNERO

3.1 Bosquejo Histórico

A lo largo de la historia, la mujer ha sido colocada en desigualdad social con respecto al hombre, es decir, en posición de subordinación, sus necesidades o deseos no tienen importancia para éste (padre, hermano, marido). Dicho hecho ha sido arrastrado a través del tiempo por las mujeres quienes lo han tomado como verdadero, lo que les ha determinado su papel histórico en la vida cotidiana y, obviamente, en sus relaciones sociales.

En el transcurso de los años, a la mujer se le ha identificado con roles específicos como el trabajo doméstico y la maternidad, no obstante, hemos podido observar con el paso del tiempo que la mujer ha ido ganando espacio en el terreno laboral. Por una parte, los factores determinantes de su tradicional discriminación han ido desapareciendo. Así, por ejemplo el nivel de educación aumentó debido a condicionantes como el traslado del campo a la ciudad por el que se sufrió una denotada transformación del papel de la mujer en el matrimonio y ante las responsabilidades familiares.

Mabel Burin (2003), especialista en género y salud mental señala que la asignación tradicional a las mujeres de la crianza de los hijos y las labores domésticas, el predominio de sentimientos sobre la racionalidad, los “estereotipos” sobre el ejercicio del poder, entre otros, se convierten en “factores de riesgo” para la salud mental de las mujeres trabajadoras, toda vez que les provocan estrés y depresión en su vida laboral y privada.

Aquellas mujeres que, además del cuidado del hogar, con todo lo que implica, realizan un trabajo fuera de este, deben compatibilizar ambas tareas, lo que supone el doble de trabajo de lo que soporta un hombre porque normalmente, como ya hemos dicho, el trabajo doméstico es únicamente responsabilidad femenina (Natalia Moreno, 2001). A esto nos referimos como doble jornada laboral,

la realización de un trabajo remunerado fuera de casa y a la ejecución de las labores propias del hogar.

Por otro lado, también la estructura sectorial del empleo femenino ha mostrado cambios. De acuerdo a CONAPO (2000), la demanda de fuerza de trabajo femenina ha sido impulsada por la expansión del empleo tanto en las actividades reservadas tradicionalmente a las mujeres, como en aquellas actividades que no presentan una preferencia marcada por uno de los sexos. En cambio, las actividades que ocupan principalmente fuerza de trabajo masculina (la agricultura y la mayor parte de las industrias) han reducido su capacidad de generación de empleos, ya sea como consecuencia de una caída en el crecimiento de la producción o por el cambio tecnológico.

3.2 Concepto de Género

Joan Scott (1992, pág 26), define género como “El elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género como una forma primaria de relaciones significativas de poder”, esta definición está constituida por 4 elementos interrelacionados:

1. Símbolos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples contradictorias de la mujer.
2. Conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos (doctrinas educativas, científicas, legales y políticas).
3. El género como expresión del sistema de parentesco.
4. La identidad subjetiva del género.

En su formulación más amplia el género es “un aspecto fundamental de las relaciones sociales de poder, de la identidad individual y colectiva, y del tejido de significados y valores en la sociedad” (Morgen, 1989).

El trabajo femenino a pasado por largas vicisitudes, permanentemente atacado por el hombre que veía en la mujer a una competidora a bajo precio, por lo que la desalojaba y la despedía de fábricas y talleres. Eso provocó que la mujer comenzara a luchar por sus derechos en innumerables movimientos y protestas a las cuales el legislador puso fin, reglamentando su trabajo conforme a su naturaleza y salvaguardándola de la explotación patronal. Pero en la actualidad no sólo la protección adecuada a su trabajo es necesaria, sino también el respeto a sus derechos como igualdad de salarios, y de ocupar los puestos que antes sólo estaban concedidos a los hombres. Afortunadamente la Ley Federal del Trabajo da una protección especial a la mujer embarazada y a la madre de familia, contemplados en su capítulo "Trabajo de las Mujeres" (artículos del 164 al 172) que abarcan las diversas modalidades de madres trabajadoras, en donde señala que las apoya en el desempeño de sus labores. Además la Ley del Seguro Social refuerza a la Ley Federal del Trabajo, reglamentando la creación de guarderías (Diario Oficial, 12 de marzo de 1973) que aunque éstas son insuficientes ha representado en la mayoría de los casos una gran ayuda a las madres trabajadoras.

El trabajo femenino se caracteriza por la segregación ocupacional, por la división del trabajo por género, no existe un incremento significativo en prestaciones, alta frecuencia de informalidad en el empleo y condicionamiento por los tiempos del ciclo reproductivo, desvalorización social de la fuerza de trabajo femenina, aplicación contradictoria de la ley, imposición de consideraciones patriarcales, obstáculos sociales para escalar puestos, subocupación frecuente y doble jornada de trabajo (Texeira,1989).

De acuerdo a un estudio de la CEPAL, en la última década, se puede observar una preocupación creciente en los países para considerar la dimensión de género, como parte integral del objetivo de equidad social, no solamente en las políticas sociales sino también las laborales y económicas. El número de oficinas del trabajo que han adoptado políticas o programas específicos para la promoción de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres es cada vez mayor. Varios

gobiernos han creado unidades de la mujer dentro de la administración pública o han establecido convenios de cooperación con otros actores nacionales para el adelanto de las mujeres. Así mismo, en las centrales sindicales, han surgido los comités o departamentos de la mujer y hay cada vez más organizaciones empresariales que cuentan con una comisión similar y que están adoptando políticas para promover la igualdad de oportunidades. Al mismo tiempo, organizaciones sociales, instituciones académicas y otros actores sociales están dando a conocer las discriminaciones y exclusiones que las mujeres siguen sufriendo en el mundo laboral y económico, exigiendo y proponiendo medidas concretas para revertir esta situación (CEPAL, 1998).

3.3 Construcción Social de Género

Con esto, se trata de entender las relaciones de género como un proceso, como una construcción social que se puede describir y analizar en un tiempo y un espacio determinados.

El reto de la perspectiva de género consiste en estudiar a hombres y mujeres en distintos ámbitos de la vida social, en el hogar, el lugar de trabajo, las organizaciones formales e informales, etc. Para determinar cómo se moldea la experiencia laboral, política, doméstica y sexual femenina paralelamente a la masculina y en interacción con ella.

Graciela Hierro nos invita a preguntarnos por el ser de las mujeres y el lugar que han ocupado a lo largo de la historia, a cuestionarnos esos problemas que trae consigo la diferencia sexual, a indagar por qué históricamente el placer en las mujeres ha estado negado, sugiriéndonos la posibilidad de transformar aquello que se ha identificado como la condición de las mujeres: ser seres para otros. Para ello reconoce el "género" como la *"construcción social que se impone a un cuerpo femenino o masculino y le conforma una identidad o rol esperado por su cultura"* (Graciela Hierro, 1985).

Es importante dicho concepto porque todo se organiza según las diferencias biológicas en relación con la producción y la reproducción. Femenino y masculino son dos conceptos que se relacionan con las normas del orden social, del ejercicio de poder y de la distribución de la riqueza.

Los sistemas de género sin importar, el período histórico, ni el contexto, son sistemas binarios que oponen el hombre a la mujer, lo masculino a lo femenino, y esto, por lo general, no en un plan de igualdad sino en un orden jerárquico; estas posturas de oposición nos permiten ver procesos sociales y culturales complejos, en los que las diferencias entre mujeres y hombres no son ni aparentes ni están claramente definidas.

Se debe entender el término género como un fenómeno cultural, en donde los límites sociales establecidos por modelos basados en el género, varían tanto histórica como culturalmente, y que también funcionan como componentes fundamentales de todo sistema social. Las fronteras del género, al igual que las de clase, se trazan para servir una gran variedad de funciones políticas, económicas y sociales. Es una forma contemporánea de organizar las normas culturales pasadas y futuras, una forma de situarse en y a través de esas normas, el género es un estilo activo de vivir en el mundo.

3.4 Género y Estrés

Es necesario abordar los problemas y en este caso específico la percepción del estrés desde una mirada femenina, y al respecto Carmen Ramos (1996) nos dice: “Si partimos de que existe una mirada femenina, en una forma de plantear preguntas desde los temas y asuntos trascendentes para las mujeres, se hace necesario preguntar “en femenino” para enfocar una perspectiva propia de éstas. Al plantear así las preguntas sobre los diversos hechos y acontecimientos en la vida de las mujeres, estaremos preguntando por dos procesos paralelos y acaso interrelacionados. Por una parte, el hecho de plantear las preguntas en “femenino” supone desde luego privilegiar temas y problemas que resultan relevantes para las

mujeres en cuanto que mujeres, a pesar de las diferencias étnicas, sociales y económicas que existan ante ellas. Por otra parte, la categoría misma de la “mujer” lejos de ser unívoca, universal e inmutable, es histórica, obedece a lo que en ese momento se considera mujerial, propio de las mujeres, adecuado para ellas, femenino. Pero ese “femenino” implica que hay cuestiones, temas, problemas que resultan significativos para un grupo humano – las mujeres- y no para otro –los hombres- “.

Los hombres y las mujeres no experimentan el estrés de la misma forma. Las variaciones de la sensibilidad a lo largo del ciclo menstrual, los distintos significados que atribuyen a un problema, el modo en que enfrentan los obstáculos, y hasta diferentes tipos de estresores (situaciones- hechos que desencadenan estrés), como diferentes maneras de ver la vida, descontando las diferencias biológicas, son todos factores importantes que marcan las diferencias, y la forma en que el estrés les afecta. Así, tomado en cuenta las diferencias, tanto en las preocupaciones como en los modos de afrontamiento, es necesario diseñar programas “a medida “de una y otra realidad.

En muchas naciones, las mujeres no tienen plena igualdad ante la ley: no tienen los mismos derechos de propiedad que los hombres, ni los mismos derechos contractuales, de asociación, de movilidad. Con frecuencia, cargadas con la doble jornada que deriva de las exigencias del empleo y de la responsabilidad por el hogar y el cuidado de los niños, carecen de oportunidades para el juego y para el cultivo de sus facultades cognitivas e imaginativas.

Todos estos factores tienen su costo en cuanto a bienestar emocional: las mujeres tienen menos oportunidades que los hombres de vivir libres de temores y de disfrutar de tipos más gratificantes de amor, de gozar de más tiempo para ellas mismas, para hacer lo que les interesa y lo que las motiva.

De todas estas maneras, las desiguales circunstancias sociales y políticas dan a las mujeres capacidades humanas desiguales (Nussbaum, Martha C., 2000).

Aprender acerca de las mujeres, como piensan, que sienten, como actúan, sus preocupaciones, intereses, motivaciones, implica también aprender acerca de los hombres. El estudio de género es una forma de comprender a las mujeres no como un aspecto aislado de la sociedad sino como una parte integral de ella.

CAPÍTULO 4. ESTRATEGIA MÉTODOLÓGICA

A partir de todos los datos ya planteados, se procede a problematizar el estudio de tal forma que se adecue a nuestros objetivos que enseguida se plantean, para posteriormente mostrar las herramientas con las que se trabajará, así como también el programa de intervención.

4.1 Planteamiento del Problema

¿Es posible disminuir el nivel de Estrés de las mujeres que realizan la doble jornada de trabajo para mejorar su calidad de vida?

4.2 Objetivos

General

Conocer el nivel de estrés que tienen las mujeres que realizan la doble jornada de trabajo.

Particulares

- Elaborar, aplicar y evaluar un taller del manejo de estrés* que les permitan una mejor calidad de vida.
- Las mujeres que realizan la doble jornada de trabajo conocerán y desarrollarán técnicas para el manejo de estrés que les permita mejorar su calidad de vida.
- Las participantes descubrirán sus propios mecanismos de afrontamiento del estrés así como sus principales estresores.

4.3 Hipótesis

- Las mujeres que realizan la doble jornada de trabajo, tienen un nivel de estrés alto.
- Si aumenta el nivel de estrés en las mujeres que realizan la doble jornada de trabajo, la percepción de su calidad de vida se ve afectada.

* Dicho taller se titula “Aprendiendo a manejar mi estrés” y se programó de acuerdo a la metodología del Psicodrama, se anexa la información correspondiente.

- Las técnicas desarrolladas en el taller beneficiaran a las mujeres que cumplen con la doble jornada de trabajo, en el mejoramiento de su calidad de vida.

4.4 Variables

***Estrés:** Es una relación particular entre el individuo y su entorno, que es evaluado por éste como amenazante desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar.

***Calidad de Vida:** Es una propiedad que tienen las personas que experimentan situaciones y condiciones de sus ambientes de vida y, por tanto, depende de las interpretaciones y valoraciones de los aspectos objetivos de su entorno, considerando la dimensión subjetiva o psicosocial del mismo.

4.5 Población

Mujeres que realizan la doble jornada de trabajo que son casadas y tienen hijos.

4.6 Muestra

8 mujeres casadas, madres, que realizan la doble jornada de trabajo.

Es una muestra intencional formada por mujeres empleadas del CENDI Iztapalapa de la Secretaría de Seguridad Pública, del área de intendencia, cocina, dirección, pedagogía y administrativa. Decimos intencional pues, a raíz de una observación participante detectamos la problemática en torno al estrés manifestado en éstas mujeres, debido a esto, surgió la inquietud de trabajar con ellas, notando también que la mayoría de ellas son casadas, tienen hijos y son responsables de las labores de su hogar.

4.7 Tipo de Estudio

El presente estudio es descriptivo ya que busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos o comunidades que protagonizan éste análisis.

Los estudios descriptivos miden conceptos o variables a los que se refieren de manera independiente, integrando las mediciones de cada una de las variables, en este caso, nivel de estrés y calidad de vida, para decir cómo es y cómo se manifiesta el fenómeno que nos interesa. Por otro lado, un estudio descriptivo requiere de cierto conocimiento del tema que se pretende investigar pues se le debe dar respuesta a preguntas específicas.

4.8 Instrumentos

Estrés

*Nombre:

Measure du Stress Psychologique (M.S.P.)

*Autor y año:

Lemyre, Tessier y Fillon, 1990.

*Lugar de estandarización:

Québec, Canadá, 1990; Italia, 1992; México, D.F., 2003.

*Características:

El Test de Auto Percepción de Estrés (TAPE) es una adaptación, un instrumento, validado y confiabilizado para población italiana, que mide estrés psicológico (Di Nuovo y Rispoli, 2000).

Di Nuovo y Rispoli (2000) estandarizaron la escala tipo Likert, test de Medición del Estrés Psicológico (MSP en sus siglas en francés) en población italiana. El instrumento original, construido por Lemyre, Tessier y Fillon en 1990, mide el estado de estrés psicológico, y está compuesto por 49 reactivos validados y

confiabilizados, divididos en tres categorías: cognitivo-afectivo, fisiológico y comportamental. Las opciones de respuesta son ocho.

La traducción y estandarización del instrumento al italiano sufrió dos modificaciones: una reducción en las opciones de respuesta que en su versión van de 1 (para nada) a 4 (mucho) y la elaboración de dos versiones del instrumento uno para mujeres y otro para hombres. El instrumento se aplicó a 607 sujetos, 46% hombres y 54% mujeres, la edad varió de entre 15 a 75 años con una media de 35 años 6 meses. El instrumento obtuvo un coeficiente de Alpha de Cronbach de **0.95** y una media de la correlación Inter- ítem de 0.38.

En la versión italiana, Di Nuovo y Rispoli (2000), realizaron el análisis factorial de los 49 reactivos, apoyados en el método *single linkage (nearest neighbor)* encontrando la agrupación de 24 reactivos en seis clusters: I. Pérdida de control, irritabilidad; II. Sensación psicofisiológica (latido cardíaco, respiración, tensión muscular, temperatura variable); III. Sensación de esfuerzo y de confusión; IV. Ansia depresiva; V. Dolores y problemas físicos; VI. Hiperactividad, comportamiento acelerado (caminar, comer). A continuación se presentan los reactivos que forman los seis componentes así como su carga factorial:

Cluster I: Pérdida de control, irritabilidad.

11. Soy irritable, tengo los nervios a flor de piel, pierdo la paciencia con las personas o las cosas	0.70
22. Estoy calmado (<i>se califica invertido</i>).	0.68
32. Soy brusco en mis comportamientos, me muevo rápida y bruscamente.	0.60
35. Tengo la impresión de perder el control	0.74
36. Soy agresivo	0.58
46. Controlo mal mis reacciones, mi humor, y mis gestos	0.66

Cluster II: Sensación psicofisiológica.

