



Universidad de Chile  
Facultad de Ciencias Sociales  
Escuela de Ciencias Sociales  
Carrera de Psicología

*"En busca del bienestar en el trabajo:  
Percepción de trabajadoras respecto de su situación laboral, su  
vivencia de salud y calidad de vida"*

Memoria para optar al Título de Psicólogo

**Alumna investigadora** : Lic. Ps. María Cecilia Guzmán Cáceres  
**Profesora patrocinante** : Ps. y Mag. (c) Elisabeth Wenk Wehmeyer

2005

## Agradecimientos

*Me gustaría agradecer a las diferentes personas que de alguna manera permitieron que este trabajo pudiera realizarse.*

*En primer lugar a mis padres por representar un apoyo incondicional a pesar de la distancia física. A mis hermanas, por haber estado presentes y ayudarme a través de acciones cotidianas.*

*A Pancho por su insistencia en la meta y por ser un estímulo permanente para el logro de ella.*

*A mi estimada profesora guía y asesora metodológica, Elizabeth Wenk, quien a través de sus aportes teóricos y metodológicos permitió dar coherencia a este trabajo y sin cuyo apoyo no hubiera sido posible corporizarlo.*

*Merecen especial reconocimiento de mi parte, las trabajadoras de AFP Provida que participaron de las entrevistas. Gracias a ellas por poner sus experiencias al servicio de mi tarea y por las entretenidas conversaciones que me abrieron la puerta al conocimiento de su realidad. Agradezco en forma principal a Judith Rubio, sin cuya gestión no hubiera sido posible contactar a las entrevistadas y por su gran aporte en términos de visión acerca de la realidad del trabajo de la mujer.*

*Quiero agradecer también aquí a mis amigos(as) Paulina, Marcelo, Alejandra, Álvaro y José, quienes, desde sus diferentes áreas de conocimiento me apoyaron en diversos momentos complejos que surgieron durante el proceso.*

*A muchos otros, no nombrados que contribuyeron a la realización de este objetivo.*

**Cecilia.**

*Septiembre de 2005.*

### Resumen.

La presente investigación se enmarca dentro del ámbito de la Psicología de la Salud Laboral, orientándose al objetivo de indagar las concepciones acerca de la *salud* en sentido general y en el específico de la *salud ocupacional*. Esto se efectúa a través de la profundización en la visión acerca de las relaciones que un grupo de mujeres establece entre la realización de su actividad laboral y los contenidos y prácticas de salud. Se asume como fundamental el precepto de que existiría una relación directa entre las prácticas de salud y las concepciones que de ella se tengan. Además, se plantea que uno de los elementos básicos que se requiere para la implementación de un modelo de salud ecológico es la consideración de los usuarios respecto a sus necesidades y de las estrategias que les resultan más coherentes a la hora de superar situaciones de enfermedad o mantener estados de salud.

Se utilizan para este objetivo herramientas teóricas sacadas de estudios desde la Perspectiva de Género, diversos ensayos respecto del concepto de Trabajo y una revisión crítica del concepto de Salud que plantea el Modelo Médico, proponiendo un modelo que recoge los avances que resultan de la integración de la perspectiva interaccional al ámbito de la salud y de la visión de salud como un dominio biopsicosocial.

## INDICE

I	INTRODUCCIÓN.....	4
II	MARCO TEÓRICO.....	19
	1. GENERO.....	19
	1.1. <i>Distinción entre Sexo y Género.....</i>	19
	1.2. <i>Identidad femenina y subordinación.....</i>	21
	1.3. <i>Transformaciones sociales y sus implicancias en la vivencia de la mujer.....</i>	26
	1.4. <i>Situación de género femenino en Chile.....</i>	34
	2. TRABAJO.....	38
	2.1. <i>Antecedentes Históricos.....</i>	38
	2.2. <i>Definición.....</i>	44
	2.3. <i>Situación del trabajo femenino en Chile.....</i>	45
	2.4. <i>Mujer, Trabajo y Salud.....</i>	50
	3. SALUD.....	52
	3.1. <i>Consideraciones previas a una conceptualización de Salud.....</i>	52
	3.2. <i>Definición de Salud.....</i>	53
	a) <i>Ausencia de enfermedad.....</i>	54
	b) <i>Normalidad estadística.....</i>	56
	c) <i>Normalidad social.....</i>	56
	d) <i>Salud como estado ideal.....</i>	57
	e) <i>Salud como proceso.....</i>	57
	3.3. <i>La responsabilidad del cuidado de la salud.....</i>	58
	3.4. <i>Consideraciones acerca de los modelos</i>	



	<i>circulares/procesales/multicausales.....</i>	60
3.5.	<i>Implicancias del modelo biopsicosocial de salud.....</i>	64
3.6.	<i>Sobre la Psicología de la salud .....</i>	67
3.7	<i>Hacia un concepto de estrés laboral.....</i>	70
3.8	<i>Salud Ocupacional.....</i>	77
<b>III.</b>	<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>82</b>
1.	<i>Reflexiones acerca de la elección del marco Metodológico.....</i>	82
2.	<i>Objetivos.....</i>	85
3.	<i>Tipo de investigación.....</i>	86
4.	<i>Diseño de investigación.....</i>	87
5.	<i>Colectivo de referencia y muestra.....</i>	88
6.	<i>Ejes temáticos.....</i>	89
7.	<i>Instrumento de recolección de la información.....</i>	90
8.	<i>Criterios de científicidad.....</i>	92
9.	<i>Trabajo con la información producida.....</i>	94
<b>IV.</b>	<b>ANÁLISIS DE RESULTADOS .....</b>	<b>96</b>
1.	<i>Trabajo.....</i>	99
1.1.	<i>Respecto al contenido del trabajo.....</i>	100
1.2.	<i>Trabajo, identidad y proyecto de vida.....</i>	102
1.3.	<i>El trabajo y la vivencia afectiva.....</i>	109
2.	<i>Salud.....</i>	117
2.1.	<i>Acerca de la concepción de salud.....</i>	119
2.2.	<i>Salud y género.....</i>	122

2.3.	<i>Experiencia en la relación con el Sistema de</i>	
	<i>Salud.....</i>	124
2.4.	<i>Salud y trabajo.....</i>	127
V.	<b>DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....</b>	134
	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	152

## L INTRODUCCIÓN.

### **1. Planteamiento del problema.**

La presente investigación parte del interés por realizar un acercamiento a un aspecto particular de la realidad de la mujer en Chile actual, como es su vivencia de la salud/enfermedad o de bienestar/malestar personal, asociado a la pertenencia a un espacio de trabajo.

El tema de la salud laboral es un aspecto de gran significación si se toma en consideración la importancia central que toma la vivencia del trabajo para los sujetos en la actualidad.

Para la mujer, la incorporación al trabajo es un fenómeno relativamente nuevo, existiendo pocos estudios en el país que aborden la situación del género femenino en los espacios laborales.

Además, se ha considerado relevante abordar el tema de la salud y en especial la salud laboral, debido a que la política de salud chilena apunta a la operativización de una definición que incluye los dominios físico, mental y social, donde estos dos últimos aspectos aparecen como secundarios respecto de la importancia que se le da al abordaje de la salud/enfermedad física.

En el espacio laboral, esta situación es aún más compleja, debido a que la ley de enfermedades profesionales que opera actualmente, excluye en forma drástica las variables mentales y sociales asociadas a la situación de salud/enfermedad, minimizando la importancia del abordaje de dichas temáticas y, por lo tanto, del rol que puede desempeñar la psicología en el fomento del bienestar en el espacio de trabajo.

Al hacer referencia a los dominios psicológico y social de la salud/enfermedad de un grupo humano, se está aludiendo tácitamente a fenómenos de orden subjetivo, a los cuales sería posible acceder a través de los discursos, en este caso, de un grupo de mujeres trabajadoras respecto de su situación de salud, los que deben ser interpretados con referencia a un contexto más amplio, como por ejemplo el de la política pública de salud.

Específicamente, el conocimiento del discurso sobre salud y trabajo de algunas mujeres, permitiría visualizar la forma en que ellas perciben que la definición de salud antes mencionada se operativiza en el espacio laboral y los efectos que esto trae en términos de vivencia personal.

Esto cobra significado dentro del área de la psicología de la salud aplicada a espacios de trabajo, dado que a través de la toma de conocimiento de las opiniones de las trabajadoras sería posible conocer los factores que son percibidos como influyentes sobre el estado de malestar/bienestar personal, base sobre la cual sería posible desarrollar intervenciones específicas que respondan a las necesidades de las sujetos de atención.