16. Tengo repentinas variaciones de temperatura corporal (mucho calor o mucho frío)	0.63
25. Siento que el corazón palpita rápida o irregularmente	0.72
34. Tengo los músculos tensos o temblorosos, tengo calambres musculares	0.66
40. Tengo la respiración corta, acelerada, limitada, rápida	0.67

Cluster III: Sensación de esfuerzo y de confusión.

33. Soy ineficiente e inadecuado	0.69
37. Soy confuso, no tengo ideas claras, me falta atención o concentración	0.65
41. Siento “un gran peso sobre los hombros”	0.65
42. Tengo la impresión de que todo me cuesta un esfuerzo enorme.	0.66

Cluster IV: Ansia depresiva.

6. Me siento solo, aislado, incomprendido	0.72
13. Estoy desalentado, deprimido, abatido	0.75
15. Estoy preocupado, atormentado, molesto	0.76
29. Estoy ansioso, inquieto o angustiado	0.77

Cluster V: Dolores y problemas físicos.

12. Tengo dificultades en la digestión, dolor de estómago, siento un nudo en el estómago	0.63
14. Tengo dolores físicos: dolor de espalda, dolor de cabeza, dolor de cuello, dolor de estómago	0.56
28. Tengo diarrea, calambres intestinales o estreñimiento	0.54

Cluster VI. Hiperactividad, comportamiento acelerado.

26. Camino rápidamente	0.27
44. Soy inquieto, tengo siempre necesidad de moverme, no logro estar quieto.	0.34
45. Como rápidamente, termino de comer en menos de 15 minutos	0.24

Traducción al español del test de Medición del Estrés Psicológico (MSP)

La primera fase de este estudio consistió en revisar la traducción al español del test de Medición del Estrés Psicológico (MSP) validado y confiabilizado en el idioma italiano por Di Nuovo y Rispoli (2000). Dicha traducción al español, fue realizada por el Centro de Investigaciones y Estudios Avanzados (CINVESTAV), en el Departamento de Electrónica, como parte del desarrollo del sistema integral de medición del estrés.

El instrumento traducido se aplicó a una muestra no probabilística integrada por 525 sujetos con edades que fluctuaban entre 17 y 66 años (64% mujeres y 36% hombres). Los rangos de edad se distribuyeron de la siguiente manera: 56 sujetos de 17 a 30 años (46%), 47 sujetos de 31 a 50 años (38%) y 22 de entre 50 a 66 años (16%).

La escala presentó las cuatro opciones de respuesta originales: 1) Para nada, 2) Un poco, 3) Bastante, 4) Mucho.

Se realizó un análisis de comprensión de los ítems y de la pertinencia de algunos de los términos que no corresponden a los significados comunes en la cultura mexicana. Se encontraron errores de traducción o imprecisiones de significado lingüístico en 25 de los 49 reactivos, los cuales fueron afinados para conformar de esta manera el instrumento a aplicar en su versión en español.

El instrumento corregido fue aplicado a una muestra no probabilística de 467 sujetos, de los cuales 237 fueron de género femenino (51.3%) y 230 masculino (48.7%). Las edades fluctuaron en un rango de entre 17 a 80 años, la media de edad fue de 34.5 años. Las opciones de respuesta fueron cuatro.

Consistencia interna del instrumento corregido

La confiabilidad del instrumento corregido se realizó en dos procedimientos: 1) Se tomaron en cuenta los 49 reactivos del instrumento original y con base en ellos, se hizo una reducción de factores. 2) Se tomó en cuenta sólo los 24 reactivos reportados por Di Nuovo y Rispoli (2000) con el fin de verificar los factores reportados por dichos autores. A continuación se presenta el primer procedimiento:

1. Análisis de los 49 reactivos del instrumento original.

Para identificar el nivel de discriminación de los reactivos, se aplicó una prueba t para grupos independientes, empleando las puntuaciones de los grupos extremos, en esta prueba fueron eliminados dos reactivos cuya significancia fue menor a la esperada ($p < 0.05$). Posteriormente, de los reactivos, se obtuvo una tabla para observar las frecuencias en cada opción de respuesta, se decidió eliminar los reactivos que acumularan por lo menos el 50% de frecuencias en una opción de respuesta, y con los reactivos restantes se realizó un análisis factorial por medio de la Rotación Varimax. El instrumento final fue conformado por 17 reactivos conformados en 4 componentes bien definidos, a los que se les aplicó un análisis estadístico mediante el Alpha de Crombach para obtener el grado de confiabilidad. Se obtuvo un coeficiente Alpha de 0.86; una media de la escala de 15.48 y una media de las correlaciones Inter-ítem de 0.27.

En la siguiente tabla se muestran los componentes finales, así como las cargas factoriales de los reactivos. Se añadió además la columna A, donde se ha colocado el número de cluster al que correspondería cada reactivo en el trabajo original de Di Nuovo y Rispoli (2000) y con una "X" se han marcado los reactivos que no aparecen en sus clusters.

Primer factor		A
08. Estoy preocupado por lo que puede suceder el día siguiente	.714	X
15. Estoy preocupado, atormentado, molesto	.712	4

14. Tengo dolores físicos: dolor de espalda, de cabeza, cuello, estomago	.609	5
07. Me siento abrumado, arrollado, sobrecargado	.581	X
30. Me sobresalto por situaciones inesperadas o ruidos repentinos	.522	X
05. Examino las mismas ideas muchas veces...	.518	X
12. Tengo dificultades en la digestión, dolor de estomago...	.493	5

Segundo factor		A
36. Soy agresivo	.723	1
46. Controlo mal mis reacciones, mi humor y mis gestos	.716	1
11- Soy irritable, tengo los nervios a flor de piel...	.547	1
37. Soy confuso, no tengo ideas claras, me falta atención o concentración	.537	3

Tercer factor		A
10. Estoy continuamente atento a la hora, veo frecuentemente el reloj...	.554	X
45. Como rápidamente, termino de comer en menos de 15 minutos	.532	6
44. Soy inquieto, tengo siempre la necesidad de moverme, no logro estar quieto	.508	6

Cuarto factor		A
04. Tiendo a saltarme las comidas o a olvidarme de comer	.754	X
02. Siento la garganta apretada o la boca seca	.532	X
03. Me siento presionado por el tiempo, me falta tiempo	.529	X

Comparando los componentes recién formados y los clusters del test italiano puede observarse que los factores coinciden parcialmente en el resultado de la prueba de la traducción al español. En este trabajo aparecen solamente 8 reactivos de los 25 reportados en el instrumento italiano, pero algunos de ellos aparecen mezclados, de tal manera que los reactivos no se diferencian en los factores reportados.

Por ejemplo, en el factor 1 de la traducción al español se encuentran contenidos reactivos de índole cognitivo que describen preocupación (8, 15, 7, 5), reactivos de

índole fisiológico-corporal (14, 12) y finalmente un reactivo confuso (30) pues podría tratarse de nerviosismo, o de una reacción normal cuando alguien está completamente concentrado y un agente externo atenta contra tal concentración. Como puede observarse en la columna A, en el presente factor 1 aparecen mezclados reactivos de “Ansia depresiva” (factor 4 italiano) y “Dolores y problemas físicos” (factor 5 italiano).

En el segundo factor de la traducción al español aparecen mezclados reactivos que forman los clusters 1 “Pérdida de control, irritabilidad” (11, 36 y 46) y 3 “Sensación de esfuerzo y confusión” (37). El tercer factor de la traducción al español coincide con el cluster 6 italiano “Hiperactividad, comportamiento acelerado” e incluso el reactivo 10 que no aparece en el original comparte características de este componente. El cuarto factor de la traducción al español no contiene reactivos reportados en el original, sin embargo, su redacción indica diferencias entre ellos, por ejemplo, los reactivos 3 y 4 podrían indicar “presión”, mientras que el 2 es confuso, pues podría indicar tensión (si es que así se puede interpretar la frase “garganta apretada”) o sensación psicofisiológica (tomando en cuenta solamente la frase “siento la boca seca”).

En conclusión, a pesar de que la escala final, traducida del italiano al español compuesta finalmente por 17 reactivos, posee una confiabilidad alta ($\text{Alpha} = 0.86$), sus componentes no se ubican de manera clara en los seis factores reportados por Di Nuovo y Rispoli (2000).

Validación por medio de jueces de la traducción al español

De la traducción al español, se encontraron una serie de problemas, básicamente en lo referente a la redacción de los reactivos. La mayoría de ellos estaban compuestos de dos o más adjetivos, algunos de los cuales tenían dos ideas en un sólo enunciado por ejemplo: 27. Hago largos suspiros o reanudo de golpe la respiración, 12. Tengo dificultades en la digestión, dolor de estómago, siento un nudo en el estómago. Otros eran redundantes: 06. Me siento solo, aislado,

incomprendido, 13. Estoy desalentado, deprimido, abatido, 29. Estoy ansioso, inquieto o angustiado. Otros más eran confusos: 02. Siento la garganta apretada o la boca seca. 07. Me siento abrumado, atropellado, sobrecargado. 35. Tengo la impresión de perder el control . Finalmente, había reactivos que podrían parecer ofensivos: 33. Soy ineficiente e inadecuado, 37. Soy confuso, no tengo ideas claras, me falta atención o concentración.

Debido a la problemática en la redacción de los reactivos aunado a la falta de evidencia del agrupamiento en factores reportado por los autores, fue necesario someter los reactivos a validación por parte de un grupo de ocho jueces expertos (un médico, una Doctora en psicología quien tomó un curso de la psicología del Sí con Rispoli - uno de los autores responsables de la validación del instrumento en italiano- y seis profesionistas encargadas de hacer la intervención en prevención de estrés con la metodología del psicodrama) con las observaciones de los jueces se realizó la modificación del instrumento al que se le aumentaron otros reactivos.

El instrumento modificado con 45 reactivos fue aplicado a una muestra no probabilística compuesta por 431 sujetos de la ciudad de México; de los cuales 224 (53.7%) pertenecían al género masculino, mientras que 207 (46.3%) al femenino. Las edades fluctuaron en un rango de 15 a 59 años, la media en la edad fue de 26.4 y tuvo una moda de 23 años. El instrumento fue un escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta que iban de Nunca hasta Siempre.

Para identificar el nivel de discriminación de los reactivos, se aplicó la prueba t, empleando las puntuaciones de los grupos extremos, posteriormente se analizó la distribución de las frecuencias de las respuestas para cada opción de respuesta en todos los reactivos, con el fin de eliminar aquellos donde se acumulara por lo menos el 50% de frecuencias en una sola opción de respuesta. Los reactivos finales (16) fueron sometidos a una reducción de factores por medio de la Rotación Varimax.

Después del análisis de los clusters, el test finalmente se conforma por 22 reactivos en 5 factores con un Alpha de Crombach de 0.89; una media de la escala de 22.8 y una media de correlación Inter-ítem de 0.27. En la siguiente tabla se muestran los componentes finales con su respectivos reactivos y sus cargas factoriales.

Factor 1: Depresión y cansancio	1
40. Me canso fácilmente.	.680
30. Olvido citas, objetos o actividades a realizar.	.676
26. Me falta concentración en mis labores cotidianas.	.628
43. Me falta entusiasmo en mis labores diarias.	.593
17. Normalmente me siento débil.	.536
06. Evito enfrentar los problemas que tengo.	.443

Factor 2: ansiedad y preocupación	2
02. Examino las mismas ideas muchas veces.	.676
10. Me siento ansioso porque no me alcanza el tiempo.	.667
22. Me duermo pensando en mis problemas o en lo que hay que hacer al día siguiente.	.643
18. Me preocupa lo que pueda suceder el día siguiente.	.642
34. Me preocupo demasiado por cosas insignificantes.	.484

Factor 3: Irritabilidad	3
15. La gente me dice que tengo mal humor.	.822
19. Me enfado fácilmente con la gente.	.728
23. Respondo agresivamente ante personas que me dan su punto de vista.	.600

Factor 4: Dolor y tensión	4
01. Tengo tensa alguna parte de mi cuerpo.	.733
21. Tengo los músculos tensos.	.678
25. Sufro normalmente de algún dolor físico (espalda, cabeza, hombros, estómago).	.581

Factor 5: Trastornos del sueño	5
32. Empleo mas de media hora en conciliar el sueño.	.738
12. Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme.	.733

A pesar de la buena conformación de los factores y el nivel Alpha alto (0.89), se realizó una nueva revisión de la redacción de los reactivos, y se decidió aumentar otros relacionados a aspectos positivos de bajo estrés. Otro cambio que se consideró importante realizar fue aumentar las opciones de respuesta de cuatro a seis, la segunda modificación quedó compuesta por 51 reactivos.

Segunda modificación del instrumento original

El test modificado fue aplicado a una muestra no probabilística a 374 sujetos en la ciudad de México, de los cuales 202 (53.7%) pertenecían al género femenino y 172 (45.7%) al masculino, solamente 2 personas (0.5%) no mencionaron su género. Las edades fluctuaron de entre 14 a 92 años, la muestra presentó dos modas (bimodal) ambas con frecuencias de 22, las modas fueron 20 y 30 años. La mediana fue 29 años y la media de 35.7 años. El estado civil de la muestra se compuso de 181 solteros (48.1%), 116 casados (30.9%), 28 en unión libre (7.4%), 11 divorciados (2.9%) y 32 viudos (8.5%), 8 personas no reportaron su estado civil (2.1%).

Para identificar el nivel de discriminación de los reactivos se aplicó una prueba t, empleando las puntuaciones de los grupos extremos, seguido de un análisis de las frecuencias obtenidas en las seis opciones de respuesta con el fin de eliminar aquellos reactivos que acumularan por lo menos el 50% de las frecuencias en una sola opción de respuesta. Los reactivos restantes (42) fueron sometidos a un análisis de factores por medio de la Rotación Varimax. En esta prueba se eliminaron aquellos reactivos cuyas cargas factoriales fuesen menores a 0.4, también a los reactivos que compartieran cargas significativas en más de un factor, y finalmente se analizaron la coherencia entre los reactivos que formaban los

respectivos factores, eliminándose, de ser necesario, aquellos factores compuestos por menos de tres reactivos.

De esta manera, el instrumento final, queda conformado por 28 reactivos integrados en 7 factores, con un Alpha de Crombach de 0.90; media de la escala total 51.13; y una media de correlación Inter-ítem de 0.25; en la siguiente tabla se muestran los 7 componentes, los reactivos que los conforman y sus cargas factoriales.

Factor 1: Irritabilidad en las relaciones sociales.

S7 30. Mi humor me trae problemas con la gente.	.767
S5 21. Me enojo fácilmente con la gente.	.767
S6 25. Respondo agresivamente ante personas que me dan su punto de vista.	.692
S4 16. La gente me dice que tengo mal humor.	.618
S1 03. Pierdo fácilmente la paciencia con las personas o las cosas.	.527

Factor 2: Tensión, sensación de alerta.

F7 23. Tengo los músculos tensos.	.657
F3 09 Me doy cuenta que aprieto alguna parte de mi cuerpo sin haber un motivo aparente.	.625
F1 01 Siento tensa alguna parte de mi cuerpo.	.614
F11 40. Siento que respiro rápidamente.	.612
F2 05 Siento que el corazón me palpita rápidamente.	.597

Factor 3: Ansiedad

C5 20. Me preocupa lo que pueda suceder el día siguiente.	.733
C6 24. Me duermo pensando en mis problemas o en lo que hay que hacer al día siguiente	.705
C3 11. Me siento ansioso porque no me alcanza el tiempo.	.680
C1 02. Pienso en mis problemas muchas veces durante el día.	.646
C11 45. Siento miedo sin saber porqué razón.	.449

Factor 4. Depresión

F12 44. Físicamente me canso fácilmente.	.629
C10 41. Evito situaciones que requieran de mi esfuerzo.	.619
C13 47. Me falta entusiasmo en mis labores diarias.	.503
F5 18. Me siento débil.	.477
C14 50. Me siento solo.	.444
C8 33. Olvido citas, objetos o actividades que debo realizar.	.422

Factor 5. No estrés

S8 34. Realizo actividades culturales. (*)	.745
F6 19. Me siento relajado. (*)	.546
C12 46. Me siento alegre. (*)	.513

Factor 6. Trastornos del sueño

H10 35. Empleo más de media hora en conciliar el sueño.	.773
H4 13. Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardó en volver a dormirme.	.671

Factor 7. Dolores físicos

F10 36. Sufro dolor de estómago.	.696
F8 27. Sufro de algún dolor físico (espalda, cabeza, hombros, estómago).	.570

Los componentes obtenidos concuerdan en parte con los encontrados por Di Nuovo y Rispoli (2000), de esta manera, su cluster 1 denominado Pérdida de control, irritabilidad, corresponde en parte con el cluster 1 del presente trabajo que quedó acotado a irritabilidad, desapareciendo la pérdida de control. Al cluster se le denominó "Irritabilidad en la relaciones sociales." El cluster 2 italiano (Sensación psicofisiológica), corresponde al 2 mexicano, al que se le ha denominado "Tensión, sensación de alerta." El cluster 4 italiano (Ansia depresiva), se encuentra diferenciado en el presente trabajo, en los clusters 3 "Ansiedad" y 4 "Depresión." El

cluster 5 italiano “Dolores y problemas físicos” se encuentra acotado a “Dolores físicos” en el cluster 7 del instrumento mexicano. Los clusters italianos 3 “Sensación de esfuerzo y confusión”, y 6 “Hiperactividad, comportamiento acelerado” no aparecieron en este estudio, en su lugar se formaron dos factores bien delineados y diferenciados de los demás, uno que involucra simplemente “No estrés” (factor 5) y otro “Trastornos del sueño” (factor 6).