En función de lo anteriormente señalado es que cabe preguntarse sobre *¿cuál es la visión de salud que tienen estas mujeres? y ¿cuáles son los factores relativos a lo laboral que, desde su punto de vista, influyen favorable o desfavorablemente en la situación de salud/enfermedad?*.

## **2. Antecedentes.**

En Chile, realizar un trabajo asalariado es una experiencia vivida por aproximadamente un tercio de la población femenina, cantidad que aumenta en forma rápida en un contexto de procesos sociales que ubican al género en una posición novedosa respecto al rol antes ejercido por ella.



El crecimiento del empleo no ha ido asociado a una mejora en las condiciones de trabajo femenino, encontrándose frecuentemente una situación de precariedad en la manera en que las mujeres desempeñan sus trabajos.

En el caso de la mujer, la realidad laboral presenta características particulares asociadas a factores de género, lo que hace que se vean afectadas de manera diferente respecto de como ocurre en el caso de la población masculina asalariada.

A lo largo de la presente investigación se propone realizar un análisis acerca de cómo confluirían factores como la realidad de ser mujer inserta en un espacio laboral y las vivencias de salud que surgen en este espacio (descripciones, evaluaciones y prácticas).

Lo anterior se hará efectivo a través del análisis de las percepciones de un grupo de mujeres trabajadoras del área de ventas, las cuales, dadas las características del trabajo que realizan, pondrían de manifiesto en forma clara las situaciones de exigencia a las que están expuestas, tanto ellas como gran cantidad de mujeres al realizar trabajos remunerados, a la vez que se encargan de funciones de tipo tradicional en su esfera privada.

Este objetivo se logrará a través del desarrollo de una investigación descriptiva realizada desde un enfoque cualitativo, la cual permitiría acceder al espectro amplio de apreciaciones y vivencias de dichas mujeres en relación con el trabajo y la salud.

Con el objetivo de otorgar claridad y operatividad al desarrollo y análisis de los factores mencionados (género, trabajo y salud), se realizará durante la investigación una aproximación a cada uno de estos por separado, para luego dar cuenta de cómo se da la relación entre ellos, ya que se entiende que al ser

factores que forman parte del contexto de los sujetos, establecen una interacción mutua, operando como factores que ejercen influencia de manera simultánea e interrelacionada, en permanente influjo recíproco.

Es así como se abordará teóricamente en primer lugar la llamada "Perspectiva de Género", para seguir con un acercamiento y análisis del concepto de Trabajo y una aproximación al entendimiento del concepto de Salud.

Al final de los dos primeros temas se hará un acercamiento preliminar al enlace de dichos factores, destacando conclusiones que se desprenden del capítulo respectivo, para, al final del capítulo dedicado a Salud, abordar temas específicos, que se considera representan una conjugación más evidente relevante de dichos dominios.

## **2.1. Perspectiva de Género.**

La perspectiva de género, surge como enfoque sólo a partir de mediados del siglo XX, abordando un área de conocimiento que había permanecido ignorada a la hora de analizar los fenómenos sociales.

Entre varios elementos que comienzan a emerger como factores de análisis se pueden mencionar los siguientes: el que las diferencias con que se desarrollan los procesos sociales que giran en torno a la divergencia de estructura física de hombres y mujeres, generan maneras distintas de experimentar la realidad; el que la vivencia de la femineidad/masculinidad representa uno de los elementos básicos sobre el cual se desarrolla la identidad de los sujetos; que este último es un factor que participa en la forma en que cada género ocupa un lugar en la sociedad y que ésta ha encontrado uno de sus pilares estructurales en una diferenciación respecto de los roles ejercidos por hombres y mujeres.



Con la emergencia de esta perspectiva se comienza a distinguir la forma en que, sobre la base de expectativas provenientes desde lo social y en concordancia con la forma de los caracteres sexuales primarios, se van generando procesos de socialización que resultan en el desarrollo de características dimorfas para hombre y mujer, las cuales son coherentes con las expectativas señaladas desde lo social para uno u otro sexo (John Money, en Sharif, 1994), en un proceso que toma forma recursiva. De esta manera, el niño y la niña serán educados para tener una identidad que coincidiría con atribuciones sociales, que toman forma particular para mujer y hombre.

Para Lipovetski (1997), el desarrollo de la perspectiva de género estuvo, en su inicio, en directa relación con el proceso de reivindicaciones sociales femeninas que se inicia en el siglo pasado, siendo consecuencia de procesos socioculturales que hacen aparecer a la mujer en la escena pública y que resultan en la incorporación de ésta al trabajo asalariado, a la política y a los procesos de desarrollo científico y tecnológico.

Según Sharim (1994), este enfoque ha representado la superación de la perspectiva "naturalista", que planteaba que el desarrollo de las características asociadas a la femineidad/masculinidad, era resultado únicamente de factores biológicos, los cuales predeterminaban la aparición de cualidades distintas en hombres y mujeres.

Dentro de este modelo se encuentran teorías que señalan que, de acuerdo con las características dictadas por la naturaleza, se configuraban dos esferas de dominios distintos y complementarios: mientras al hombre le correspondían la acción, la iniciativa, la vida social, la política, el dominio, la guerra, a las mujeres les correspondía el manejo del hogar, la vida privada, la crianza de los hijos, quedando excluida de la vida pública y las labores productivas retribuidas

económicamente (John Ruskin, 1895, en Lipovetski, 1997), lo que históricamente ha significado la ubicación de la mujer en una posición secundaria respecto al papel que ejercería el hombre dentro de la organización social (Caviglia, 1999). Esto, entre otros factores, debido a que ocupar el dominio privado de las tareas hogareñas y de la crianza, se le imposibilitó el participar de una serie de procesos de desarrollo social, político e innovación tecnológica y científica, los cuales hasta hace poco estaban reservados exclusivamente a los hombres.

Además, a pesar de que resulta fácil reconocer la importancia que tiene y ha tenido siempre para la sociedad la existencia de una esfera privada-familiar, para cuya estabilidad y desarrollo la mujer juega un rol primordial, dichas funciones han sido y siguen siendo menos valoradas respecto de las tareas públicas realizadas por hombres (Caviglia, 1999).

Por esto, podría señalarse que la división en función de dos esferas y la restricción de la mujer al hogar, ha invisibilizado el rol que ésta ha desempeñado en el desarrollo de los procesos de evolución cultural, económica y social, dado que las tareas que realiza en el dominio de lo privado no son reconocidas claramente como necesarias para que las que se efectúan en el dominio de lo público tengan lugar. Tal invisibilización es un proceso que se manifiesta tanto en la ideología como su concreción, en el sentido común de los sujetos y su encarnación en las mentalidades de los individuos, hombres y mujeres. Se puede constatar lo anterior en la creencia ampliamente difundida que homologa las tareas hogareñas al "hacer nada".

La circunscripción de la mujer a las labores del ámbito privado de los hogares ha ido asociada a la asignación de una serie de características en las cuales las mujeres han sido socializadas, que colaboran en la reproducción de la condición de subordinación, tales como la pasividad, receptividad, entrega, generosidad,



dependencia, subordinación, autopostergación, cualidades que son valoradas como las que favorecen el desarrollo del espacio familiar, pero que muy frecuentemente colaboran también con la generación de una identidad menoscabada.

El ingreso de la mujer a la vida pública y las labores productivas ha sido coherente con la división de roles asignados históricamente a hombres y mujeres, dado que se ha producido como una suerte de extensión de la puesta en práctica de las cualidades atribuidas al género. Es así como ésta ha ingresado a las labores productivas retribuidas económicamente a través de la realización de labores que pueden ser vistas como una prolongación de las tareas hogareñas, tales como labores de servicios o la enseñanza, tareas que, en concordancia con lo señalado anteriormente, serían subvaloradas respecto de las tareas relacionadas con características masculinas, por lo que son peor remuneradas que éstas (Sharim, 1994).

A pesar de lo anterior, no se puede dejar de reconocer que en la realización de tareas como la maternidad o el cuidado del hogar, la mujer encuentra una importante fuente de identidad y satisfacción personal, lo que ha resultado en una negativa a renunciar al ejercicio de tales funciones, a la vez que se intenta ocupar un espacio que fue ocupado históricamente por los hombres.

De esta manera, se observa que, en un intento de compatibilización de los roles tradicionales asignados al género, con las nuevas expectativas depositadas en la mujer respecto de la realización de un trabajo o con la vida independiente, éstas han asumido estos nuevos desafíos, sin renunciar a sus otros roles, lo cual ha significado para ellas una recarga de funciones y un aumento de la dificultad para satisfacer adecuadamente la totalidad de las expectativas depositadas en

ellas, lo cual puede visualizarse como uno de los conflictos que más frecuentemente afectan el bienestar de la mujer actual (Lipovetski, 1997).

## 2.2. Trabajo

Con relación al concepto actual de Trabajo, éste puede ser visto como producto de un desarrollo histórico, en el cual se pueden identificar períodos que aportan elementos significativos a la conformación de un significado, que incluye elementos surgidos de diferentes épocas y procesos histórico-culturales que resultan en un término ambiguo y contradictorio.

Brevemente, se puede señalar que el trabajo ha sido visto en forma diferente por diversas culturas, siendo una idea producto de la sociedad de la cual emerge, de su visión de los sujetos, de la valoración de ciertos tipos de tareas por sobre otras y de la función que cumple la realización de una labor dentro de esa sociedad.

La revisión histórica del concepto trae a la mano varios elementos a considerar: la división entre trabajo manual e intelectual, la valoración del segundo por sobre el primero, la cosificación de la mano de obra, la sujeción del valor de las tareas en función de los intereses del mercado (Hopenhayn, 1985), la creencia en que el trabajo es un posible dominio de desarrollo para el sujeto que lo realiza, la alienación del trabajo al trabajador, entre otras; todas estas ideas que surgen en períodos distintos de la historia, confluyen en la actualidad conformando un panorama complejo y contradictorio, en el cual estas contradicciones se encarnan en las experiencias concretas de los sujetos que desempeñan sus labores.

En el intento de definir qué es lo que significa el concepto "trabajo" en la actualidad, se puede señalar que:



- El trabajo se entiende como un fenómeno social, cuya forma depende de la sociedad en la que se desarrolla (Hopenhayn, 1985).
- Constituye una actividad primordial dentro de las sociedades y para los individuos que lo realizan. (Neff, 1972)
- La importancia del fenómeno se expresa en los individuos, de manera que influye en casi todos los aspectos de la conducta humana.
- El trabajo, al ser una actividad remunerada, depende en su valoración social de condiciones económicas, que no necesariamente son coincidentes con la valoración que realiza el sujeto que lo efectúa.
- El concepto actual está cruzado por numerosas ambivalencias, las cuales se expresan en el ejercicio realizado por los sujetos, quienes encarnan la, muchas veces incompleta, compatibilización de concepciones diversas e incluso contradictorias.

En el caso de las mujeres, se observa, además, que por razones asociadas a variables de género, desempeñarían trabajos en condiciones que ocasionalmente deterioran su calidad de vida, en especial, dado que en ellas ocurre un fenómeno llamado de la *doble jornada laboral*, que alude a la situación en que la mujer debe ejercer un trabajo remunerado, a la vez que sigue realizando en el hogar las tareas que le han sido tradicionalmente asignadas (Díaz, y Medel, 2001).

### 2.3. Salud

Respecto de la Salud, tema de interés central para el presente trabajo, se puede decir en primer lugar que existiría una definición ampliamente difundida que ha intentado sustentar las prácticas de los agentes de salud a partir de mediados del siglo pasado, pero que en su aplicación se ha encontrado con interferencias que provienen principalmente de su amplitud y de las dificultades para operacionalizarla. Se hace referencia a la extensamente difundida definición de Alma Ata, de 1946, que señala que *“la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades o dolencias”*.

Las concepciones de salud de las poblaciones, al igual que como se ha mencionado respecto del género y del trabajo, son construcciones sociales, que se desprenden de complejos procesos históricos culturales. Estas concepciones se manifiestan en la vivencia de los sujetos, en la forma que enfrentan la salud y la enfermedad, en la manera que adopta el cuidado que cada uno de éstos hace de sí, así como también en la forma de las políticas sociales acerca de la salud, cuyos efectos se reflejan en el dominio de la salud.

Actualmente, se pueden destacar dos enfoques acerca de la salud que serían los que tendrían mayor aceptación y que se ponen en práctica, en ocasiones en forma conjunta y contradictoria.

En primer lugar estaría el modelo llamado Biomédico o Modelo Médico, que reconoce la salud como ausencia de enfermedad, el cual centra sus prácticas en la zona negativa de un espectro, que va desde la patología más severa, al estado de completo bienestar físico, mental y social, pasando por un punto cero de ausencia de síntomas, en que este último es considerado como objetivo suficiente en las prácticas de los agentes de salud (Sánchez Vidal, 1999).



En la práctica, se manifiesta a través del intento de eliminar la enfermedad o trastorno, para restaurar un "nivel razonable" de funcionamiento, en el que el sujeto tratado no requiera tratamiento u hospitalización.

En sus prácticas de promoción, se orienta principalmente a la disminución de la tasa de morbilidad o la incidencia de alguna patología específica, mediante la eliminación de los síntomas.

La salud, entonces, se refiere a un suficiente funcionamiento de los órganos, lo que se observa en la práctica a través de la no hospitalización o el no tratamiento (Sánchez Vidal, 1999).

Este modelo señala que siempre existirían ciertos datos anatómicos, fisiológicos o bioquímicos patológicos, identificables empíricamente, sobre los que el agente de salud debe operar para realizar la curación. De esta manera, usualmente no se considera la presencia de factores socioculturales (o su nivel intermedio, los procesos psicológicos) que participen en la existencia o inexistencia de salud. Incluso en el caso de enfermedades mentales, se tiende a buscar la causa fisiológica o anatómica que se encuentra a la base de tal perturbación.

La promoción de la salud queda a cargo, entonces, de expertos en el conocimiento de los procesos de base biológica que operan en el funcionamiento de los sujetos.

El modelo biomédico ha sido validado históricamente gracias a su efectividad en el tratamiento de cierto tipo de enfermedades en las cuales es fácilmente detectable un agente patógeno que deteriora el funcionamiento biológico de un sujeto. Así mismo, ha habido una alianza entre el modelo y el desarrollo de tecnologías que han permitido la creación de implementos cada vez más

sofisticados para el tratamiento de este tipo de enfermedades (Morales Catalayud, 1998).

A pesar de esto, este enfoque no ha logrado dar solución eficiente a dolencias cuyo origen no se encuentra asociado (por lo menos en forma única) al ingreso de un agente patógeno y en las cuales no es tan fácil determinar cuáles fueron las condiciones o factores que configuraron un contexto que favoreció el inicio de una enfermedad, tal como ocurre en el caso de disfunciones relacionadas con los estilos de vida, hábitos de los sujetos o procesos psicológicos. Se habla, por ejemplo, de enfermedades de tipo crónico como el cáncer o enfermedades degenerativas, en las cuales usualmente se interviene sobre síntomas, a pesar de que se vislumbra que existirían factores que actuando a nivel del ambiente humano, inciden en que una enfermedad se inicie y desarrolle en algunos sujetos o grupos poblacionales (Morales Catalayud, 1998).

Uno de los elementos fundamentales que sustenta estas dificultades que evidencia el modelo médico, es su profundo arraigo en el *dualismo* cuerpo-mente (Onnis, 1994), el cual asume una escisión básica entre el funcionamiento del cuerpo y la psiquis y la descontextualización del sujeto respecto de su ambiente, lo que dificulta el conocer al individuo en el sentido global de su ser, al mismo tiempo biología, emociones, pensamiento, relación con los otros y con el medio. Las ciencias médicas se han preocupado entonces, fundamentalmente, por las afecciones del cuerpo o bien las de la mente, no logrando compatibilizar esas dos prácticas en forma coherente y armónica.

Se genera así una tendencia a distraer la atención respecto del contexto psicosocial en donde se dan los problemas de salud, ignorando, por tanto, la necesidad de cambios psicológicos, ambientales y sociales, imprescindibles en muchos casos para su solución (Onnis, 1994).



El otro enfoque que ha tomado relevancia a partir de mediados del siglo pasado en el abordaje y entendimiento de la salud y que intenta resolver las limitaciones que se desprenden del dualismo y el modelo médico, es el concepto de ésta como *proceso*. La salud no es concebida como un estado o condición estática, sino como un proceso dinámico que se desarrolla en la relación interactiva del sujeto con su entorno.