La última versión del instrumento mexicano quedó en 28 reactivos distribuidos en éstos últimos factores. Instrumento que se aplicó para el desarrollo de la presente investigación. (Ver Anexo 1).

Calidad de Vida

El presente cuestionario fue diseñado ad hoc para evaluar la calidad de vida en general, por tal motivo dicho instrumento no ha sido validado, sin embargo, muestra las diferentes áreas de los estilos de vida que coadyuvan a la detección de necesidades de bienestar llevadas a un buen término y su contra parte. (Ver Anexo 2).

A continuación se presenta la forma de asignar los puntajes a los reactivos del mismo, y el procedimiento para obtener su calificación total :

El cuestionario consta de 42 reactivos de los cuales 37 son positivos y 5 negativos, mismos que se dividen en 5 factores: el primero esta relacionado con la **salud física** de los participantes, este a su vez se subdivide en tres aspectos relevantes como es: el *auto-cuidado* pertenecientes a los reactivos 1-7, otro corresponde a los *hábitos alimenticios* pertenecientes a los reactivos 8-11 y, por último, acerca de *los valores* de la vida que son los reactivos 12-14. El segundo de los factores tiene que ver con el **apoyo social**, que se subdivide en aspectos como: *estrés y apoyo social* pertenecientes a los reactivos 15-25 y, *la percepción familiar* pertenecientes a los reactivos 35,36,38 y 40. El tercer factor está encaminado a la **educación**, y su aspecto relevante es la *satisfacción por educación* perteneciente a los reactivos 26-28. El penúltimo de los factores tiene que ver con **servicios de la comunidad**, es decir, *servicios con los que cuenta* pertenecientes a los reactivos 29- 34. El

quinto y último factor es relacionado con los **derechos**, encaminados directamente a la *oportunidad de trabajo y segregación laboral* pertenecientes a los reactivos 37, 41 y 42. Consideramos que los 5 factores que conforman al instrumento, son factores que influyen directamente en la percepción de las personas de su satisfacción y felicidad. La evaluación de la Calidad de Vida es un proceso que se va conformando a lo largo de la historia de cada sujeto, donde además de la cultura, la religión, las características de personalidad, las tensiones diarias, el proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación o imitación de modelos, de patrones familiares o de grupos informales desempeña un rol trascendental en una positiva percepción de su Calidad de Vida.

Todos los reactivos se califican otorgando 1 punto cuando se dice si y 0 puntos cuando se dice no. Excepto los reactivos negativos 14,22-25, que se evalúan de forma contraria al criterio ya expresado con anterioridad.

Una vez asignada la puntuación a cada reactivo y con la sumatoria correspondiente por regla de tres se le asigna el porcentaje obtenido.

La cantidad de reactivos asignados para cada factor fue de la siguiente manera:

*Salud física (14 reactivos, 7 de auto-cuidado, 4 de hábitos alimenticios y 3 de valores de la vida).

*Apoyo social (15 reactivos, 11 de estrés y apoyo social y, 4 de percepción familiar).

*Educación (3 reactivos).

*Comunidad (6 reactivos).

*Derechos (3 reactivos).

4.9 Modelo de Intervención

El Psicodrama Clásico de Jacob Levy Moreno (Boria, 2001), aporta a las ciencias sociales un enfoque diferente al pragmatismo positivista, es una disciplina que posibilita el cambio y rompe con las conservas culturales. Moreno pretendía

transformar las relaciones sociales a dos niveles: el subjetivo individual y el social. Los conceptos de rol (“forma operativa que el individuo asume en una situación específica”), tele (“constituye la más simple unidad de sentimiento que se transmite de un individuo a otro”), espontaneidad (“estimula al individuo hacia una respuesta adecuada a una situación nueva o a una respuesta nueva a una situación ya conocida”) y encuentro (cuando dos personas entran en contacto físico), fundamentan esta metodología.

El Psicodrama permite encontrar a nivel micro social el espacio para experimentar nuevos roles y nuevas formas de relación creativa, lo cual podría favorecer cambios macro sociales ya que implica un reentrenamiento de roles.

La personalidad se desarrolla en las relaciones interpersonales y el abordaje psicodramático tiende a facilitar al individuo la construcción de una personalidad capaz de producir roles adecuados a sí mismo y a las diferentes situaciones interpersonales en las que se pueda encontrar.

En un grupo de Psicodrama se crea un clima de espontaneidad para que los miembros de éste establezcan vínculos espontáneos sobre los cuales se va a construir el grupo, pues es la espontaneidad la que permite que circule un flujo de sentimientos entre los estados espontáneos de las otras personas miembros del grupo. En éste tipo de grupo, surgen momentos muy regresivos ya que, disminuye el control racional y se suavizan las defensas sin provocar ansiedad de pérdida de control, pues tanto los miembros del grupo como el director y el espacio psicodramático, representan la seguridad de contención.

4.9.1 Diseño de Intervención

Titulo: “El nivel de Estrés en mujeres que cumplen con la doble jornada laboral”

Institución: Centro de Desarrollo Infantil Iztapalapa

Nombre de los Participantes: Aguirre Buján Pilar.

Bousquet González Brigitte.

Olavarrieta Velázquez Rosa María.

Corona Muñoz Víctor Antonio (observador).

Fecha: Octubre-Diciembre 2004.

Título: Aprendiendo a Manejar mi Estrés.

Clave: ABO * 10/2004

Propósito: Que las mujeres sean conscientes de su nivel de estrés, aprendan a manejarlo y con ello mejorar su calidad de vida.

Horas: Miércoles 13-15 hrs.

Nivel: Dirigido a personal femenino en general.

Justificación: Ofrecer estrategias para el manejo del estrés y con ello favorecer el mejoramiento de la calidad de vida.

Perfil de la población: Madres trabajadoras del CENDI IZTAPALAPA que desempeñan labores del hogar.

Trabajo Previo: Ninguno

Objetivos principales: Las mujeres que cumplen con la doble jornada laboral conocerán y desarrollaran estrategias para el manejo del estrés que les permitan mejorar su calidad de vida.

Contenido Sintético:

- ¿Qué es el estrés?
- Tipos de estrés.
- Orígenes del Estrés.
- Consecuencias biopsicosociales del estrés.
- Calidad de vida.
- Condición de la mujer: Percepción de sí misma en el ámbito familiar.
- Condición de la mujer: Percepción de sí misma en la maternidad.
- Condición de la mujer: Percepción de sí misma y técnicas de afrontamiento.
- Relajación y masaje.

Tiempo de Duración: 22 horas, empleando 2 horas semanalmente los días miércoles de 13-15 hrs., en un transcurso de 11 semanas. Durante la primera Sesión: se aplicará el Test de Auto percepción del Estrés. En la segunda: se

aplicará el cuestionario de Calidad de Vida. En la tercera Sesión: se propondrán actividades para devolver la información recaudada en el Test auto percepción del Estrés. De la tercera a la décima Sesión, la estructura es conforme a cinco momentos específicos de la metodología de psicodrama (Activación, Actualización, Trabajo Central, Compartir y Cierre.) En la Sesión 10: se aplicará nuevamente el Test de Auto percepción del Estrés. Se realizará el cierre de la Intervención agradeciendo la colaboración de las participantes.

Participantes: 15 personas.

Condiciones de operación:

- Auditorio de cantos y juegos.
- Bolígrafos.
- Cojines.
- Colchonetas.
- Hojas Blancas.
- Disco de Música Ambiental, anti-estrés, para masajes.
- Etiquetas.
- Extensión eléctrica.
- Grabadora.
- Espejo.
- Pañuelos desechables.
- Plumones.
- Sillas.
- Tripie para Video Cámara.
- Material Didáctico.
- Ventilador.
- Video Cámara
- Video Cassettes

Resultados de Aprendizaje: Desarrollar y hacer uso de las estrategias propuestas para modificar el nivel de estrés y con ello mejorar la calidad de vida.

CAPÍTULO 5. ANÁLISIS Y RESULTADOS

El presente capítulo nos habla del trabajo descriptivo de la presente investigación que se llevó a cabo en la Ciudad de México, en la Delegación Iztapalapa. El escenario fue un Centro de Desarrollo Infantil en donde laboran madres que cumplen con la doble jornada de trabajo.

Los resultados de este trabajo aparecen divididos en su presentación y tratamiento, tanto el nivel de estrés como la calidad de vida de las participantes. Es importante hacer notar que los resultados hallados señalan la compleja asociación que existe entre las variables ya mencionadas, motivo por el cual, no evitamos el ser retomadas globalmente sujeto por sujeto.

Realizamos el análisis de los datos obtenidos mediante la aplicación de un instrumento para medir el nivel de estrés y un cuestionario para conocer la apreciación de las participantes de su calidad de vida, además de las observaciones hechas en el desarrollo del taller “Aprendiendo a manejar mi estrés”. El análisis de los resultados se obtuvo mediante la aplicación y evaluación de un pre-test y un posttest de ambos.

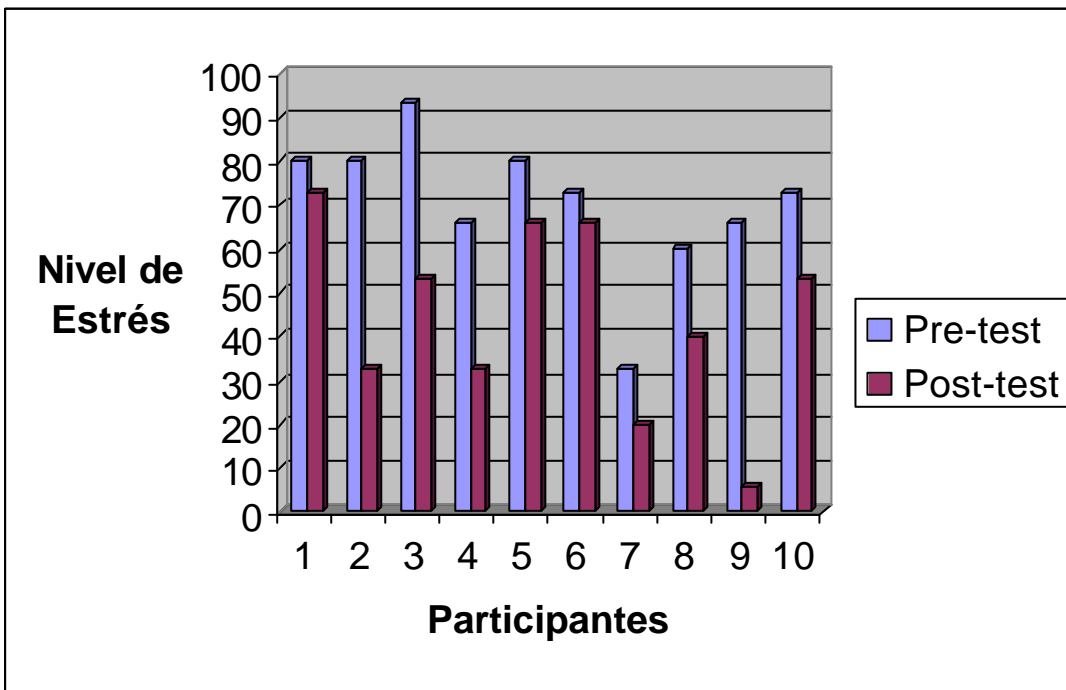
En primera instancia, se aplicó el instrumento para medir el nivel de estrés (TAPE), el cual es propiamente cuantitativo ya que, es una escala tipo Likert (ver página 60). Los datos se registraron en un programa de cómputo diseñado por el Dr. Adriano de Luca del CINVESTAV, en este, se capturaron las respuestas plasmadas en el instrumento por las participantes, dando como resultado una serie de gráficas que corresponden a los 7 factores resultantes de la validación de dicho instrumento, los cuales son: 1) Irritabilidad en las relaciones sociales, 2) Tensión, sensación de alerta, 3) Ansiedad, 4) Depresión, 5) Estrés, 6) Trastornos del sueño y 7) Dolores físicos, todos ellos van desde un 0% (bienestar) hasta un 100% (estrés), (véanse Tabla 1 y 2).

No obstante y como ya se mencionó anteriormente que el instrumento que mide el nivel de estrés es cuantitativo, la interpretación de los datos se hará de forma

cuantitativa, ya que el tipo de estudio de la presente investigación es descriptivo, el cual busca especificar las propiedades importantes de las personas, a través de la medición de las variables utilizadas, para así describir lo que se investiga.

Tabla 1

Nombre	Resultados Pre-Test	Resultados Post-Test	Resultados
Lourdes	80%	73%	Mejóro 7%
Alejandra	80%	33%	Mejóro 47%
Ivonne	93%	53%	Mejóro 40%
Guillermina	66%	33%	Mejóro 33%
Irma	80%	66%	Mejóro 14%
Plácida	73%	66%	Mejóro 7%
Guadalupe	33%	20%	Mejóro 13%
Blanca	60%	40%	Mejóro 20%
Angeles	66%	6%	Mejóro 60%
Carolina	73%	53%	Mejóro 20%



Como puede observarse, los resultados del pre-test de todas las participantes son considerablemente altos, teniendo como un mayor indicador el porcentaje más elevado que incide en un 93% y que corresponde a Ivonne, quien ocupa el puesto de docente, y de quien podemos constatar por las observaciones realizadas en el transcurso del taller, que en las primeras sesiones llegaba alterada, de mal humor, y no muy cooperativa, situación que mejoro notablemente y que se ve reflejada en su puntuación obtenida en el post-test, en el cuál su calificación fue de 53%, terminando el taller con una mejora del 40%, corroborado nuevamente con su actitud mucho más abierta, cooperativa y paciente; como menor un 33% perteneciente a la señora Guadalupe, quien no obstante, la calificación obtenida de su pre-test, lo que se observo en las primeras sesiones del taller, era que estaba agobiada por su trabajo, distante de sus compañeras y mostraba cierta apatía, actitudes que fueron cambiando en el desarrollo de las sesiones y que nuevamente se ve reflejado en su porcentaje obtenido en su pos-test que fue de 20%, dándonos una mejoría de 13%; estos datos nos indican que cada una de las participantes presentaban algún grado de estrés.