Desde este concepto, también llamado *biopsicosocial* o *ecológico*, la salud resultaría de los ajustes e interacciones mutuos del individuo y el contexto de sistemas en los cuales está inmerso.

Según esta perspectiva, la salud es definida por referencia a su entorno total (económico, físico, social, cultural), siendo un atributo de la interacción del individuo y los sistemas de los cuales forma parte y no del individuo mismo.

Es dentro de esta perspectiva que cobra sentido la señalada definición de la OMS (Alma Ata), la cual alude a la salud en términos amplios y reconoce la parte positiva del espectro salud/enfermedad, aludiendo a un objetivo ideal, al cual debieran tender las prácticas de las diversas disciplinas que abordan el trabajo sobre la salud de la población.

Se puede señalar que, aunque este enfoque ha ido aumentando su influencia en los agentes de salud, lo que se observa más bien en la práctica es un intento de compatibilización de ambos modelos, con una influencia generalizada del modelo biomédico, que intenta incluir elementos que permitan observar al sujeto en forma amplia, pero que finalmente no logra evitar el dualismo/reduccionismo, por lo que suele terminar enfocándose en un área específica de la biología del paciente, perdiendo con eso la visión de totalidad de este.

Respecto al área específica de la salud laboral, se puede señalar que esta también pone de manifiesto la problemática que surge a partir de la visión reduccionista de la salud, de manera que la definición que se plasma en la legislación laboral alude sólo al tema de las enfermedades laborales, restringiendo aún más su foco de acción a eventos aislados que causen de manera directa y evidente una discapacidad:

*“Enfermedad laboral es la causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte”. (Ley 16.744, de Enfermedades Laborales).*

Esta definición desconoce la existencia de daños de salud generados por factores de riesgo menos visibles, o los que confluyen en una definición ecológica de la misma (comportamentales, sociales, culturales), lo que invisibiliza toda una serie de situaciones que pudieran en forma conjunta, o bien a lo largo del tiempo, causar un deterioro del bienestar del trabajador.

Tomando en consideración que esta definición se encuentra siendo cuestionada por investigadores que intentan plasmar la visión ecológica de salud en todas las áreas, resulta interesante delimitar el rol que puede ejercer la psicología en la promoción y logro de un estado de salud de los sujetos y, específicamente, el logro de un estado de salud dentro del dominio laboral.

Se entiende la psicología de la salud, tal como señala Morales Catalayud (1998) como la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud. A la psicología de la salud le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la



recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud.

En el desarrollo del presente estudio se indagará acerca de las concepciones y prácticas de salud laboral de un grupo de trabajadoras, con el objetivo de constatar la visión que ellas tienen acerca del concepto de salud, la forma en que esa visión se pone en práctica, y las estrategias que se utilizan para la promoción o cuidado de la salud en el espacio del trabajo y el dominio privado, lo que, desde la visión de la psicología de la salud laboral, habla de la forma en que diversos factores promueve o interfiere con el bienestar de estas mujeres.

Esto permitiría, eventualmente, realizar aportes respecto de la forma que puede tomar la prevención y el control del riesgo de enfermar en el espacio laboral y personal, así como de la promoción de una "salud positiva", entendida ésta como un estado de bienestar que trasciende el concepto que define la salud como "ausencia de enfermedad".

## II. MARCO TEÓRICO

### 1. GÉNERO

#### 1.1. Distinción entre Sexo y Género.

El concepto de "género" alude a una diferenciación que surge de manera reciente. Hasta la primera mitad de este siglo la distinción entre *sexo* y *genero* era inexistente, integrándose al ámbito científico gracias a los estudios de Margaret Mead (1975, en Sharim 1994), quien señala las diferencias existentes entre los roles que desempeñan hombres y mujeres, y de John Money (1982, en Sharim, 1994) en la década del 50', quien lo desarrolla ante la necesidad de dar cuenta de la realidad de la problemática de la sexualidad humana, no agotada mediante la definición de sexo, concepto que alude estrictamente a aspectos biológicos del fenómeno.

Género es definido por Dio Bleichmar (1992) como los factores psicológicos, sociales, culturales de la femineidad/masculinidad, diferenciándose de *sexo*, que alude a los componentes anatómicos, biológicos y al intercambio sexual en sí mismo.

Esta misma autora señala que se puede definir a su vez el concepto como "*sexo asignado*" o sea, "*el dimorfismo de respuestas que generan los progenitores a partir de la forma de los órganos sexuales del bebé*". Lo anterior alude al proceso que se desarrolla luego de que los padres comienzan a relacionarse con el niño, condicionados por la forma que toman los caracteres sexuales externos de éste. Este proceso, condicionado a su vez socialmente, es parte sustancial del desarrollo de la identidad del sujeto y es realizado por medio del lenguaje, las actitudes (conscientes o inconscientes), fantasías y deseos de los adultos que rodean al niño, en concordancia con la expectativa establecida desde lo social.

Refiriéndose a estos procesos intersubjetivos que operan de manera invisible en la conformación de la identidad de género, John Money (1982, en Sharim 1994, pág. 19) señala que se halla tan arraigada la creencia de que no es posible influir sobre lo que la naturaleza ordena, que los padres no logran darse cuenta que ellos mismos son configuradores, en el niño, de su conducta dimorfa en cuanto al género y dan por sentada la suya propia como efecto, sin alternativa posible, de las señales de su hija o hijo, que creen estar predeterminadas por alguna condición superior para ser dimorfa en cuanto a género.

El realizar esta diferenciación permite ponderar la influencia del sexo y de las variables sociales en la conformación de la identidad sexual, la cual históricamente se ha entendido como determinada por las características biológicas-anatómicas, permitiendo cuestionar el sobreentendido de que es la "naturaleza" la encargada de definir las cualidades que corresponden a los diferentes sexos.

El cuestionar esta concepción naturalista del género y plantear su fundamento en lo social permite además analizar, desde este último punto de vista, las diferenciaciones culturales de los sexos, las que se han expresado históricamente en todas las culturas como asimetría y desigualdad.

La formación social de la sensación, consciente o inconsciente, de pertenecer a un sexo y no a otro, va generando en cada persona un sentido de identidad íntimamente vinculado al género. Dado que estos procesos se inician en la temprana infancia mediante la socialización, llegan a constituirse de este modo en *verdades*, sociales y personales, incuestionables.



La "teoría de la naturalización" o concepción naturalista de estas divergencias, señala que

*"la diferencia biológica-anatómica, más específicamente entre los cuerpos masculino y femenino, aparece como la justificación indiscutible de la diferencia socialmente construida de los sexos"* (Sharim, 1994, pág. 21).

Esta justificación adquiere el carácter de ideología al ubicarse dentro del "orden natural de las cosas", funcionando tanto en el mundo social del sentido común o de las creencias culturalmente validadas, como en su "estado incorporado" en los sujetos, en los "habitus"<sup>1</sup>. Berman señala que Wilhem Reich aludía al mismo proceso al señalar que lo que aparece en el cuerpo del infante está creado por la cultura-ambiente y a su vez crea (reproduce) la cultura (Berman, 1995).

Es de esta manera que el tema de Género permaneció inadvertido, hasta que la irrupción de movimientos sociales y políticos generó una flexibilización de los roles sexuales, que permitió por primera vez cuestionar sus contenidos tradicionales.

---

<sup>1</sup> Como señala Sharim (1994), el "habitus" es un concepto central del trabajo de P. Bordieu. Se refiere a los sistemas de disposiciones incorporadas o interiorizadas.

## 1.2. Identidad Femenina y subordinación.

Como se señaló anteriormente, existe una diferenciación entre los roles asignados a mujeres y hombres que se aprecia como surgido desde la naturaleza, en que las diferencias anatómicas evidenciadas por los cuerpos femenino y masculino se presentan como justificación suficiente para las diferencias planteadas en el plano de lo social.

En este sentido, tradicionalmente se le atribuye a la mujer un papel sociocultural adscrito a las funciones naturales de la vida, lo que, en las sociedades racionalistas, resulta en una naturaleza menoscabada:

*"La identificación de hombre con cultura y de mujer con naturaleza es un fenómeno difundido en la mayoría de las sociedades, lo que explicaría su estatus pancultural de "segunda clase": ...la mujer ha sido identificada con (...) algo que todas las culturas entienden que pertenece a un orden de existencia inferior a la suya (...) como es la naturaleza en su sentido más general (...) todas las culturas afirman de sí mismas que son distintas y superiores a la naturaleza, por su capacidad de "socializar" y "culturizar" a ésta. Aunque no se equipara a la mujer con la naturaleza, se considera representa un orden inferior, (dado que) el rol social de la mujer se encuentra más próximo a la naturaleza." (Caviglia, 1999, pág. 25).*

Desde esta autora, la femineidad se transforma en el complemento que sirve a la plena realización del destino masculino. La mujer encarnaría, biológica y socialmente, el principio pasivo que se requiere como mediador de los fines activos de la humanidad asignados al varón.