Con respecto a los resultados del post-test, los cuales van desde un 73% el más alto, hasta un 6% el más bajo, correspondientes a las señoras Lourdes y Ángeles respectivamente, notando aquí, en algunos casos, una considerable disminución, y en general, una reducción de los niveles de estrés presentados por cada una de las integrantes, consideramos que dicha variación en los resultados se dio a partir del Taller de Intervención (Ver Anexo 4), realizado poco después de la aplicación del pre-test, el cual nos proporcionó información importante para la elaboración del mismo. La finalidad de este fue proporcionar a las participantes herramientas útiles para un buen manejo de su estrés, cuestión que, aseguramos, se cumplió de manera exitosa, ya que, a través de las diversas actividades llevadas a cabo en el transcurso de las sesiones, pudieron reconocerse a sí mismas y elaborar estrategias con sus propios recursos de afrontamiento que también iban descubriendo. Cuestión que constatamos no sólo en la evidencia de los resultados explicitados, sino también en el acontecer cotidiano de la intervención. Los resultados traen consigo no sólo los datos significativos de las mejoras y la

variación que existía entre una mujer y otra, sino también la forma en que éstas pueden reaccionar ante un evento estresante y cómo es distinta para cada persona, ya que depende de la valoración de los factores de interpretación, creencias y actitudes de manera individual. Por tanto, es un proceso intrínseco de cada una de las personas que responde de manera particular, tal como lo muestran los siguientes datos:

Tabla 2

Nombre	Factor 1		Factor 2		Factor 3		Factor 4		Factor 6		Factor 7	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Lourdes	90	26	50	15	64	20	50	16	40	10	80	20
Alejandra	33	20	25	0	64	20	50	6	50	20	50	20
Ivonne	40	0	30	0	32	0	30	0	20	0	40	10
Guillermina	70	23	45	20	60	32	36	20	20	30	60	30
Irma	36	10	55	50	68	48	56	50	70	70	50	30
Plácida	6	0	10	0	8	4	20	16	10	0	20	10
Guadalupe	10	0	10	10	4	0	20	0	0	0	50	0
Blanca	10	3	30	20	36	32	46	26	20	0	50	20
Angeles	26	10	15	0	76	8	33	3	60	30	40	20
Carolina	30	20	40	25	55	44	60	40	100	80	40	30

Esta tabla muestra las diferencias entre la primera y segunda aplicación del test, así como también los resultados de acuerdo a cada factor. El factor número 1 es el de **Irritabilidad en las relaciones sociales**, es decir, mide qué tanto se relaciona o no el sujeto con las personas de su entorno, llámense familia, compañeros de trabajo, amigos, etcétera, Lourdes fue quien tiene el valor más alto, así que pudimos ver que es una mujer muy introvertida, con un tono de voz muy bajo, es la más nueva en la institución así que no se acerca mucho a sus compañeras, sin embargo, conforme fue avanzando el Taller logró involucrarse más con ellas y al final del mismo ya se incluía en pláticas, en las bromas que realizaban y expresó sentirse más cómoda en su trabajo. El segundo factor es el de **Tensión, sensación de alerta** y se refiere a qué tan tenso sienten el cuerpo y cómo responde éste ante un evento inesperado (estrés agudo), la del valor más alto fue Irma, una señora que sufre de obesidad y que expresó le dolía todo el cuerpo y se

cansaba muy fácilmente, es muy nerviosa y siempre está alerta pues ella “cree” que todo a su alrededor le puede perjudicar de alguna manera. El factor número tres es el de **Ansiedad**, el cual se refiere básicamente al nerviosismo y a la intranquilidad con la que se vive pero a niveles altos (no hay una definición como tal del término, son varias las dimensiones que se pueden medir), Ángeles tuvo el valor más alto, cabe mencionar que es la más grande del grupo, tiene a su cargo a una nieta quien le hace compañía la mayor parte del tiempo, trabaja en el área de la cocina y vive presionada por el tiempo, expresó que le daba miedo que algo le pasara a su familia y en especial a su nieta, por lo tanto está muy ansiosa la mayor parte del tiempo. El cuarto factor es el de **Depresión**, tiene que ver con estados de ánimo negativos, tales como la tristeza, desesperación, llanto incontenible, etcétera, Carolina es la que presenta el nivel más alto, aparenta ser muy alegre y casi siempre se le ve sonriendo, sin embargo en el Taller expresó que en casa tiene problemas, sus hijas no se llevan bien y una siente que su mamá no la quiere igual, cuestión que a Carolina le angustia demasiado porque esta hija es incluso grosera y le falta mucho al respeto, ella se considera una madre amorosa pero expresa no poder serlo con la hija problemática cosa que le entristece de sobre manera. El factor número cinco es el correspondiente al **No Estrés** (Tabla 1), Ivonne, quien tiene el nivel más alto, es una persona sumamente reservada, no habla de su vida familiar, por lo tanto tampoco de sus problemas, aún así, se observa un nivel de estrés muy alto, ya que, como ella misma lo expresó, todos los problemas, preocupaciones o angustias, se los guarda, no los comparte con nadie y esto le repercutía en su salud física y emocional. El sexto factor es el de **Trastornos del sueño**, como su nombre lo dice, este factor mide que tanto se activa el sistema parasimpático de las personas, es decir, qué tanto logran descansar mente y cuerpo para reponerse de la jornada del día, vemos que una vez más Carolina tiene el valor más alto pues comentó que se dormía pensando en los problemas de casa y le impedía conciliar el sueño, por lo tanto, casi nunca se sentía descansada. Por último, el factor siete es el de **Dolores Físicos**, en éste, Lourdes tiene el valor más alto y es que en el transcurso del Taller fue descubriendo que sus propias exigencias para con ella misma se le manifestaban

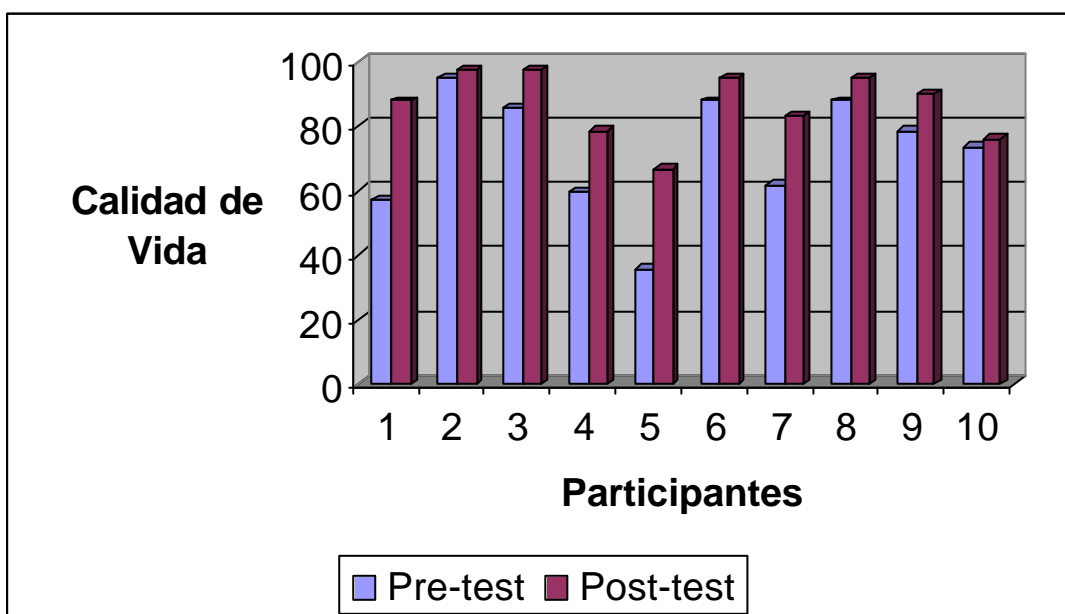
de alguna manera en el cuerpo, por lo general en el estómago y una vez que fue consciente de ello sus dolores disminuyeron considerablemente.

Por otro lado, en ésta tabla también se puede observar que en todos los factores hay una diferencia considerable entre el pre-test y pos-test en cada una de las participantes, en algunas la diferencia es mucho más notoria, como por ejemplo, en el primer factor se puede ver que Lourdes fue la de más alto puntaje, con 90% y bajó a 26%, se puede decir que su relación con las personas aumentó y mejoró las relaciones desfavorables que tenía, por otro lado, Plácida con 6% fue la más baja y aún así se redujo al 0%. Irma fue la más alta en el segundo factor con 55% , lo cual nos permitió corroborar que tenía problemas musculares y físicos importantes, dos casos fueron los de menor porcentaje con un 10%. El caso de Ángeles en el tercer factor es el más alto con un 76%, notando que su preocupación por el tiempo y por sus problemas era lo que más estresada la tenía, y por el contrario, Guadalupe apuntó un 4%. El 60% del cuarto factor le corresponde a Carolina, aunque cabe mencionar que todas las participantes puntaron un poco alto, esto es, que todas llegaron algo deprimidas, tristes o por lo menos angustiadas. Carolina también registró un porcentaje muy alto en el factor seis, pues tiene un 100%, es decir, le cuesta mucho trabajo dormir, no se relaja ni siquiera en momentos de descanso, a diferencia de Guadalupe que reporta un 0%. Por último, en el séptimo factor el puntaje más alto es de Lourdes con un 80%, quien sufre más de dolores físicos, y la más baja es Plácida con un 20%.

En la Tabla 3 se muestran los resultados obtenidos del cuestionario de Calidad de Vida:

Tabla 3

Nombre	Incidencias Positivas	Incidencias Negativas	Resultados Pre-Test	Incidencias Positivas	Incidencias Negativas	Resultados Post-Test	Resultados
Lourdes	24	18	57.14	37	5	88.09	Mejoró 30.95%
Alejandra	40	2	95.23	41	1	97.61	Mejoró 2.38%
Ivonne	36	6	85.71	41	1	97.61	Mejoró 11.9%
Guillermina	25	17	59.52	33	9	78.57	Mejoró 19.05%
Irma	15	27	35.71	28	14	66.66	Mejoró 30.95%
Plácida	37	5	88.09	40	2	95.23	Mejoró 7.14%
Guadalupe	26	16	61.90	35	7	83.33	Mejoró 21.43%
Blanca	37	5	88.09	40	2	95.25	Mejoró 7.14%
Angeles	33	9	78.57	38	4	90.47	Mejoró 11.90%
Carolina	31	11	73.80	32	12	76.19	Mejoró 2.39%



El cuestionario de calidad de vida que se aplicó a las participantes nos proporcionó datos en relación con aspectos del funcionamiento del bienestar, la Calidad de Vida como objeto de estudio del conocimiento psicológico; debido a que se asocia con algunos factores eminentemente psicológicos, tales como la salud psicológica o mental de los individuos o de la familia, el éxito en la escuela o en el trabajo, las

relaciones de las parejas, familiares o sociales, la realización personal, y los estilos de vida saludables, constituyeron en la presente investigación el grupo de factores ponderables o definibles en nuestra posibilidad metodológica cualitativa para determinar con ello, como se articulan fácticamente en relación para mejorar o deteriorar la Calidad de Vida de las personas. En este recorrido comparativo con varios de los instrumentos evaluados, consideramos que para nuestro fines los aspectos que tienen relación con la Salud, era de vital importancia, pues constituidos como entidades biopsicosociales requerimos de un esfuerzo conjunto, no sólo la ausencia de enfermedades, sino mas aun, aumentar las posibilidades de un desarrollo integral en las personas priorizando conceptos de auto percepción de su cuidado personal y conocimiento médico. El apoyo social nos muestra como se van tejiendo esas redes de interacción personal que ponen de manifiesto las relaciones sociales y de integración de la persona, no sólo como pérdidas o deterioro, sino también como ganancias. Por esta razón consideramos, la etapa de desarrollo psico-social. En donde se describen las variables que contribuyen a uno de nuestros indicadores insoslayables. La educación da la pauta de conformar las normas y las costumbres en las personas desarrollando alguna facultad o encaminadas o un cometido particular, que en este caso, fueron de orientación propiamente en relación al ámbito sexual. Los servicios de la comunidad los retomamos como indicadores del nivel socio-demográfico de donde se proviene dando información de sus características, por tanto, su propósito fundamental es resaltar las cualidades y/o desventajas relacionadas con el devenir cotidiano de las personas. Y por último, solo resta hablar de los algunos de sus derechos que emergen en el campo laboral, y que describen brevemente el cocimiento y posicionamiento de estos. Estos aspectos determinantes para la evaluación de Calidad de Vida en nuestra investigación fueron integrados en factores dentro del cuestionario.

Estos factores citados, aluden a la definición de calidad de vida para cuestiones del presente trabajo como: “ Una propiedad que tienen las personas que experimentan situaciones y condiciones de sus ambientes de vida y, por tanto, depende de las interpretaciones y valoraciones de los aspectos objetivos de su

entorno, considerando la dimensión subjetiva o psicosocial del mismo” (Grau, 2003, pág. 6).

Los ítems del cuestionario fueron evaluados de manera global, ya que consideramos que era imposible desarticular la íntima relación que confluyen en ellos y se podrían perder aspectos relevantes. El primero de los 5 factores, está relacionado con la **salud física** de los participantes, pertenecientes a los reactivos 1-14. El segundo de los factores tiene que ver con el **apoyo social**, perteneciente a los reactivos 15-25 y, 35, 36, 38 y 39. El tercer factor está encaminado a la **educación**, perteneciente a los reactivos 26-28. El penúltimo de los factores tiene que ver con **servicios de la comunidad**, pertenecientes a los reactivos 29-34 y 40. El quinto y último factor es relacionado con los derechos, pertenecientes a los reactivos 37,41, y 42. Considerando que dicho cuestionario nos permitió medir de manera veraz y confiable la calidad de vida de cada una de las mujeres asistentes al taller.

Los resultados obtenidos muestran que en todas las participantes se observó una mejoría significativa en relación con la evaluación de todos los factores desglosados con anterioridad, esto es, que en el pre-test el índice menor fue de 35.71% , (donde 0 equivale a una muy mala Calidad de Vida y 100 es el nivel óptimo de la misma). Correspondiente a la participante de nombre Irma, lo que significa que la apreciación de su calidad de vida estaba deteriorada de manera considerable; este resultado fue evaluado por nosotras sin conocer bien a bien el resultado obtenido en su evaluación, ella, mostró en un inicio un poco de resistencia al integrarse con normalidad al grupo de trabajo, pero a medida que pasaban las sesiones se integro de manera cordial y accesible. También encontramos que el indicador mayor fue de 95.23% y que nos indica que la participante Alejandra tenía en ese momento una favorable apreciación de su calidad de vida, lo que pudimos constatar, ya que generalmente al finalizar el taller compartíamos opiniones a cerca de cómo íbamos y, cuales eran nuestras apreciaciones a cerca de actitudes de las integrantes. Ale, siempre fue con una disposición favorable, pero siempre hizo hincapié de que su situación actual la

consideraba como muy estresante, también lo constatamos en su resultado. En el indicador de la evaluación no se mostraron grandes cambios, por que varío tan sólo un 2.38%, pero aunque el cambio no se mostrara en el indicador, lo observado nos permitió constatar la importancia en la articulación de los factores del estrés y la calidad de vida. Observando los resultados del post-test se encontró una mejoría en la apreciación de la calidad de vida de las participantes, en donde sus cifras variaron en su índice inferior que fue de 66.66% y el mayor de 97.61% mismo que recayó nuevamente, en las mismas participantes (Irma y Alejandra) respectivamente aunándose a ellas Ivonne con una casi óptima valoración de su calidad de vida, con un porcentaje de.97.61 El cambio en nuestros resultados era, no menor del 50%, lo que nos lleva a pensar que cada una de las participantes tenían una valoración aceptable de su calidad de vida como resultado de nuestra intervención, ya que todos y cada uno de los porcentajes se encontraban por encima del 50% , es decir, nuestro proyecto del taller había rendido frutos, razón por la cual nos encontrábamos muy complacidas, no tan sólo por nosotras mismas, sino por las propias participantes.

Así mismo pudimos constatar que el cambio en las respuestas de las participantes fue sustancial, ya que no se encontró variación en las respuestas de los ítems que recayeran y aludieran a una situación geográfica específica, como es el caso de servicios de la comunidad, si no mas bien, en aspectos que entronizan más los contenidos subjetivos evaluados como son: el apoyo social, la salud, la educación y los derechos con los que cuenta.

DISCUSIÓN

El estrés es una fuerza que impulsa a cada hombre, mujer o niño, que lo estimula para la acción. Es una condición que puede aparecer cuando una persona se enfrenta a una situación amenazante o extraña. Se considera a menudo como una causa de enfermedad, pero es esencial para la vida. La manera de enfrentar el estrés obedecerá a los recursos de cada persona, y de esto dependerá la forma en que le afectará.

El primer paso para tratar el estrés, es establecer el nivel al que se está sometido. Las personas se diferencian tanto en género, como en la cantidad y tipo de trabajo que consideran que merece la pena hacer para satisfacer las necesidades de la vida cotidiana y asegurar con ello, una buena Calidad de Vida y la felicidad. Estas consideraciones cobran particular importancia en el desarrollo de la presente investigación, ya que se, aborda desde una postura femenina en donde queda explicitado que las mujeres, por su condición, se enfrentan a factores estresantes diferentes a los de los hombres, y así mismo, también cuentan con recursos de afrontamiento distintos a los de ellos, refiriéndonos a recursos de afrontamiento como los elementos y/o capacidades, internos o externos con los que cuenta la persona para hacer frente a las demandas del acontecimiento o situación potencialmente estresante, estos recursos de afrontamiento que las participantes mencionaron tener al principio del taller, era el apoyo de alguna persona de su familia, el cariño de sus amistades, el poder llorar y desahogarse, el permitirse platicar de sus problemas con alguna persona de su entera confianza, y esto lo mencionaron de manera intuitiva, ya que en este momento, ellas desconocían qué era un recurso de afrontamiento. Tema que es abordado en el taller sesiones más adelante y en donde se les proporcionó material impreso con algunas consideraciones útiles para el manejo del estrés y con ello se dejó en claro, que algunas de las acciones que ellas realizaban en momentos estresantes, eran recursos para afrontarlo, y así mismo se les ofrecieron algunos consejos útiles para manejarlo, como ejemplo: Dedicar más tiempo para cada una de ellas y sus necesidades, disfrutar de los pequeños placeres, observar la naturaleza, realizar

actividades que para cada una resultaran atractivas, y disfrutar de la relación y el apoyo de los amigos; aprender e intentar expresar sus emociones, tales como reír, llorar, gritar etc, emociones todas, que ayudan a aliviar el estrés. Confirmando con ello la hipótesis de que *“las mujeres que realizan la doble jornada de trabajo tienen un nivel de estrés alto”*. Esta afirmación podemos ratificarla con lo observado en el taller, ya que en una de las primeras sesiones, las participantes manifestaban que su carga de trabajo en comparación con la del hombre era mucho mayor, ya que ellas debían hacerse cargo de las labores del hogar, de los hijos, de que todo funcionara bien en la casa, además de tener que salir a trabajar, y que todas estas actividades las hacían sentir cansadas, de mal humor, sintiendo que les faltaba tiempo para ellas mismas, y que si en algún momento contaban con él, no sabían que hacer para llenarlo, y que entonces se ponían a lavar los trastes, la ropa, en fin, actividades del hogar, ya que si no lo hacían sentían que estaban desperdiciando su tiempo, cayendo en un círculo vicioso del cuál querían salir, pero que no sabían como. Cabe destacar, que en ese momento, ellas mencionaban sentirse, cansadas, desganadas, de mal humor, muy sensibles, deprimidas, enfermas, circunstancias todas que delatan de manera clara y concisa que cada una de ellas vive bajo cierto nivel de estrés, y es en este momento, en la cuarta sesión que se les da información de lo que es el estrés, para que cada una de ellas en los síntomas mencionados vayan reconociendo su nivel de estrés. La señora Guadalupe expresa que ella no sabía que el sentirse cansada y deprimida, fuera estrés, así mismo las señoras Placida y Ángeles dicen desconocer que había tipos de estrés y cómo cada uno de ellos les afectaba.

Es a partir de este momento, en que ellas ya tienen conocimiento de lo que es el estrés, que empieza a hacérseles conscientes de las consecuencias físicas de este, indicándoles que detectaran en alguna parte de su cuerpo tensión, adormecimiento o algún tipo de molestia, así como también, alguna enfermedad que fuera muy recurrente en ellas, en éste momento cada una de las participantes manifiesta el lugar del cuerpo en que sienten estrés y el porque creen que en esas zonas se manifiesta y ellas dijeron:

“La señora Claudia puntualiza que siente el estrés en las pantorrillas y en las piernas, y cree que ello se debe a el peso que tiene de más a consecuencia de su embarazo, manifiesta que este dolor en un principio le causaba angustia, pero que ahora lo considera como parte normal del embarazo. Alejandra señala que es en la nuca donde siente tensión, y cree que ésta es provocada por la necesidad que tiene de dinero, y que esto le provoca sentir estrés en la parte ya mencionada, así como en la cabeza y hombros; la señora Lucía dice sentir el estrés en la espalda y en los hombros, y que esto a su vez le provoca cansancio, posteriormente la señora Lourdes menciona sentir estresados el cuello y los hombros, dice que esta sensación la hace sentir cansada, además de que no le permite dormir bien, ella comenta que esta sensación es provocada por problemas económicos, así como por la salud de su hijo, a continuación la señora Lucía indica que siente dolor en la parte baja de la nuca, en la espalda y en los brazos, y considera que esos dolores son causados por las actividades realizadas en su trabajo, y termina diciendo que esas sensaciones no son muy recurrentes y que le causan malestar; la señora Irma señala que siente dolor en los hombros y en los pies, cree que estos dolores son provocados por su trabajo, para finalizar, la señora Blanca manifiesta sentir dolor en toda la cabeza, y que en ocasiones no puede hablar, situación que la intranquiliza y angustia, pero que sabe que es consecuencia de un golpe que recibió”. Esa sesión concluyó satisfactoriamente ya que cada una de las participantes a partir de ese momento fue totalmente consciente de su nivel de estrés, y de las consecuencias que éste traía consigo y que se manifestaba en su cuerpo.

De igual manera, se pudo constatar con el respaldo de los resultados obtenidos y de las observaciones realizadas en el Taller, nuestra segunda hipótesis *“si aumenta el nivel de estrés en las mujeres que realizan la doble jornada de trabajo, la percepción de su calidad de vida se ve afectada”*. En un principio las mujeres participantes del taller, expresaron que sentían que su calidad de vida se veía afectada por la falta de tiempo para ellas mismas, para realizar actividades que les brindaran satisfacción y reconocimiento, y un ejemplo muy claro de ello, era el arreglo personal de cada una de ellas, y como muestra podemos citar a las

señoras Lourdes y Guadalupe, quienes en las primeras sesiones llegaban con el cabello enmarañado, sin maquillaje, con la ropa mal combinada, situación que fue cambiando paulatinamente, ambas dieron un cambio radical y positivo a la circunstancia mencionada, ya que en las últimas sesiones su cambio de apariencia fue notorio, ya llegaban maquilladas, bien peinadas, y se veía mucho más arreglo y cuidado en su persona. Las participantes también mencionaron que la falta de personal, y por consecuencia el aumento de responsabilidades o actividades relacionadas con su trabajo, les hacía sentirse tensas y preocupadas, y refiriéndose a este punto la señora Ivonne, manifiesta que: “en los últimos días ha tenido carga de trabajo, ya que se encontraba supliendo a otra maestra que estaba de incapacidad, y que a ella esto le generaba gran tensión y estrés, porque sentía que le hacía falta tiempo, además de que al llegar a su casa se encontraba muy cansada, situación que provocaba que descuidara a sus hijos, y eso le causaba sentimientos de culpabilidad, esta circunstancia, fue compartida por algunas otras de sus compañeras, y es en este momento que solicitan a las directoras del taller, que ya se imparta la sesión de masajes, para que puedan relajarse y sentirse mejor. Se les indica que esa sesión será la novena, pero que deben poner en práctica los conocimientos y recursos que ya han adquirido a lo largo de las sesiones, y que seguramente les serán de utilidad. Lo expuesto anteriormente nos sirve como evidencia clara para dar por verdadera la segunda hipótesis mencionada anteriormente.

También mencionaban que su vida mejoraría, si contaran con el apoyo de sus familias, si las labores del hogar pudieran ser compartidas, ya que esto les dejaría tiempo para descansar un poco. Consideramos importante conocer cuál era la posición que ocupaban en sus propias familias cuando eran niñas, esto con el objetivo de favorecer la autovaloración de sus roles (mujer, madre, esposa, hija, trabajadora). Dicha actividad fue intensa y muy importante, como ejemplo podemos mencionar a la señora Guadalupe, quien en un principio se negaba a participar abiertamente como las demás, sin embargo, conforme fue avanzando la sesión sus compañeras la fueron integrando hasta que entró totalmente a la actividad activándosele recuerdos muy significativos de su madre y su situación familiar en

ese momento de su vida, no pudo evitar romper en llanto, lo cual, ella misma expresó, le ayudó a sacar dolores del pasado no elaborados, tales como el hecho de que su madre la tuvo que internar pues no la podía cuidar debido a que salía a diferentes pueblos a vender sus productos y su padre las había dejado solas. Dicha situación conmovió al resto del grupo pues expresaron que no conocían la parte sensible de Guadalupe, se mostraron empáticas y solidarias con ella.

Así, se inició una serie de tres sesiones destinadas al trabajo de género, el cual es necesario abordar desde una mirada femenina en donde se aborden temas y problemas que resulten relevantes para las mujeres como tales, así pues, se trabajó principalmente la condición la mujer en los ámbitos: familiar, la maternidad y la percepción de sí mismas, atendiendo las diferencias que existen con respecto a los hombres y sus actividades. Con respecto a esto, en la sesión número siete se trabajó el rol de madre, situación productora de estrés y acontecimiento exclusivo de la mujer, las participantes externalizaron su preocupación con respecto a que sus hijos e hijas vivan en un ambiente equitativo para que sean felices. Textualmente citamos dos mensajes que les transmitieron a sus hijos, el primero es de la señora Irma, dirigido a su hijo y textualmente dice lo siguiente: “Cambia tu manera de ser conmigo y con los demás, además, trata mejor a tu hermana, sabes que los dos tienen lo mismos derecho tanto en la casa como afuera, te pido que seas ordenado y responsable, deseo que cambies, pues si no, tu hijo no va a tener un buen padre. Te recuerdo que para mi, eres mi bebé y te quiero mucho”. El segundo mensaje es de la señora Guadalupe a su hijo y dice: “Deseo que seas una persona buena y muy cariñosa, que seas un hombre de provecho, que sepas valorarme, ya que tu sabes que todo el esfuerzo que hago es para tu beneficio, deseo que no seas como tu padre, que no supo darme mi lugar, quien nunca nos ha dado cariño, que tú si seas un buen esposo, que respetes, valores y trates con dignidad a tu mujer, que seas un buen padre, ya que eres un buen hijo. Te quiero mucho y te deseo todo lo mejor y toda la felicidad del mundo”. Con estos dos mensajes citados como ejemplo de cómo se vive la maternidad, podemos concluir que aunque es un evento estresante, la mayoría de las mujeres, y en este caso todas las participantes lo viven con alegría y mucho amor.

Con estas sesiones en donde se trabajó la condición de la mujer su buscaba hacer explícitos los detonantes emocionales que en cada una de las participantes les provocara estrés, con el objetivo de hacerlas conscientes de ellos, darles herramientas para un buen manejo y procurarles con ello bienestar, y una positiva evaluación de su calidad de vida.

En cuanto al desarrollo del Taller, podemos destacar que la tercera y última de las hipótesis, la cual se refiere a que *“las técnicas desarrolladas en el Taller, beneficiarán a las mujeres que cumplen con la doble jornada de trabajo en el mejoramiento de su calidad de vida”*, fue plenamente aceptada de acuerdo a la consecución de todas y cada una de las sesiones, en donde se observó, por ejemplo, que el saludo y la despedida fueron indicadores reincidentes en todas las participantes. El contacto físico enmarcó un patrón de actitudes que dieron lectura a los resultados obtenidos, ya que este era poco cálido, incluso en las primeras sesiones se observó que la relación entre persona y persona era distante, no había un ambiente de camaradería y compañerismo entre ellas. De manera individual también se observó que había resistencia a la cooperación en las instrucciones de las directoras del grupo, poca disposición para realizar las actividades y un estado de gran expectativa. Situaciones todas que fueron paulatinamente modificadas de manera gradual. Con el transcurrir de las sesiones, la relación entre las participantes se fue haciendo más estrecha, se percibía mucha más camaradería, así mismo cada una de las participantes se mostraban entusiasmadas y con ganas de cooperar y divertirse, ahora llegaban a las sesiones con ganas de aprender cosas nuevas, se mostraban relajadas y cooperativas, se observaba una relación más íntima entre ellas, se saludaban con abrazos, besos y bromas, interesándose por como estaban y como les iba. Ahora, con el paso de los días y las sesiones se observaban más sonrisas en rostros antes serios, se percibía un ambiente ameno y relajado, en oposición al tenso e intranquilo de antes.

Así mismo se pudo corroborar la veracidad de ésta hipótesis, por medio del comportamiento observado en cada una de las participantes, al inicio de taller cuando se les pedía que se relajaran, que respiraran con calma, que estuvieran

tranquilas, se mostraban inquietas, moviéndose continuamente, ansiosas. Situación totalmente contraria en la sesión número nueve dedicada a relajación y masaje.

Por ejemplo en esta sesión, como trabajo inicial se les pedía a las partícipes que se recostaran en las colchonetas, que se relajaran, y escucharan atentamente el relato expresado por una de las directoras, que usaran su imaginación, se permitieran estar tranquilas y disfrutar; se les invito a respirar pausadamente, inhalando por la nariz profunda y suavemente y exhalando por la boca lentamente; lo que pudo observarse con este ejercicio fue que todas las participantes estaban tranquilas, permaneciendo quietas y relajadas. Al termino de esta actividad cada una de ellas expreso como se habían sentido, y por unanimidad se concluyo que se sintieron tranquilas, serenas y desestresadas.

En cuanto al trabajo central de esta sesión dedicada a los masajes, se observo la buena disposición y cooperación de las mujeres para realizar esta actividad, la cual se desarrollaría trabajando en parejas, y en el que necesariamente tendría que haber contacto físico, situación que no causo incomodidad en ninguna de ellas, todas se mostraron muy disponibles y colaboradoras. Terminada la sesión de masajes se les pidió a las participantes que completaran las frases de hoy me sentí y aprendí _____ citando como ejemplo a algunas de ellas:

“La señora Lourdes comenta que durante la sesión se sintió relajada y que aprendió a dar masajes, a continuación la señora Alejandra expresa que se sintió tranquila y relajada, y que aprendió a dar masajes, lo cuál considera que es muy importante para ellas, ya que eso les sirve para ayudar a que sus familiares se relajen, y finalmente la señora Guadalupe manifiesta que aprendió a relajarse y a sentirse tranquila, además de todo lo que ha aprendido a lo largo del taller”.

Sin perder de vista nuestro objetivo fundamental que fue “conocer el nivel de estrés que tienen las mujeres que realizan la doble jornada de trabajo”, podemos afirmar, en virtud de los resultados obtenidos con la aplicación de los instrumentos, y de las

observaciones realizadas en el transcurso del taller, que el nivel de estrés de todas las participantes era considerablemente alto y que, además, este era un detonante determinante en la apreciación de su calidad de vida.

Las diferencias apuntadas por los datos y las observaciones son considerables y esto nos lleva a afirmar que existen estrategias de afrontamiento del estrés, las cuales persiguen cambiar la situación para poder así reducir el mismo y de esta manera lograr un mejoramiento en la calidad de vida.

Concluimos pues, que el estrés y la calidad de vida en la presente investigación, tienen una relación directamente proporcional en la vida de las mujeres madres, que tienen una doble jornada de trabajo.

Que es necesario hacerlas conscientes de su nivel de estrés y cómo éste puede afectarlas en su vida de forma global (en el ámbito familiar, social, laboral y de salud), para que aprendan a manejarlo.

Que es posible por medio de los recursos de afrontamiento, del conocimiento y desarrollo de estrategias disminuir el nivel de estrés, y conseguir con ello mejorar su calidad de vida.