Siguiendo esta línea de argumentación, se puede señalar el ejemplo de la "Teoría de las dos esferas", que es desarrollada en el siglo XIX en Inglaterra, época en la que se comenzaba a tratar el tema de la *condición femenina*. John Ruskin, (1819-1900) ideólogo inglés, (en Lipovetski, 1997), — señala esta teoría como uno de los fundamentos del orden social, de acuerdo a la cual, sobre la base de normas dictadas por la naturaleza, se establecían características distintivas correspondientes a hombres y mujeres, configurando dos esferas de dominio diferentes y, desde su enfoque, complementarios:

*"Mientras que al hombre correspondía la acción, la creación, el progreso, la especulación, la guerra, la facultad de las mujeres era reinar en el hogar, convertido en centro de paz y refugio (...) las verdaderas esposas allí desarrollaban sus virtudes (...) en función de las necesidades de su familia"* (Lipovetski, 1997, pág. 97).

Según Caviglia (1999), este discurso acerca de la domesticidad de la mujer, difundió un ideal que ha establecido su influencia en todos los sectores sociales, y según el cual la verdadera identidad femenina se hallaba en el hogar como madres, esposas y administradoras de los recursos familiares. Identificada con valores como el altruismo, la entrega, el servicio, la generosidad, y señalada como el pilar de la familia, la mujer no depende del orden de la sociedad, sino del orden natural de la familia. Por esta razón, se verá privada de los derechos políticos, así como de los derechos de independencia intelectual y económica.

Como señalan Hurtado y Santa Cruz (1995), el hecho de que la labor femenina realizada dentro del hogar, en tanto función de su rol, sea un fenómeno considerado como *natural* por las sociedades, ha implicado que éste no tenga un reconocimiento social (público y privado) especial, lo que se acentúa tomando en cuenta que en sociedades como las nuestras, el "valor" generalmente está



asociado al precio alcanzado en el mercado o a la ganancia directa que genera una situación particular.

Además, en concordancia con la característica de *incuestionabilidad* del rol, estas tareas tampoco son valoradas por la propia mujer que lo realiza. Es así como el trabajo de dueña de casa ha sido homologado, incluso por las propias mujeres, al "hacer nada".

Se pone de esta forma en evidencia una de las maneras en que las diferenciaciones de los roles se han manifestado en las sociedades tradicionales en términos de dominación/masculina-subordinación/femenina, dado que se conforma un escenario en el cual la mujer es asociada a roles socialmente menospreciados, con relación a los propiamente masculinos exaltados, adquiriendo las mujeres su valor personal en la realización de tareas que impliquen virtudes como la paciencia, sacrificio, entrega y modestia, valores que desde el sentido común son menos apreciados o validados que los masculinos de iniciativa, logro, dominio, orgullo. La puesta en práctica de los valores definidos como femeninos,

*"se va constituyendo en una femineidad definida como un "ser para otros", situación que inevitablemente va de la mano con la negación de los propios deseos, la autopostergación y la creencia que es en la felicidad de los otros donde se encuentra la propia" (Illanes, 1993, pág. 21).*

Dentro de este marco de valoración de las tareas familiares, que idealiza a la esposa-madre-ama de casa, que dedica su vida al cuidado de los hijos y a la felicidad de la familia, es donde la definición de "mujer en cuanto madre"

encuentra su sustento, lo que ha implicado que la maternidad (y su fundamento), el "deseo maternal", se transforme en unos pilares constitutivos de la identidad femenina.

Otro de estos polos constitutivos de la femineidad se encuentra, según Lipovetsky, en la vivencia del amor. Según el autor, desde hace siglos y en especial desde el siglo XVIII, la mujer es considerada un ser *sensible* destinado al amor, asociándose de esta manera felicidad femenina a realización amorosa. Asimilada a una criatura caótica e irracional, se considera que la mujer se halla predispuesta a las pasiones del corazón (Lipovetski, 1997, pág. 18).

Esta definición de la mujer realizada en torno a la necesidad del amor, confirmó su confinamiento a la esfera privada, reproduciendo su representación social dependiente del hombre e incapaz de acceder a plena soberanía de sí (Lipovetski, 1997, pág. 20).

Esta característica ha sido coherente con la asignación de la mujer al papel de esposa, su confinamiento al hogar, la inactividad profesional y su identificación con los papeles maternos, todas éstas, características que la confirman como el "ser para otros" señalado anteriormente y que han ido configurando una identidad menoscabada, definida alrededor de labores consideradas como de una "categoría inferior" a las labores productivas realizadas fuera del hogar.

Por otro lado, se puede observar la manera mediante la cual la división de los roles tradicionalmente asignados a las mujeres han servido de base a la división sexual del trabajo. Esto se manifiesta en la medida que éstas se han incorporado al grupo de los trabajadores asalariados, a través del desempeño de labores que



se relacionan con las funciones que ha realizado históricamente y que, en las primeras épocas de inclusión femenina a las tareas productivas fuera del hogar, fueron prácticamente entendidas como una extensión de sus tareas tradicionales, y por lo mismo, casi no consideradas como trabajo. En la actualidad, el hecho de que la mujer tienda a realizar trabajos relacionados con sus labores (y características) tradicionalmente asociadas, ha implicado que se la haya incluido con mayor dificultad en los procesos más innovadores y revolucionarios, ingresando al nuevo orden industrial generalmente a realizar sólo labores menores y en las cuales se aprovecharan las características asociadas clásicamente al rol. Esto ha implicado que el empleo femenino esté usualmente concentrado en un número reducido y determinado de sectores productivos y ocupaciones consideradas típicamente femeninas, dificultándose su acceso a otras profesiones y calificaciones. Se añade a esto que dichas tareas tienden a concentrarse en los niveles más bajos de cada ocupación (Abramo, 1996), pudiéndose observar a partir de lo anterior, la manera en que en la actualidad se reproduce su situación de desigualdad y subordinación.

### 1.3. Transformaciones sociales y sus implicancias en la vivencia de la mujer.

Durante el siglo XX, diversos procesos de índole política, económica y social, en especial los procesos de industrialización, el desarrollo de las guerras mundiales y la consolidación del capitalismo y del individualismo, han ido acompañados de una importante mutación en la forma que toman los roles sexuales. La inclusión de la mujer a la esfera de la producción social es, en este sentido, uno de los fenómenos más destacables, tal como señala Lipovetsky:

*"...ninguna conmoción social de nuestra época ha sido tan profunda, tan rápida y tan preñada de futuro como la emancipación femenina... se ha instaurado una nueva figura social de lo femenino, que instituye una*



*ruptura capital en la historia de las mujeres y expresa un supremo avance democrático aplicado al estatus social e identitario de las mujeres (...) por primera vez el lugar de lo femenino ha dejado de estar preordenado por el orden social y natural” (Lipovetski, 1997, pág. 108).*

Se puede constatar que las mujeres siempre han sido partícipes de los procesos de producción, aunque veladamente, mediante su contribución al funcionamiento económico de la familia, pero a partir del siglo XIX, el proceso de industrialización favoreció la inclusión de la mujer al campo del trabajo remunerado. Dicho trabajo tenía carácter de temporal, siendo abandonado en la medida que la mujer tenía hijos o se veía frente a otras exigencias impuestas desde el plano intrafamiliar.

fax) tradicional  
del trabajo  
femenino

Debido a que en esa época el trabajo femenino fuera del hogar se realizaba exclusivamente frente a la necesidad de apoyar a la familia, en la medida que el jefe de hogar se veía impedido de satisfacer los requerimientos del grupo, el trabajo femenino fue asociado de inmediato a la clase pobre, siendo degradante y contrario a la vocación natural de la mujer, centrada en la familia. Por esto, el trabajo de la mujer casada fue comúnmente considerado como inferior al del hombre, meramente complementario, lo que lo circunscribió usualmente a puestos inferiores y subordinados.