El Taller “Aprendiendo a Manejar mi Estrés” cumplió eficientemente con sus objetivos, lo cuál comprobamos con los datos obtenidos y las observaciones realizadas, además de por el reconocimiento dado por las autoridades del CENDI Iztapalapa (Ver Anexo 5), a las Directoras del mismo, así como por la invitación hecha, para la realización del mismo taller, a las trabajadoras del turno vespertino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batista-F. J.M., Artés M. (1994). *Actitudes y calidad de vida*. En: Alvarez M(Comp) Propuesta de un sistema de indicadores sociales de igualdad entre géneros. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Binstock, H. (1998). *Hacia la igualdad de la mujer. Avances legales desde la aprobación de la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer*. CEPAL.
- Boria, G. (2001). *Metodología de Acción para una Existencia Creadora. El Psicodrama Clásico*. Sánchez Azuara, María Elena (coordinadora). México: ITACA
- Boulet, J. y Boss, M. W. (1991). *Reliability and validity of the Brief Symptom Inventory*. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3.
- Burin, M. (2003). *Techo de cristal impide a las mujeres crecer profesionalmente*. Disponible en <http://www.cimacnoticias.com/noticias/03ene/03013001.html>
- Campbell, A. (1976). *Converse PE, Rodgers WL. The quality of american life: perceptions, evaluation and satisfaction*. NY: Russell Sage.
- Cano, A. (2002). *Sociedad Española de Ansiedad y Estrés*. Disponible en <http://www.ucm.es/info/seas/revista/index.htm>
- Carlson, N. (1996). *Fundamentos de Psicología Fisiológica*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (1998). *Estadísticas sobre la situación laboral de la mujer*. Disponible en <http://www.eclac.cl/estadísticas>
- Comisión Nacional de Población. (1994). *Mujeres en la actividad económica* Disponible en http://www.universia.net.mx/index.php/news_user/content/view/full/9825/

- Comisión Nacional de Población. (2000). *Situación actual de la mujer en México. Diagnóstico sociodemográfico.*
- Davis, Keith & Newstrom. (1987). *El comportamiento humano en el trabajo: Comportamiento organizacional.* México, McGraw-Hill.
- De Haes JC, Van Knippenberg (1987).FCE. *Quality of life of cancer patients: review of the literature.* In: Aaronson NK, Beckman J (Eds) *The quality of life of cancer patients.* NY: Raven Press.
- Di Nuovo, Rispoli & Genta. (2000). *Misurare lo Stress, Il test M.S.P. e altri strumenti per una valutazione integrata.* Milano: Editorial Franco Angeli.
- Encuesta Nacional de Adicciones. (2002). *Encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas.* Disponible en <http://www.fisac.org.mx>
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1986). *El concepto de Afrontamiento en Estrés y procesos cognitivos.* Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca. S.A.
- Gutiérrez de V. (2003). *Género y Cultura en América Latina, Arte, Historia Y Estudio.* México: Colegio de México.
- Grau A., J. A. (2003). *Afrontamiento y Calidad de Vida percibida vivenciada.* Monografías.
- Grau A., J. A. (2003). *El inventario de depresión rasgo-estado (IDERE): Desarrollo de una versión Cubana.* Cuba: Instituto Nacional de Oncología y Radiología, Universidad Central de Las Villas.
- Grau J., Jiménez P.J., Chacón M., (1995). *Dolor y calidad de vida en pacientes oncológicos preterminales.* Reporte de investigación, INOR.
- Grau A., J. A. (2003). *Calidad de Vida y Salud: Problemas en su Investigación.* Disponible en <http://www.alapsa.org/detalle/index.htm>

- Goodwin & Jamisón. (1990). *Suicidio y riesgo de suicidio*. New York, NY: Oxford Press.
- Hierro, G. (1985). *Ética y Feminismo*. México: UNAM.
- Holmes T. & Richard R. (2002). *Estrés, qué es y cómo nos afecta. Escalas*. Disponible en <http://www.saludparati.com/estres2.htm>
- Horowitz, M. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Editorial Aronson.
- INEGI. (2000-2001). *Hombres y Mujeres en México*. Disponible en <http://www.inegi.gob.mx>
- Ionescu, S. (1994). *Catorce enfoques de la Psicopatología*. México: FCE.
- Ivancevich M., John & Michael T. Matteson. (1989). *Estrés y Trabajo: Una perspectiva gerencial*. México: Editorial Trillas.
- Kort, F. (1995). *Interacción Mente-Cuerpo*, en Revista Latinoamericana de Psicología, vol.27, no. 3, págs. 497-501.
- Lara C., & Navarro G. (2003). *Reseña de una línea de Investigación sobre Depresión en las Mujeres*, en Psicología Iberoamericana, vol.11, no.3, págs.198-204.
- Lara-Muñoz M.C., Ponce de León S., De la Fuente J.R.(1995). *Conceptualización y medición de calidad de vida de pacientes con cáncer*. Inventario Clínico.
- Lazaruz, R. S. & S., Folkman. (1986). *El concepto de Afrontamiento en Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca. S.A.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1980). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Ediciones Roca
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1983). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Levi & Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población ambiente y calidad de vida*. México: Editorial Manual Moderno.
- Matud, M. P. (2001). *Estrés y salud: Un estudio empírico*, en *Psicología Iberoamericana*, vol. 9, núm. 3, págs. 17-22
- Moliner M. (1998) *Diccionario de uso del español* . Segunda edición. Madrid, Gredos, 2 volúmenes, 1.520 y 1.594 páginas.
- Moreno, N. (2001). *Mujer y mercado laboral*. México, UNAM, Colección libros del PUEG, Coordinación de humanidades.
- Morgen, S. (1989). *Del estudio de "la mujer" a la teorización de las relaciones de "género"*. Washington, E.U.A.: American Anthropological Association.
- Nussbaum, Martha C. & Amartya Sen (compiladores). (2000). *La calidad de vida*. México: FCE.
- O.M.S. (2001). *Depresión, un "Mal Moderno"*. Lugares estadísticos importantes, de acuerdo al reporte anual de salud de la Organización Mundial de la Salud . Disponible en <http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-blacoincer01.htm> - 30k
- Perrez y Reincherts. (1992). *Las conductas de afrontamiento en tres tipos*. (citado por Moscoso, M. 1998):. afrontamiento orientado a la situación...
- Portal Ciudadano del Gobierno Federal. (2005). *Salario Mínimo en México*. Disponible en http://www.gob.mx/wb2/egobierno/egob_Sistema_de_Salarios_Minimos

- Ramos, E. (1992). *Género e Historia: La histografía sobre la mujer/com*. México: Instituto de Investigaciones Dr. José Ma. Luis Mora.
- Reidl M. & Sierra O. (1996). *Afrontamiento al Estrés y criterios de Salud Mental en Madres Solteras a través de grupos de reflexión*, en *Revista Mexicana de Psicología*, vol. 13 no. 2, págs. 187-197
- Robbins P., Stephen. (1988). *Comportamiento organizacional: Conceptos, controversias y aplicaciones*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Rodríguez, M Jesús. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Rodríguez M., López Roig y Pastor (1990). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis Psicológica.
- Rosenweig, S. (1972). *Test de frustración (PFT). Manual*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Salgado de Zinder. (1990). *Estrés Psicosocial en la mujer migrante y su relación con malestar psicológico*, en *La Psicología en México*, vol. 3, pág. 9.
- Sanchez A., Ma, E. [en prensa]. *Conocer el Estrés para poderlo prevenir y transformarlo en fuente de espontaneidad*.
- Sarafino (1990). *Evaluación y cuidados de la ansiedad*. Disponible en <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%201/ansiedad1.htm> - 101k
- Scott, J. (1992). *El Género: una categoría útil para el análisis histórico*. En Amelang/ Nash (comp.), *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*. Valencia, España: Alfons El Magnanim.
- Schaefer, C., Coyne, J.C. y Lazarus, R.S. (1982). *The Health Related Functions of Social Support*. *Journal of Behavioral Medicine*.

Schalock, R.L. (1996). *Three decades of Quality of Life*. Informe manuscrito.

Stora J., B. (1990). *El Estrés*. Francia : Presses Universitaires de France.

Tena S. A. (1997). *Manual de Investigación Experimental. Elaboración de tesis*. México: Plaza y Valdés editores.

Teixeira, J. (1989). *Reflexiones en torno a la salud de la fuerza de trabajo femenina. Fuerza de trabajo femenina urbana en México*. México: UNAM. Coord. Humanidades. Porrúa.

Timio, M. (1983). *Las clases sociales y enfermedad. Introducción a una epidemiología diferencial*. México: Editorial Nueva Imagen.

Torregrosa, J.R. (1982). *Emociones sentimientos y estructura social*. En "Estudios básicos de Psicología Social". J.R. Torregrosa y E. Crespo. Barcelona: Hora.

Valdés, M. & Flores, T. (1985). *Psico-biología del estrés*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.

Vall-Llobet, C. (2000). *El impacto del estrés en la salud de las mujeres*. Meridiana N° 17

Vernier, Antoine. (1993). *Cómo superar el estrés*. Barcelona, España: Edicomunicación, S.A.

Wallace J., Marc Jr. & Andrew D. Szilagyi, Jr. (1982). *Managing Behavior in organizations*. Glenview, Illinois: Scott, Foreman and Company.

Will, T A. & Shiffman S, (1985). *Common processes of self change in smoking, weight control, and psychological distress*. En: Shiffman S, Coping and Substance Abuse, 345-363. Academic Press. Nueva York,

ANEXO 1



**Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Iztapalapa**

Estrés

Folio: _____

Se está realizando una investigación sobre **estrés** para diseñar programas de prevención y atención. Para ello le pedimos su colaboración para contestar éste cuestionario, la información que nos presente será confidencial.

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: (F) (M)

Ocupación: _____

Estado civil:

(1) Madre Soltera. (2) Casado. (3) Unión Libre. (4) Divorciado. (5) Viudo.

Número de hijos: _____

Instrucciones.

Lea con atención los enunciados que se presentan a su izquierda. Marque con una X la opción con la que mejor se identifique. Las opciones de respuesta son las siguientes:

Nunca (N), casi nunca (CN), poco frecuente (PF), frecuentemente (F), casi siempre (CS), y Siempre (S).

Es importante que conteste con sinceridad todos los enunciados.

	N	CN	PF	F	CS	S
01. Siento tensa alguna parte de mi cuerpo.						
02. Pienso en mis problemas muchas veces durante el día.						
03. Pierdo fácilmente la paciencia con las personas o las cosas.						
04. Siento que el corazón me palpita rápidamente.						
05. Me doy cuenta que aprieto alguna parte de mi cuerpo sin haber un motivo aparente.						
06. Me siento ansioso porque no me alcanza el tiempo.						
07. Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme.						
08. La gente me dice que tengo mal humor.						
09. Me siento débil.						
10. Me siento relajado.						
11. Me preocupa lo que pueda suceder el día siguiente.						
12. Me enojo fácilmente con la gente.						
13. Tengo los músculos tensos.						

	N	CN	PF	F	CS	S
14. Me duermo pensando en mis problemas o en lo que hay que hacer al día siguiente						
15. Respondo agresivamente ante personas que me dan su punto de vista.						
16. Sufro de algún dolor físico (espalda, cabeza, hombros, estómago).						
17. Mi humor me trae problemas con la gente.						
18. Olvido citas, objetos o actividades que debo realizar.						
19. Realizo actividades culturales.						
20. Empleo más de media hora en conciliar el sueño.						
21. Sufro dolor de estómago.						
22. Siento que respiro rápidamente.						
23. Evito situaciones que requieran de mi esfuerzo.						
24. Físicamente me canso fácilmente.						
25. Siento miedo sin saber por qué razón.						
26. Me siento alegre.						
27. Me falta entusiasmo en mis labores diarias.						
28. Me siento solo.						

!!!MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!!!

ANEXO 2



Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Iztapalapa

Calidad de Vida.

Folio: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: (F) (M)

Ocupación: _____

Estado civil:

(1) Madre Soltera. (2) Casado. (3) Unión Libre. (4) Divorciado. (5) Viudo.

Número de hijos: _____

Instrucciones:

El presente cuestionario está diseñado para aumentar su conocimiento y conciencia acerca de su estilo de vida en general. Lea con atención los enunciados que se presentan a su izquierda. Marque con una X la opción con la que mejor se identifique.

Es importante que conteste con sinceridad todos los enunciados.

	SI	NO
01 Considero que mi salud es buena		
02. En general estoy satisfecho con mi condición física.		
03. Estoy satisfecha con mi actual nivel de vida.		
04. Me lavo los dientes diariamente.		
05. Me examino los senos en busca de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes.		
06. Sé qué hacer en caso de enfermedad o accidente.		
07. Normalmente duermo lo suficiente.		
08. Me alimento tres veces al día.		
09. Limito mi consumo de grasas (mantequilla, queso, crema, carnes grasosas).		
10. Limito mi consumo de colesterol (huevo, hígado y carnes).		
11. Consumo alimentos altos en fibra varias veces al día. (frutas, vegetales y granos)		
12. Me siento satisfecha con el tiempo libre que dispongo para mi recreación y entretenimiento.		
13. Soy creativa y disfruto de las actividades que realizo.		
14. Tengo dificultad para aceptar los valores, actitudes y estilos de vida de otras personas que son diferentes a los míos.		
15. Estoy satisfecha con mis actividades cotidianas. (hogar y trabajo)		
16. Es fácil para mí reírme		

	SI	NO
17. Incluyo en mi rutina diaria un tiempo para relajarme		
18. Me despierto descansada		
19. Me siento respetada por los demás.		
20. Me siento apoyada por las demás personas.		
21. Realizo mis actividades cotidianas con agrado.		
22. Mis problemas emocionales me dificultan realizar mis actividades sociales con mi familia		
23. Mis problemas emocionales me dificultan realizar mis actividades sociales con mis amigos		
24. Mis problemas emocionales me dificultan realizar mis actividades sociales con mis vecinos.		
25. Mis problemas emocionales me dificultan realizar mis actividades sociales con mis compañeros de trabajo.		
26. Tengo información suficiente de los métodos anticonceptivos		
27. Tengo información suficiente sobre la sexualidad femenina		
28. Tengo información suficiente sobre la sexualidad masculina		
29. Cuento con el servicio de luz en mi hogar.		
30. Cuento con el servicio de agua en mi hogar.		
31. Cuento con el servicio de drenaje en mi hogar.		
32. Cuento con el servicio de teléfono en mi hogar.		
33. Cuento con servicio médico de alguna dependencia. (Especifique).		
34. Los servicios médicos con los cuáles dispongo, satisfacen mis necesidades.		
35. Considero que las labores del hogar son responsabilidad de todos.		
36. La educación de mis hijos es una responsabilidad compartida.		
37. Las oportunidades de desarrollo en mi trabajo son iguales para todos.		
38. Cuento con los recursos suficientes para el funcionamiento de mi casa.		
39. Cuento con los recursos suficientes para la educación de mis hijos.		
40. Cuento con los Servicios Educativos (Escuelas) cercanas a mi casa.		
41. El trato que recibo por parte de mis superiores es igual al que recibe cualquier otro de mis compañeros.		
42. La posibilidad de ascenso a nuevos puestos en mi trabajo es igual para todos.		

!!!MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!!!

ANEXO 3

Reporte de Intervención

El taller inició el 12 de Octubre del año en curso, durante las dos primeras sesiones (12 y 14 de octubre) se aplicaron los dos instrumentos que miden la auto-percepción del estrés y Calidad de vida. A partir de la tercera sesión (20 de octubre) se inició con el trabajo grupal basado en la metodología del Psicodrama Clásico de Jacob Levy Moreno.

El taller se inició con 17 personas, sin embargo, nunca acudieron las 17 a todas las sesiones, debido a que se ausentaban por vacaciones, incapacidades o por cuestiones laborales. Aún así 9 fueron las participantes más constantes en su asistencia al taller, en consecuencia, a las 8 restantes se les dejó de considerar parte del grupo.

En las primeras sesiones, la resistencia por parte de algunas participantes a realizar ciertas actividades era notoria, por lo cuál fue difícil establecer un ambiente de confianza; no obstante, en el transcurso de las sesiones posteriores se notó una mayor cooperación.

También se observó que al inicio del taller las integrantes llegaban a las sesiones tensas, abrumadas, incluso de mal humor, cambiando favorablemente en el transcurso de éstas. Prueba de ello, es la manera en que se saludaban y se despedían entre ellas, pues si bien al principio se notaba hermetismo, éste fue disminuyendo de tal manera que los saludos eran mucho más afectivos.

Por ello podemos concluir que la actitud de la mayoría de las integrantes dio un cambio tanto radical como positivo.

La intervención fue planeada para impartir 9 sesiones prácticas, no obstante, se tuvo que eliminar una sesión por cuestiones de tiempo de las participantes.

Cada sesión tuvo una duración aproximada de 1:30 a 2:00 hrs.

En cuatro de las sesiones se les otorgó a las participantes material teórico como complemento de los temas vistos en dichas sesiones.

Incluimos en este reporte el desarrollo detallado de cada una de las sesiones.

En todas las sesiones estuvo presente un observador quien llevó un registro de sus observaciones con respecto a las actividades realizadas.

Anexo 4

Sesiones de Intervención



DISEÑO DE INTERVENCIÓN

Centro de Desarrollo Infantil Iztapalapa.

Aprendiendo a Manejar mi Estrés

Cronograma de programación de Sesiones

Fecha	Número de Sesiones	Actividades
12 Octubre 2004	1ª Sesión	Se aplico el Test de Auto percepción del Estrés.
14 Octubre 2004	2ª Sesión	Se aplicará un cuestionario de Calidad de Vida
20 Octubre 2004	3ª Sesión	“Presentación e integración grupal y devolución de información”
27 Octubre 2004	4ª Sesión	“¿Qué es el Estrés?”
3 Noviembre 2004	5ª Sesión	“Consecuencias Físicas del Estrés”
10 Noviembre 2004	6ª Sesión	“Condición de la mujer”
17 Noviembre 2004	7ª Sesión	“Condición de la mujer”
24 Noviembre 2004	8ª Sesión	“Condición de la mujer”
1 Diciembre 2004	9ª Sesión	“Relajación y Masajes”
8 Diciembre 2004	10ª Sesión	Se aplicará el Test de Auto percepción del Estrés
15 Diciembre 2004	11ª Sesión	Por cuestiones de la institución se tuvo que finalizar con antelación.

Unidad Iztapalapa

TALLER: “APRENDIENDO A MANEJAR MI ESTRÉS”

3 era. Sesión: “Presentación e integración grupal y devolución de información”

Miércoles 20 de Octubre del 2004

Objetivo:

*Las participantes se conocerán e integrarán generando un ambiente agradable y de confianza.

*Las participantes reconocerán¹ su nivel de estrés a través de la devolución de la información de sus resultados tomando en consideración su calidad de vida.

Activación:

*Se les pedirá a todas las participantes caminar por el espacio del salón de cantos y juegos, a la dirección y ritmo que cada una de ellas elijan². A sí mismo, se les invitará a que observen de manera cuidadosa muy bien este lugar, ya que lo conocen, y han estado ahí, pero tal vez noten algo nuevo, algo que nunca habían visto.

*De igual forma se les pedirá a todas las participantes que observen a sus compañeras, sin dejar de caminar por el espacio de dicho salón, comentándoles también, que algunas ya se conocen o tal vez no, que en ocasiones tal vez sólo se saludan y no saben mucho uno de la otra; al termino de esto, se les invitará a que se saluden como ellas decidan hacerlo.

Actualización:

*Se les solicitará que formen un círculo sentándose en el suelo³. Una por una, empezando por X y a su derecha va a decirle al resto del grupo su nombre, qué actividades realiza en este centro de trabajo, cuántos hijos tiene y qué cree que va a encontrar en éste taller.

¹ Entiéndase por Reconocer.- Examinar o registrar a una persona o cosa para conocer su estado, identidad, condiciones o contenido. LAROUSSE.2003,864.

² El recorrido por el espacio se realizará sin calzado, no sin antes considerar algunos casos.

³ Serán todas las que puedan realizarlo. A las personas mayores se les proporcionará una silla.

*Posteriormente, harán un semicírculo donde enfrente se colocará un silla auxiliar⁴, la cual se irá ocupado con la participación de una por una, eligiéndolas de manera intercalada, entonces el grupo va a poder hacerles 3 preguntas a las que pueden o no contestar.

Tiempo empleado 35 minutos.

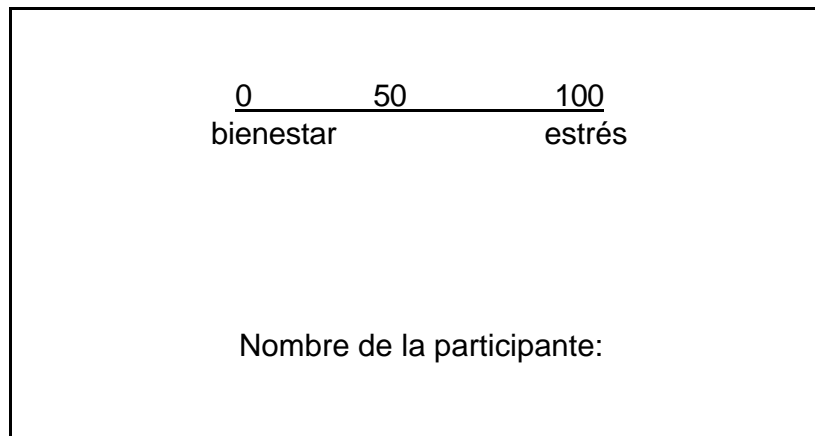
Trabajo Central:

*Se les pedirá que se levanten y vuelve a caminar, pidiéndoles que en este tiempo mientras lo hacen, piensen en lo que para ustedes es el estrés y qué tan estresadas se sienten. Una vez, que lo han pensando, van a observar muy bien a sus compañeras, qué tan estresadas se ven?

*Piensen con cuál de sus compañeras les gustaría trabajar en este momento y cuándo se les de una señal van a acercarse rápidamente a la persona en la que pensaron para formar parejas.

*Se acomodan en parejas en el lugar que ustedes prefieran del espacio. Indicándoles que en este momento se les van a repartir una hoja y una pluma a cada una. Tracen una línea recta.

Ejemplo:



*Le escribirán en un extremo el nombre de su pareja y sin que ella vea, van a marcar en dónde ubican el nivel de estrés de su compañera, es decir, cómo la perciben. La doblan a la mitad y se la entregan.

*Cuando ya todas tengan su hoja la ven. Cada una le va a compartir a la otra por qué es que la percibe así.

Tiempo empleado 10 minutos.

⁴ En el psicodrama la silla auxiliar es un elemento que sirve al protagonista para desarrollar su actividad psicodramáticamente. Véase Giovanni Boria, Metodología de acción para una existencia creadora. El psicodrama clásico. Itaca México 2001. p 234.

*Formando nuevamente el círculo van a expresarle al grupo cómo las percibió su pareja y que tan cierta o lejana fue dicha percepción.

Tiempo empleado 20 minutos.

*Se les repartirán sus resultados, los verán, y se realizará una ronda para que expresen cómo les hace sentir el conocer su nivel de estrés y qué tanto se parecen a lo que cada una pensó.

Tiempo empleado 20 minutos.

Cierre:

*Ya para finalizar, se les invitará a una última ronda para que se expresen algunas inquietudes y sus estados de ánimo en ese momento, Así como también:

Qué se llevan de esta sesión....

*Se ponen de pie y se despiden como quieran.

Tiempo empleado 20 minutos.

Tiempo Total programado: 1 hora 05 minutos.

TALLER: “APRENDIENDO A MANEJAR MI ESTRÉS”

**4a. Sesión: “¿Qué es el Estrés?
Miércoles 27 de Octubre del 2004.**

Objetivo:

*Que las participantes tengan conocimiento de lo que es el estrés⁵, así como sus diferentes tipos y sus posibles consecuencias.

Activación:

*Caminarán por el espacio al ritmo y dirección que cada una prefiera⁶. Se les pedirá que observen muy bien este lugar, ya lo conocen, ya han estado aquí, pero tal vez noten algo nuevo, algo que nunca habían visto.

*Se les pedirá también a las participantes que coloquen su mano derecha extendida, a la altura del hombro, para chocarla con sus compañeras. Luego se les pide que, extiendan las dos manos y nuevamente vuelvan a chocarlas con las manos de sus compañeras, ahora se les pide que se saluden normalmente.

Tiempo empleado 5 minutos

Actualización:

*Se les solicitará que formen un círculo sentándose en el suelo (quien pueda)⁷. * Una por una, empezando por X y a su derecha va a decirle al resto del grupo que es lo más importante que les paso en la semana.

*Ahora en una palabra van a decir cual es el estado de ánimo que tienen en este momento.

⁵ Véase la información anexa.

⁶ El recorrido por el espacio se realizará sin calzado, no sin antes considerar algunos casos.

⁷ Serán todas las que puedan realizarlo. A las personas mayores se les proporcionará una silla.

Tiempo empleado 25 minutos.

Trabajo Central:

*Se formarán equipos de 4 integrantes cada uno. Se les entregará la información “reconociendo el estrés” para que lo lean, el cual previamente se dividió en partes para que cada grupo expositor participante pueda concluir con el desarrollo del mismo realizando sus comentarios y sus conclusiones. Se concluirá con una breve exposición por parte de alguna de las participantes del equipo.

*Las directoras⁸ apoyarán en la resolución de dudas externadas por las participantes.

* De los puntos vistos en la lectura, se les pide a las participantes que mencionen en cual de ellos colocan su estrés: (Estrés agudo, crónico, emocional, etc), de la siguiente forma:

Yo (Nombre) coloco mi estrés en (Estrés agudo, crónico, emocional, etc)

Tiempo empleado 50 minutos.

Cierre:

*Se formará nuevamente un círculo, y cada una de las participantes va a pasar al frente, para decir que fue lo que descubrieron este día en la sesión:

Lo que descubrí hoy fue.....

*Se realiza una última ronda para que expresen como se van. Se ponen de pie y se despiden como quieran.

Tiempo empleado 20 minutos.

Tiempo Total programado: 1 hora 40 minutos.

⁸ En el psicodrama el rol activo y propositivo que caracteriza su trabajo durante la sesión; es llamado Director, Terapeuta jefe o promotor de la acción. Véase Giovanni Boria, Metodología de acción para una existencia creadora. El psicodrama clásico. Itaca México 2001. p 146.

TALLER: “APRENDIENDO A MANEJAR MI ESTRÉS”

5a. Sesión: “Consecuencias Físicas del Estrés” Miércoles 3 de Noviembre del 2004.

Objetivo:

* Las participantes tendrán conocimiento de las consecuencias físicas⁹ que trae consigo el no adecuado manejo del estrés.

Activación:

* Se les pedirá a todas las participantes que caminen por el espacio al ritmo y dirección que cada una prefiera¹⁰. Poco a poco irán tomando conciencia de cada una, de las partes que constituyen su cuerpo, detectando aquellas que sienten duras, tensas, poco flexibles. Acariciarán esas partes, las moverán lentamente, respirarán profunda y suavemente sintiendo como van relajándose, cómo esas partes del cuerpo van sintiendo el calor de las palmas de sus manos, de esas manos que dan masaje a esas partes que sienten duras de nuestro cuerpo, nuestro cuerpo que quiere sentirse relajado, a gusto, ligero, acarícienlas y denles calor.

- Se les pedirá también a las participantes que formen un círculo, una de ellas elegida al azar tomará una pelota, la cual arrojará a otra de sus compañeras, la que ella prefiera, en ese momento le ofrecerá un bonito deseo para el día de hoy:

EJEMPLO: Yo (Nombre de quien va a lanzar), te deseo a ti (nombre de quien va a recibir) que el día de hoy (deseo).

Así la pelota irá pasando de turno en turno, hasta que todas las participantes hayan expresado su deseo. Se podrán repetir turnos entre ellas pero no deberá de faltar ninguna de las presentes

Tiempo empleado 10 minutos

⁹ Entiéndase como consecuencias físicas: dolores musculares, contracturas musculares; circunstancias primordiales que caracterizan el estrés.

¹⁰ El recorrido por el espacio se realizará sin calzado, no sin antes considerar algunos casos.

Actualización:

*Se les solicitará que formen un círculo sentándose en el suelo (quien pueda)¹¹. Una por una, empezando por X y a su derecha va a decirle al resto del grupo que es lo más importante que les paso en la semana.

*Posteriormente se les solicitará que ahora con mímica utilizando su cuerpo y sin hablar, expresarán al grupo como se sienten el día de hoy, cuál es su estado de ánimo, el grupo tratará de adivinar como es que se siente cada participante.

Tiempo empleado 25 minutos.

Trabajo Central:

*Se les pedirá a las participantes que en una muñeca indiquen si es el caso, la o las partes del cuerpo que sientan tener tensas, y que digan porque, las directoras de trabajo¹² realizarán preguntas del por qué se tensan, en que condiciones, y lo que ello les provoca. A partir de lo que cada una expreso, se formarán equipos, en los que tendrán que redactar una historia que aborde uno o varios problemas estresantes, y la forma en que solucionarían esta situación (Una cuartilla). Las historias se intercambiarán entre los equipos, los cuales la van a representar ante los demás la historia que les corresponda.

*Se les invitará participantes, que observen con atención. Y por último, se forma un círculo en donde las participantes expresen con qué personaje se identificaron¹³, ¿Por qué?, Y eso cómo las hace sentir.

Tiempo empleado 60 minutos.

Cierre:

*Retomando las posiciones del circulo, y cada una de las participantes va a pasar al frente, para decir que fue lo que descubrieron este día en la sesión.

Lo que descubrí hoy fue....

*Se realiza una última ronda para que expresen como se van. Se ponen de pie y se despiden como quieran.

Tiempo empleado 20 minutos.

Tiempo Total programado: 1 hora 55 minutos.

¹¹ Serán todas las que puedan realizarlo. A las personas mayores se les proporcionará una silla

¹² Término empleado dentro de la metodología del Psicodrama, a quienes dirigen la sesión.

¹³ En el psicodrama la experiencia psicodramática es estimulada a través de la función del doble; donde los participantes gracias a su capacidad de identificación logra verse a sí mismo. Véase Giovanni Boria, Metodología de acción para una existencia creadora. El psicodrama clásico. Itaca México 2001. p 184.

TALLER: “APRENDIENDO A MANEJAR MI ESTRÉS”.

6a. Sesión: “Condición de la mujer: Percepción de sí misma en el ámbito familiar”.

Miércoles 10 de Noviembre del 2004.

Objetivo:

*Se propiciará la valoración de sí mismas activando recuerdos de la relación con su propia madre, para con ello favorecer la disminución del estrés cotidiano.

Activación:

*Se les pedirá a todas las participantes que caminen por el espacio al ritmo y dirección que cada una prefiera¹⁴. Se saludarán de la manera que ellas lo elijan.

*Continuarán caminando formando 2 filas con el mismo número de personas. Observan muy bien a las personas que este frente ustedes pues va a ser el espejo su pareja, es decir, van a hacer lo que la de enfrente haga (movimientos corporales) por turnos, (primero una y después la otra).

Tiempo empleado 15 minutos

Actualización:

*Con su pareja busquen un lugar cómodo en el espacio¹⁵. Se sientan y por turnos se platican lo más importante que les pasó en la semana.

*Formadas en un círculo y en inversión de rol van a comentarle al grupo lo que les platicó su pareja.

Tiempo empleado 15 minutos

Trabajo Central:

*En una posición cómoda, cierran los ojos (se da inicio a una fantasía guiada para regresarlas a los 10 años de edad). Se les ubica en un patio grande en donde hay más niñas de su edad y cada una va a inventar un juego.*Se les llevará a un momento mágico el cual consiste en traer psicodramáticamente a sus madres¹⁶, se realiza una entrevista existencial acerca de sus hijas y se les pide que les dejen un mensaje. Mismo que será devuelto por sus compañeras al integrarse nuevamente.

¹⁴ El recorrido por el espacio se realizará sin calzado, no sin antes considerar algunos casos.

¹⁵ En caso de ser necesario se utilizaran sillas para la gente que así lo requiera.

¹⁶ Inversión de rol. Las protagonistas juegan la parte del otro obligándose de tal manera a mantener su yo observador constantemente descentrado respecto a su yo actor y permitiéndose así que el último no actúe de manera cualquiera sino en conformidad con sus partes. Véase Giovanni Boria, Metodología de acción para una existencia creadora. El psicodrama clásico. Itaca México 2001. p 184.

La directora ¹⁷ les comentará a quien acaba de pasar en turno, que su Madre estuvo de visita con todas sus compañeras, y como no estaba ella, decidió dejarle un mensaje muy especial; mismo que será referido de forma espontánea por quien lo quiera transmitírselo.

*Se les regresará a la realidad (edad actual) de manera paulatina, pidiéndoles que guarden la sensación de bienestar en su corazón después de la experiencia.

Tiempo empleado 30 minutos

Compartir:

*Se forma un círculo y cada una va a expresa cómo la hizo sentir la experiencia y qué es lo que se lleva de la sesión.

Tiempo empleado 5 minutos

Cierre:

*Una por una va a completar la frase:

“Es importante que yo esté aquí por...”

*Cada una va a escoger a alguien del grupo para expresarle:

“Tú para mi eres importante en este grupo por....”

*Abrazo colectivo y despedida.

Tiempo empleado 20 minutos.

Tiempo Total programado: 1 hora 25 minutos.

¹⁷ En el psicodrama el rol activo y propositivo que caracteriza su trabajo durante la sesión; es llamado Director, Terapeuta jefe o promotor de la acción. Véase Giovanni Boria, Metodología de acción para una existencia creadora. El psicodrama clásico. Itaca México 2001. p 146.

TALLER: “APRENDIENDO A MANEJAR MI ESTRÉS”

7a. Sesión: “Condición de la mujer: Percepción de sí misma en la maternidad”

Miércoles 17 de Noviembre del 2004.

Objetivo:

*Reafirmar la condición de su maternidad activando la relación con sus hijos, para con ello favorecer la disminución del estrés cotidiano.

Activación: Activación:

* Se les pedirá a todas las participantes que caminen por el espacio al ritmo y dirección que cada una prefiera¹⁸.

*A continuación se les invitará a jugar en El mundo al revés: Que consiste en hacer lo contrario de lo que diga el instructor. Por ejemplo: si dice caminar, deben de hacer lo contrario; que en este caso sería pararse. Las acciones pueden ser: Caminar-pararse, saltar-pararse, sentarse-estar de pie, reír-llorar, llorar-reír, brazos en cruz-brazos abajo, cabeza quieta-moviendo la cabeza, brazos arriba-brazos abajo, piernas abiertas-piernas cerradas, piernas cerradas-piernas abiertas, agacharse-pararse, peinarse-despeinarse, bailar-estar quietas, brazos al frente-brazos atrás, guardar silencio-gritar, etc.