En la primera época industrial, predomina el rechazo amplio hacia el trabajo femenino, prevaleciendo la idea de que existe una disyunción elemental entre trabajo remunerado e identidad femenina, lo que significaba que el verdadero sitio de la mujer se encontraba en sus labores hogareñas, tal como señalaba la teoría de las dos esferas.

A comienzos de siglo XX, cuando por primera vez aparecen voces feministas que luchan por la igualdad de salarios entre trabajadoras y trabajadores, eso no fue acompañado de un cuestionamiento de la idea de que la mujer principalmente debía cumplir las labores de ama de casa y madre. Así mismo, la aparición de la temática romántica de la mujer libre de los años veinte, no implicó una reivindicación de la independencia económica.

Paralelamente, la creciente inclusión de la mujer a la fábrica, desencadenó numerosas protestas a favor de la moralidad, la estabilidad de la pareja y la familia y la salud de las mujeres. Se acompañó esto de un discurso moralizador y sacrificial que exacerbaba el ideal del *"ángel del hogar"*, planteándose que el reconocimiento de la mujer como individuo autónomo implicaría *"desnaturalizarla"*, precipitar la *"ruina del orden familiar"*, generar *"confusión entre los sexos"* (Lipovetski, 1997, pág. 103).

Pese a lo anterior, en el período de entre guerras, comienza a desarrollarse una variación del contenido del rol tradicional femenino que tiene importancia en la medida que contribuyó a la superación histórica del ideal de la *"mujer de su casa"*, en un proceso en que se comienzan a incluir dentro del rol femenino ideales como la mantención de la seducción dentro del matrimonio y la necesidad de juventud y belleza, los que van asociados a la valorización de la mujer como potencial consumidora de bienes. Por ejemplo, en Estados Unidos comienza un llamamiento a economizar tiempo y esfuerzo en las labores hogareñas y a tratar de cubrir las necesidades de la familia mediante la adquisición de bienes cada vez más sofisticados. La mujer de su casa del siglo XX comenzó a regirse por los principios modernos de *"gestión y eficacia"*, de manera que su labor se centró en administrar el hogar de manera racional, optimizando las labores, tanto para la mantención del hogar como para promover la salud y educación de los hijos, con el objetivo de que éstos ascendieran en la escala social, erigiéndose de manera un



poco más visible como la responsable de labores primordiales con relación a los hijos, la familia y el sistema social.

Producto del mismo proceso, la mujer en cierto sentido "*recluida*" en el hogar, se abre al conocimiento de los nuevos y "*racionales*" métodos para satisfacer necesidades, ya sea a través de la utilización de nuevos descubrimientos tecnológicos con relación a la higiene, la crianza o la puericultura, o bien, a directrices sobre la forma que debía tomar la crianza de los hijos.

Este proceso genera una paulatina dignificación de las actividades modestas realizadas hasta ahora por el ama de casa, quien se confirmó de esta manera como el "*pedestal*" de la familia.

Paralelamente, se inicia dentro de las escuelas la enseñanza de las labores femeninas y economía doméstica, mientras las feministas sugieren que la maternidad y las labores del hogar sean reconocidas como trabajos con plenos derechos y por lo tanto, sean retribuidos.

Como señala Lipovetsky, si bien la "*era inaugural de la igualdad*", como llama a este período, legitima la organización desigualitaria de las "*dos esferas*", al mismo tiempo dignificó y realzó la imagen de la mujer y el respeto social que se le debe.

Los años sesenta marcan el inicio de una nueva etapa, al comenzar a hablar sobre "*el malestar indefinible*" del ama de casa, su aislamiento, su ausencia de identidad propia, la monotonía de su vida. Por otro lado, los ideales radicales se extienden a



la división sexual de los roles y del trabajo familiar, el cual se percibe como una "esclavitud doméstica".

Se genera a partir de esto un acelerado proceso, que evoluciona en el sentido de aprobar el trabajo profesional de la mujer, el cual logra actualmente amplia legitimación. A pesar de lo anterior, no es posible negar el hecho de que el trabajo de la mujer aún encuentra condiciones restrictivas en la presencia de niños pequeños y que la aprobación de la actividad remunerada no es igualitaria para uno u otro género. Sin embargo, se puede señalar que:

*"la condición de actividad laboral femenina ha adquirido el valor de condición normal de la existencia femenina, se ha convertido en un valor y aspiración legítimos (...) lo que caracteriza a la condición de la mujer posmoderna es la repulsa de una identidad constituida de manera exclusiva por las funciones de madre y esposa. (Lipovetski, 1997, pág. 128).*

Como consecuencia de esto, los estudios femeninos han adquirido gran legitimidad social, en la medida que aseguran la consecución de un empleo y permiten la independencia económica, factores que han adquirido valor central en la formación de la identidad femenina actual. Contrasta esto con lo que ocurría en los años sesenta, durante los cuales los estudios se prolongaban usualmente con el objetivo de encontrar marido, abandonando la universidad tan pronto contraían matrimonio, o bien el trabajo se realizaba sólo con fines de complementación de las labores masculinas, careciendo de valor propio.

En la actualidad, el interés por realizar una actividad laboral remunerada, se percibe como una exigencia individual que permite configurar la identidad, y

promover la realización personal. El trabajo profesional de las mujeres se ha autonomizado de la vida familiar, adquiriendo valor intrínseco, colaborando a la satisfacción de la sentida necesidad de conformar una identidad como sujeto, acompañada de la negativa de depender del marido y de la reivindicación de la autonomía en el seno de la pareja.

En resumen, ha surgido un fenómeno de radical importancia a la hora de entender a la mujer moderna: el trabajo se ha transformado en un soporte primordial de la identidad social femenina, viéndose en la dimensión laboral una condición necesaria para sentirse más realizada en la vida.

Un elemento de gran importancia a la hora de entender la situación femenina, es la relación que ésta tiene con la expansión del individualismo. La sociedad de consumo ha generalizado un sistema de valores que exaltan el deseo de libertad individual, el deseo de vivir para uno mismo, ideales que se oponen a la ideología de la mujer de su casa y los valores sacrificiales que esta trae aparejados. Es decir, que a pesar de que el sistema de valoración del consumo reforzó en un principio la función de la mujer dentro del hogar, terminó por minar los valores que la sustentaban (Lipovetski, 1997).

Este cambio desde la identidad, a través de la entrega al individualismo y la valoración de la independencia, es sostenido por otras modificaciones en diferentes ámbitos sociales, tales como la expansión del sector terciario (servicios), que genera formas de trabajo más adaptadas a las mujeres, y que disminuye las exigencias de tipo físico para las trabajadoras. Por otro lado, el auge de la economía basada en la estimulación y creación de nuevas necesidades, hace indispensable una nueva fuente de ingresos dentro de la familia, lugar que



ha sido ocupado por la mujer. Se destacan, además, el logro del derecho a sufragio, la ley de divorcio, el control de la natalidad y la libertad sexual, la lactancia artificial y, de manera indispensable, cambios en la estructura social que permiten que labores tradicionalmente realizadas por mujeres, sean asumidas por instituciones (jardines infantiles, escuelas, hospitales, asilos, etc).

A pesar de esto, es necesario destacar que lo anterior no ha coincidido con la desaparición de las desigualdades entre los sexos, en especial con relación a la vida familiar o la elección de empleo; lo que se observa más bien es la flexibilización e indeterminación con relación a normas y tareas anteriormente especificadas.

Por otro lado, con respecto de la distribución de los roles dentro del hogar, en este, la preponderancia femenina es marcada, lo que se expresa en la prioridad que se le da al trabajo del hombre por sobre el de ella. A su vez, la mujer sigue siendo la principal encargada y responsable de la administración del hogar y del cuidado de los niños. Ello implica una opción por las jornadas de trabajo parciales o bien, por dejar el trabajo ante el nacimiento de un segundo o tercer hijo.

Para el hombre, el proyecto profesional va primero, con respecto de la paternidad; la mujer generalmente plantea su carrera contemplando las presiones futuras de la maternidad. (Lipovetski, 1997).

Como se señaló en el apartado anterior, los roles asociados tradicionalmente a la mujer predisponen a la elección de cierto tipo de profesiones que se adecúen a dichas cualidades, lo cual ha permanecido casi invariable a pesar de los cambios descritos. Es así como gran parte de las mujeres siguen carreras consideradas "femeninas", mientras que los hombres siguen ocupando los puestos principales



dentro de las empresas, por lo que se reproduce actualmente la diferencia antigua entre los géneros.

El fenómeno de la modificación versus mera flexibilización de algunos roles merece ser mencionado. Cabe preguntarse por qué la división sexual de los roles domésticos se perpetúa, mientras otras normas sociales discriminatorias decaen. Al respecto, una postura ampliamente difundida señala que la relación preponderante entre mujer y hogar está determinada por el poder ejercido desde el mundo masculino, cayendo en una postura victimizante de la mujer, la cual, aunque permite ponderar el valor de la coacción dentro de la división sexual de los roles, dificulta la posibilidad de apreciar el papel que cumple la mujer en dicho proceso.

En ese sentido, no es un fenómeno menor la gran adhesión femenina al ejercicio de ciertas labores tales como la maternidad o el establecimiento de relaciones caracterizadas por una pronunciada involucración emocional. Dentro de estos contextos, se observa que la mujer logra situarse en una peculiar posición de poder, a la vez que obtiene identidad y sentido de existencia. Es así como la mujer en la actualidad, opta por realizar una carrera profesional, a la vez que mantiene plenamente vigente su contacto con el mundo del hogar. A este fenómeno se le ha llamado "doble jornada femenina". Surge así un escenario en que la mujer se encuentra tensionada frente a exigencias de índole diversa: por un lado tratando de cumplir con las expectativas impuestas por el puesto de trabajo o las propias de la carrera profesional y, por otro, obligada a cumplir satisfactoriamente con las labores domésticas de las cuales aún se responsabiliza y que aún mantienen gran validación social.

No es de extrañar entonces la elevada cantidad de mujeres que se quejan de la sobrecarga a las que están expuestas, tratando por un lado de lograr avanzar en un ámbito profesional, sin dejar de sentirse culpables cada vez que el trabajo interfiere con las labores domésticas. Si bien se ha avanzado en la creación de instituciones que suplan la "falta" femenina en el hogar (jardines infantiles, asilos, escuelas, hospitales) y en una mayor involucración masculina en el ámbito doméstico, las contradicciones y dificultades presentadas por la coexistencia de la mujer en dos universos considerados hasta hace poco como disjuntos, es un tema hasta ahora no resuelto.

#### **1.4. Situación del género femenino en Chile.**

Chile no ha permanecido ajeno a los fenómenos de cambio con relación a la situación de las mujeres. De hecho, los cambios relativos a los roles femeninos están cada vez más integrados al sentido común de los sujetos, lo que se puede observar en la manera como se realizan los quehaceres cotidianos y los índices de desarrollo del país.

Se aprecia en las mujeres una mayor autonomía que la esperada de acuerdo al modelo tradicional, observándose un número cada vez más creciente de mujeres que realizan actividad remunerada o que ingresan a la educación superior, familias conformadas con un número menor de hijos, hijos nacidos a edades cada vez más avanzadas y un aumento en la tasa de inserción escolar. Así mismo, se aprecia un aumento de la participación en organizaciones sociales femeninas que han ido de la mano con la transformación del discurso social y político con respecto al papel que cumple (o debe cumplir) el género femenino dentro de la sociedad actual.



De esta manera aparecen dentro del discurso de estos grupos temas como la desigualdad de los géneros y las condiciones de precariedad en que la mujer se ha insertado al mundo laboral.

Este proceso se presenta con un desfase de aproximadamente 20 años con las transformaciones europeas, por lo que, según Sharim (1994), se encuentran mediatizadas por la percepción de los efectos observados en esas experiencias previas. Se destaca entonces una asociación entre trabajo femenino y "*decadencia de la familia*", el estereotipo de mujer "*egoísta*", que rechaza la maternidad en la priorización por su trabajo, de libertinización sexual extrema. Por lo anterior, la adopción de estos referentes va acompañado de la percepción de que ellos van asociados a cierto tipo de problemas, de manera que la igualdad y la modernidad, por un lado exaltadas, son vistas también como peligrosas, conformándose un "*doble mensaje*", reforzado por la prevalencia del modelo de complementariedad tradicional en Chile.

La mujer chilena se encuentra entonces frente a un contexto que puede representar una fuente de severas contradicciones producidas por la coexistencia de dos modelos de femineidad.

Este doble estándar se expresa en la forma que toma el proceso de inserción laboral de la mujer, el cual presenta variaciones con relación a la aceptación de la inclusión femenina al grupo de los asalariados, mientras que, sin embargo, sigue permaneciendo dentro de ciertas áreas que aceptan la presencia femenina (principalmente el sector servicios) en la medida que son labores que se asemejan a las históricamente desempeñadas y que por ello, han sido subvaloradas. Por otro lado, la presencia femenina en áreas de toma de decisiones (especialmente en el sector financiero), es reducida. Se produce de esta manera, una continuación de



la condición de discriminación, cambiando los mecanismos a través de los cuales se perpetúa dicha discriminación.

La percepción de la mujer chilena acerca de estos cambios está caracterizada por la sensación de una mera extensión o ampliación de los roles ejercidos hasta ahora (Sharim, 1994). Además, la valoración de la experiencia de trabajo es alta, pero está fuertemente entrelazada con la principal valoración de los roles maternal y conyugal. El trabajo es valorado en la medida que no interfiera con esos roles, en su ejercicio más tradicional. En ese sentido, es clara aún la identificación de la maternidad como la fuente primaria de identidad y autorrealización.

Se observa una contradicción entre el deseo de cumplir con expectativas planteadas por los nuevos modelos y las propuestas por el estereotipo tradicional. Es así como el modelo de las dos esferas o de complementariedad, aunque entrega a la mujer el mandato de "ser para otros", perpetuar la especie, el ideal de realización a través del otro, asociado a cierta vivencia de soledad, encierro, rutina, dependencia material y afectiva, frustración, ausencia de proyecto propio, permite una ubicación en una posición central de poder e influencia en la vida cotidiana, instaurándose como una fuente de gratificación, identidad y legitimidad social.

Por otro lado, el modelo de similitud entre los géneros, generado a través de diversos procesos de emancipación, propone a la mujer una "liberación" de los problemas que la aquejan y en esa medida plantea un modelo atrayente en cuanto contiene una posibilidad de ponerla dentro de un nuevo escenario altamente favorable. Sin embargo, dicho cambio es percibido con un riesgo inherente: al

dejar atrás las antiguas normativas, la mujer teme perder los referentes que le han otorgado legitimidad histórica, en tanto mujer-madre, pilar de la familia, "reina del hogar", poniendo, de paso, en riesgo la institución familiar.

Dentro de este contexto, es posible reconocer una intencionalidad de mantención de la dualidad, una valoración de cambios en función de la mantención de valores tradicionales; se flexibilizan los roles para que la mujer se desenvuelva en distintas áreas, pero sin llegar a cuestionar radicalmente los valores que sostienen la división sexual tradicional, generando un escenario en que la doble jornada laboral es un fenómeno corriente, que trae importantes repercusiones para la que lo realiza, dentro de lo que se destaca el efecto negativo desde el punto de vista de desgaste físico y deterioro general de la salud (Baraño, 1990).

## 2. TRABAJO

El concepto de "trabajo" ha sido analizado desde las distintas disciplinas dentro de las ciencias sociales.

La concepción de trabajo ha dependido de la cultura o sociedad que la produce. Como señala Hopenhayn (1985, pág. 2), *"toda sociedad y toda cultura están traspasadas por diversas vivencias y nociones de trabajo"*. Por esto, al intentar realizar la definición de trabajo se puede constatar que ha existido una evolución histórica del concepto, afectada por el surgimiento de ideas que se transforman en hitos que confluyen en la actual definición de éste.

La siguiente revisión tiene como objetivo el planteamiento de los fundamentos de la concepción de trabajo actual.

### 2.1. Antecedentes históricos

En la Grecia clásica con su sociedad aristocrática, se concibió el trabajo como un tema subordinado. En la medida que el trabajo era ejercido por esclavos, fue desvalorizado, asociado a la actividad irracional y opuesto a los valores exaltados por el idealismo, en cuanto se le consideró dependiente del ejercicio y contacto permanente con el mundo material y sus restricciones.

Contrasta esto con la absoluta exaltación de la actividad intelectual, "fuente de toda virtud". Señala Hopenhayn (1985, pág. 5)

*"Quienes liberados del yugo del trabajo pueden consagrar sus energías a las nobles labores del espíritu, a la contemplación y a la ciencia, saben distinguir entre el bien y el mal"*



El trabajo propiamente tal era realizado manualmente y sus resultados se contraponían a los frutos del ocio, verdaderamente valiosos, como eran los generados por el pensamiento.