Tiempo empleado 20 minutos

Actualización:

* Se les solicitará que formen un círculo sentándose en el suelo quien pueda¹⁹. Una por una, empezando por X y a su derecha va a decirle al resto del grupo que es lo más importante que les paso en la semana.

- Ahora en una frase corta van a expresar que deseo les gustaría que el genio de la lámpara mágica les concediera para el día de hoy:

“A mi me gustaría que el genio me concediera para el día de hoy:”

* Se actualizará a las participantes de lo que hasta hoy se ha visto en el taller, a través de las demás.

Tiempo empleado 25 minutos

¹⁸ El recorrido por el espacio se realizará sin calzado, no sin antes considerar algunos casos.

¹⁹ Serán todas las que puedan realizarlo. A las personas mayores se les proporcionará una silla.

Trabajo Central:

*Se les pedirá que permanezcan como se encuentran, cerrando sus ojos, van a hacer otro viaje especial.

*Se les pedirá que por favor piensen en alguno de sus embarazos. Ustedes todas están embarazadas, véanse bien, imagínense, que se están viendo en un espejo, cómo es su pancita, cómo se visten, cómo se peinan, qué zapatos tienen puestos.... y que comenten como recibieron la noticia, que nos compartan que sensación les hizo sentir, piensen bien en ese hijo o hija como es, cuales son sus características y que edad tiene actualmente. Piensen en un mensaje tipo consejo, algo que les pueda servir para sus vidas, algo que se guardaron; que nunca pudieron decirle. Cuando tengan lista la idea, abran sus ojos paulatinamente y escríbanlo.

*Con la técnica de la silla vacía²⁰. En una situación imaginaria traeremos a ese hijo para tener la oportunidad de decírselo.

Tiempo empleado 45 minutos

Compartir:

*Se forma un círculo y cada una va a expresa cómo la hizo sentir la experiencia y qué es lo que se lleva de la sesión.

Tiempo empleado 5 minutos

Cierre:

*Se realiza una última ronda para que expresen:

Como se van... y Como se sienten

*A continuación se hará una breve integración de los temas expuestos hasta el momento.

*Se ponen de pie las participantes y se despiden como quieran.

Tiempo empleado 20 minutos.

Tiempo Total programado: 1 hora 55 minutos.

²⁰ En el psicodrama la silla auxiliar es un elemento que sirve al protagonista para desarrollar su actividad psicodramáticamente. Véase Giovanni Boria, Metodología de acción para una existencia creadora. El psicodrama clásico. Itaca México 2001. p 234.

TALLER: “APRENDIENDO A MANEJAR MI ESTRÉS”

8a. Sesión: “Condición de la Mujer: Auto-percepción” Miércoles 24 de Noviembre del 2004.

Objetivo:

*Propiciar entre las participantes diversos aspectos que las constituyen como mujeres, enfatizando la importancia de mejorar su calidad de vida disminuyendo el estrés cotidiano.

Activación:

*Se les comentará a todas las participantes que el día de hoy nuestra activación será de diferente manera. Se les pedirá que inicien con un ejercicio de respiración profunda en un lugar que ellas elijan.²¹

* A Continuación la directora²² les empezará a guiar a una fantasía donde las protagonistas son cada una de ellas. Todo comenzará en un lugar muy hermoso lleno de alegría y bienestar para ellas, donde podrán disfrutar de sentir en sus pies, lo fresco de pasto; que da alivio a ese día tan soleado y lleno de verdor. Caminaron para conocer ese hermoso lugar tan lleno de flores de muchos colores que anuncian un día sin igual, a lo lejos escuchamos un ruido, pareciera como un río nos apresuramos caminando a pasos más rápidos para poder investigar lo que es; a nuestro paso encontramos muchas mariposas de todos colores, realmente son hermosas y nos hacen reconocer la grandeza y maravilla de la creación, las observamos y vemos como se mueven lentamente como si confiaran que su belleza no querría ser arrebatada por nosotras pues nuestro ser también expresa hermosura, brillantez, confort y tranquilidad. No nos detenemos mucho pues el ruido se escucha mas fuerte, avanzamos casi corriendo hasta que llegamos a una hermosa y grande cascada, pero es sin igual, sienten el rocío tibio en su rostro cual fragancia agradable de nuestra preferencia. Nos acercamos mas, y sentimos el agua algo fría pero es muy agradable sentir esa sensación. Las piedras traviesas juegan con mis pies como queriendo hacerles cosquillas, no quisieran salirse pero pareciera que el tiempo que ha pasado es mucho y tenemos que regresar con nuestra familia, salimos de ahí, regresamos con ellos, y las gotas de la lluvia espantan a todos, yo las disfruto pues van tocando mi cuerpo poco a poco, tienen

²¹ Se les proporcionaran colchonetas

²² En el psicodrama el rol activo y propositivo que caracteriza su trabajo durante la sesión; es llamado Director, Terapeuta jefe o promotor de la acción. Véase Giovanni Boria, Metodología de acción para una existencia creadora. El psicodrama clásico. Itaca México 2001. p 146.

que regresar y compartir esta experiencia con alguien, pero esta vez no quisieran que fuera con su familia, sino con sus compañeras del taller de aprendiendo a manejar su estrés, trazan un camino secreto imaginario que les permita llegar aquí en el menor tiempo posible, están ya en la puerta, van entrando salud y se encuentran con Pili, Rosa María, Brigitte y Víctor, quienes los reciben con una cordial bienvenida recordándoles lo importante que son para ellos con su participación.

*Regreso a la realidad (edad actual)

*Se les pide que guarden una sensación de bienestar en su corazón después de la experiencia.

Tiempo empleado 20 minutos

Actualización:

*En círculo se dará inicio con una participante al azar, la cual dirigirá el comentario de mayor importancia en su semana a su compañera que ella prefiera; está misma la escuchara y al finalizar quien dio inicio, ella hará lo propio con otra de sus compañeras hasta formar una cadena cruzada con todas las participantes.

Tiempo empleado 5 minutos

Trabajo Central:

*En un círculo ya formado se elegirán los turnos de intervención a través de un juego donde el que se le caiga la muñeca se ira saliendo; recordándoles que es importante que recuerden su turno. Se les dará una pequeña recompensa a cada una hasta obtener un ganador. Conforme vayan saliéndose se sentarán en la pared que colinda con la calle.

*Se le invitará al turno numero uno que pase enfrente del espejo²³ y se observe muy bien; Nos dirá 3 defectos que no le agraden de ella, 3 virtudes de ella y 3 cosas que ella cambiaria. Contaran con 6 minutos en promedio por persona, hasta llegar a la ultima participante. Se les pedirá a todas pongan mucha atención en lo que comentan sus compañeras.

*Ahora se les invitará a todas a realizar compras especiales en una tiendita mágica, donde podrán adquirir cosas únicas que no son materiales, comprar sentimientos que les gustaría poseer, cosas positivas las que ellas prefieran, y pagaran a cambio con las cosas negativas; tal vez con aquello que les genere una incomodidad, algo con lo que se sientan a gusto y consideren que es tiempo de darlo como pago de algo positivo. Se les invita a que de manera espontánea procedan a participar sin referirles el menor detalle²⁴A continuación seguirá su compañera de izquierda y así sucesivamente.

Tiempo empleado 55 minutos

²³ Véase Giovanni Boria, Metodología de acción para una existencia creadora. El psicodrama clásico. Itaca México 2001. p 183.

²⁴ Se utilizarán estrategias de intervención en caso de haber resistencia de las participantes.

Compartir:

*Se forma un círculo y cada una va a expresar

Cómo la hizo sentir la experiencia ...y qué es lo que se lleva de la sesión.
--

Tiempo empleado 5 minutos

Cierre:

*Se ponen de pie y se despiden como quieran.

Tiempo empleado 10 minutos.

Tiempo Total programado: 1 hora 35 minutos.

Unidad Iztapalapa

TALLER: “APRENDIENDO A MANEJAR MI ESTRÉS”

**9a. Sesión: “Relajación y Masaje”
Miércoles 1 de Diciembre del 2004.**

Objetivo:

*Que las participantes aprendan técnicas de relajación²⁵, y con ello propiciar que las utilicen para un buen manejo del estrés.

Activación:

*Se les pedirá a todas las participantes que caminen por el espacio al ritmo y dirección que cada una prefiera²⁶. Se saludarán de la manera que ellas lo elijan.

*Posteriormente se sentarán todas las participantes y comenzarán contando una historia donde comúnmente se mencione la palabra estrés y tranquilidad. Al decir estrés se deberán poner de pie las participantes y dar una vuelta, y al decir tranquilidad se deberán cambiar de silla, el instructor o quien está narrando va procurar ocupar una de las sillas aprovechando el cambio y el que se quede de pie, deberá seguir el cuento.

Tiempo empleado 10 minutos

Actualización:

*Se les solicitará que formen un círculo sentándose en el suelo²⁷. Una por una, empezando por X y a su derecha va a decirle al resto del grupo en una palabra algún problema o sentimiento negativo reciente (la última semana) que les gustaría que se fuera de sus vidas.

Tiempo empleado 15 minutos.

Trabajo Central:

*Se les pide a las participantes que se recuesten en las colchonetas, que se pongan en una posición cómoda, que escuchen la narración y la música de fondo, y a continuación una de las instructoras les narra la historia del globo aerostático. Imagina que estas en un globo aerostático. Este, se encuentra en el suelo, mantenido por dos sacos de tierra. Estos sacos representan todos tus problemas. En un momento, arrojarás los sacos fuera de la barquilla y, cuando hagas eso, estarás arrojando todos y cada uno de los que consideres tus problemas..... Ahora, arroja el primer saco, sientes inmediatamente una perdida de peso sobre tus

²⁵ Véase la información anexa.

²⁶ El recorrido por el espacio se realizará sin calzado, no sin antes considerar algunos casos.

²⁷ Serán todas las que puedan realizarlo. A las personas mayores se les proporcionará una silla.

hombros. Ahora, arroja el segundo saco, y conforme haces eso, te sientes alegre y ligero. Se han ido todas tus preocupaciones.....Sientes que el globo sube suavemente, cada vez más alto. Hay una cuerda colgando que te da un completo control sobre el globo. Te deslizas ahora sobre hermosos campos y arroyos; el sol brilla; sin embargo, la temperatura es perfecta (ni demasiado caliente, ni demasiado fría).Sientes como los rayos del sol acarician tu cara, y todo tu cuerpo, sopla una brisa suave que acaricia tu piel y alborota suavemente tu cabello. Date tiempo para escuchar el sonido de la naturaleza, escucha el trinar de las aves, el cantar del arroyo. Siente la armonía que existe, ahora eres uno con la naturaleza, eres una parte indispensable de este bello mundo. Ahora, siente como el globo comienza a perder altura, te vas acercando a un hermoso campo, lleno de flores y árboles que te ofrecen cobijo. Puedes ver cada vez más cerca el arroyo y la cascada, oír la melodía que la cascada produce en su caída. El globo cada vez vuela más bajo, ahora puedes observar con más detalle todo el campo y su belleza, mientras tanto el globo sigue su descenso, hasta que aterrizas. En este momento bajas del globo y caminas lentamente observando una vez más el campo soleado y lleno de flores, tus pasos se encaminan hacia un gran árbol, que te ofrece su sombra. Te recuestas bajo él, y te complaces en el sentimiento de tranquilidad y comodidad que sientes en estos momentos.

- Una vez terminada esta actividad se procede a enseñarles los masajes²⁸.

Tiempo empleado 60 minutos

Compartir:

- Se forma un círculo, y cada una de las participantes nos va a compartir cómo se sintieron y qué aprendieron este día en la sesión:

Hoy me sentí_____ y aprendí_____.

Tiempo empleado 10 minutos

Cierre:

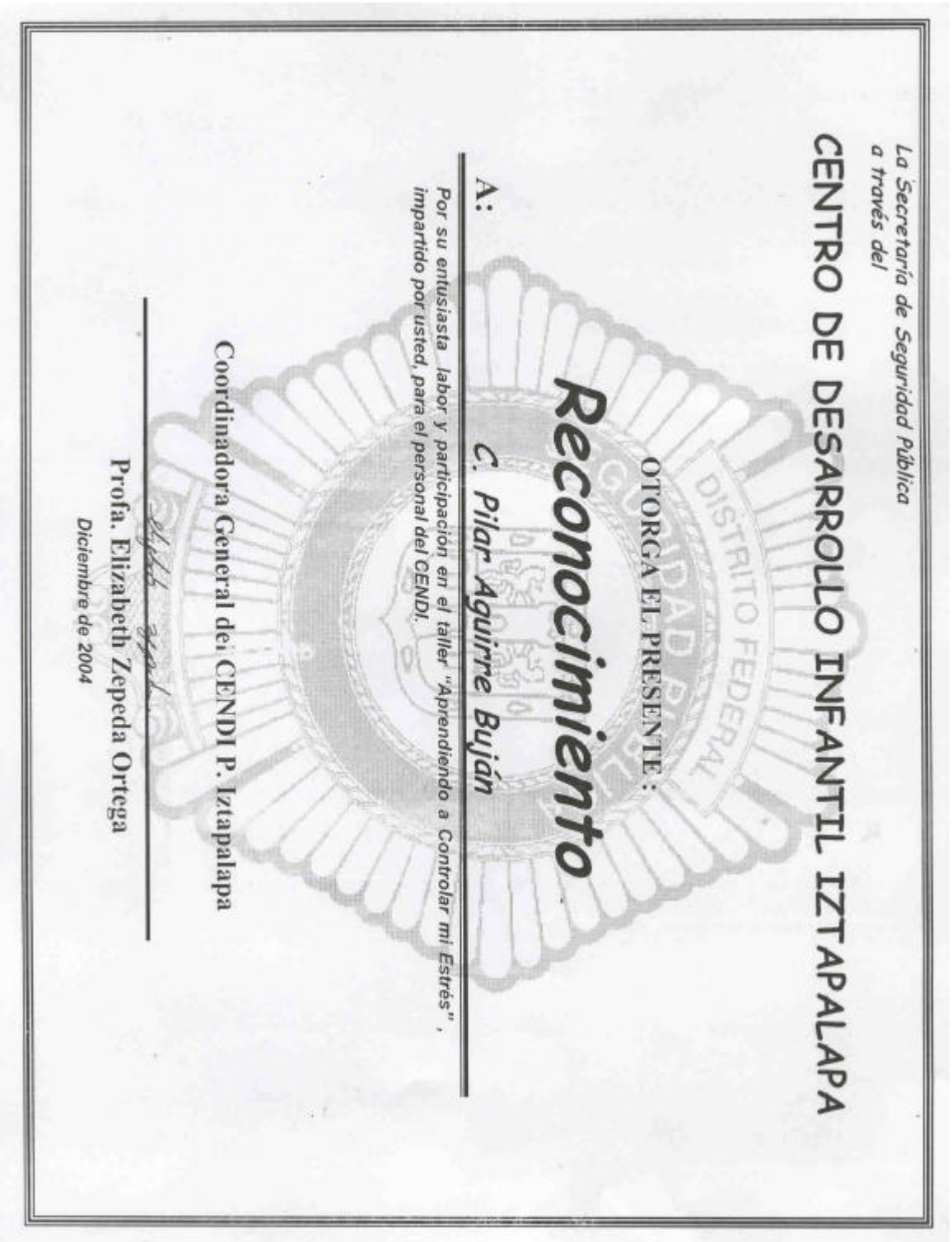
*Se ponen de pie y expresan al resto del grupo cómo se van de la sesión y se despiden como quieran.

Tiempo empleado 5 minutos.

Tiempo Total programado: 1 hora 40 minutos.

²⁸ Traducción del italiano de notas de Luciano Rispoli

ANEXO 5



La Secretaría de Seguridad Pública
a través del

CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL IZTAPALAPA

OTORGA EL PRESENTE :

Reconocimiento

A:

C. Brigitte Bousquet González

Por su entusiasta labor y participación en el taller "Aprendiendo a Controlar mi Estrés",
impartido por usted, para el personal del CENDI.

Coordinadora General del CENDI P. Iztapalapa



Profra. Elizabeth Zepeda Ortega

Diciembre de 2004

*La Secretaría de Seguridad Pública
a través del*

CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL IZTAPALAPA

OTORGA EL PRESENTE :

Reconocimiento

A: C. Rosa Ma. Olavarrieta Velázquez

*Por su entusiasta labor y participación en el taller "Aprendiendo a Controlar mi Estrés",
Impartido por usted, para el personal del CENDI.*

Coordinadora General del CENDI P. Iztapalapa


Profa. Elizabeth Zepeda Ortega

Diciembre de 2004