Desde esta perspectiva, surgen dos elementos que colaboran en la concepción actualmente vigente de trabajo:

- a) Se propone la supravaloración de la actividad intelectual y una infravaloración de la actividad manual.
- b) Se conceptualiza el trabajo como una actividad irracional.

Según Hopenhayn (1985), otra de las fuentes donde se encuentran las bases de la idea moderna de trabajo es en la cultura del Imperio Romano, donde, desde la perspectiva del derecho, surge la cosificación del trabajo, al operar por primera vez el arrendamiento de servicios ejercidos por esclavos (de su fuerza de trabajo), equiparándose esto al arrendamiento de objetos y marcando así el antecedente jurídico del *arrendamiento de servicios*, forma que toma el trabajo en la actualidad.

Durante la época medieval y su aceptación total de los dogmas de la fe cristiana, surgen conceptos contradictorios de trabajo: se le señala como un deber del hombre, medio para la práctica de la caridad. Por otro lado se señala como fruto del hombre, entendido éste como "*causa segunda*" que imita la acción creadora de Dios.

A su vez, el trabajo se entiende como medio para el cumplimiento del mandato divino de procurarse la vida.

Durante la Edad Media surge la nueva figura del "siero", ya no esclavo, que ejerce un trabajo cuyo resultado beneficia tanto al patrón como a sí mismo. Este sujeto deriva en la Edad Media avanzada en el arquetipo del "artesano", que cumple una labor social digna y que encuentra utilidad dentro de la comunidad donde ésta es ejercida.

A través de la formación de gremios de artesanos, que regulan en cierta medida la oferta de trabajo, protegiendo las fuentes laborales, se genera un sistema donde surgen valores tales como la *seguridad y dignidad del trabajo*, la *lealtad* al grupo de pertenencia y la profesión, fuente además de identidad y continuidad histórica, en la medida que era heredada por los hijos de la familia.

Estas figuras se pierden durante el Renacimiento y el surgimiento del mercantilismo, en la medida que el ideal expansivo humanista favorece el surgimiento de la moral del beneficio económico, una ética individualista y una práctica económica que opera con el objetivo de maximizar el beneficio personal. Los gremios son debilitados ante esta lógica y ante la subordinación de la producción artesanal a la necesidad de producción en gran escala, perdiéndose de esta manera el sustento de los valores imperantes en las asociaciones de trabajadores.

Como señala Hopenhayn (1985), aunque pareciera en primera instancia que el trabajador renacentista sustituye los valores del trabajador de seguridad y pertenencia, propio de los gremios de artesanos, por los de libertad y autonomía, más coherentes con el ideal humanista, surge una nueva dependencia del trabajador, quien se subordina a las fluctuaciones del mercado, la oferta y la demanda de trabajo:

*“La voluntad de dominio que el hombre del Renacimiento quiere ejercer sobre la naturaleza, termina por convertir al hombre en medio de esa dominación”* (Hopenhayn, 1985, pág. 11).

El protestantismo de Lutero y Calvino propone un ejercicio de la fe, basado de manera prioritaria en la realización de un trabajo, visto como la forma específica que cada cristiano tiene para servir a Dios. El trabajo opera como la mundanización del servicio religioso, antes reservado al clero.

Para Calvino, cada hombre, aunque predestinado a la condena o la salvación, tiene el deber de considerarse elegido y funcionar como tal, engrandeciendo la obra divina en la Tierra.

*“(la prosperidad en) el trabajo es condición necesaria, aunque no suficiente, para la certeza de la posesión de la gracia”* (en Hopenhayn, 1985, pág. 12).

El éxito en la actividad laboral puede considerarse como uno de los parámetros para considerar el grado de “gracia” de cada ser humano.

Con la instauración del capitalismo industrial, se genera una nueva concepción de trabajo, que asimila el *menosprecio por la actividad manual* derivada de los griegos, la posibilidad de considerar el trabajo como un *bien comprable* (y separable del que lo realiza), la *subordinación del trabajo al capital* y el *individualismo* de la ética mercantilista, el *lugar central* que éste toma en la cotidianeidad protestante y la concepción de *control* proveniente del ideal científico moderno.

*“La mecanización del trabajo, el riguroso control impuesto sobre él en las fábricas, y el valor asignado a la eficacia y a la reducción de costos de*



*producción, convirtieron al trabajador en un factor de producción que se adquiere en el mercado a cambio de dinero, en lo posible, a bajo precio"* (Hopenhayn, 1985, pág. 13).

Como señala Hopenhayn (1985), se produce un endiosamiento del trabajo, generado por su supervaloración, proveniente del protestantismo y la exaltación que se hace del progreso, con su correspondiente asociación a la generación de riqueza y, a la vez, una cosificación de éste, reduciéndolo a mera *fuerza de trabajo*, capital humano, medible, cambiante, reducido a bien económico.

En el período llamado de "*administración científica*", los objetivos de productividad, competencia y eficiencia son llevados a cabo mediante la aplicación de principios provenientes desde la ciencia y el desarrollo tecnológico (Hopenhayn, 1985).

Es así como el trabajador, considerado como uno más de los factores de producción, se considera manejable, de manera que la función que debe realizar puede ser sistematizada en términos de factores tales como *tiempo/movimiento*, según el clásico modelo planteado por Taylor. (Hopenhayn, 1985)

Según este autor, la eficiencia de los trabajadores puede ser llevada a su máxima expresión con la aplicación de ciertos principios mecánicos. Éstos consideran al trabajador como un elemento que debe ser ajustado para realizar las funciones determinadas por su puesto de trabajo, las que están determinadas desde niveles superiores dentro de la organización. El trabajo propiamente tal, será definido como una serie de movimientos (los estrictamente necesarios) a realizar. Otros movimientos, por carecer de objetivos en función de la producción, son descartados, de manera que la iniciativa del trabajador sería considerada como un obstáculo para la ejecución de una labor óptima. La

división trabajo manual/intelectual, con la consiguiente desvalorización de uno por sobre el otro y la cosificación del trabajo son confirmadas una vez más y llevados a su máxima expresión a través de este modelo.

Es en este contexto que se comienza a analizar críticamente el concepto, hasta ahora subyacente, de trabajo, en especial a través del concepto de "enajenación" del mismo. Se ponen en evidencia a través de éste, ambivalencias en la idea de trabajo y trabajador, cuyos efectos redundan en la precarización de la condición de asalariado. Tales elementos son tomados por Hegel y posteriormente Marx en su planteamiento del trabajo como fenómeno central de la condición humana, idea que al contrastar con la forma en que este se expresa en la práctica, pone en evidencia su cosificación, la atomización del trabajo, el deterioro de las condiciones de vida del trabajador, y la pérdida de libertad producida por la subordinación de la libertad del éste a las necesidades del mercado (Hopenhayn, 1985).

El trabajo alienado niega al sujeto que lo realiza, en la medida que su actividad es hecha de forma mecánica, perdiendo su sentido como labor que promueve la realización del sujeto o que le otorga beneficios directos, dado que el bien producido, finalmente, no le es propio. El concepto de alienación ha sido enriquecido con aportes de autores estudiosos de los fenómenos sociales de la organización, provenientes de la sociología o psicología del trabajo, los cuales aportan a la idea de que el trabajo no se agota ni en su aspecto físico ni en sus móviles económicos, siendo un factor de desarrollo para el sujeto que lo realiza.

Este concepto de alienación del trabajo se manifiesta en mayor o menor medida en los intentos posteriores de desarrollar ambientes de trabajo más aptos, mejorando así la situación de los asalariados. Tales concepciones, surgidas con posterioridad al surgimiento de la administración científica, aparecen como su



respuesta, en la medida que aquella es vista como la máxima expresión del deterioro de la condición de persona del trabajador.

Es así como se va generando durante el siglo XX el modelo llamado de Psicología Industrial, que elabora análisis de las organizaciones laborales y que intenta considerar los factores que son traídos por los trabajadores al ingresar a la organización, tales como actitudes, valores o motivaciones personales. Se considera al trabajador tanto un factor de producción, como una unidad psicológica/social, por lo que se hace pertinente para los expertos en organizaciones el estudio de los fenómenos sociales, posibles de encontrar dentro de los lugares de trabajo. Se otorga importancia además, por primera vez, a lo que ocurre en torno al trabajo, los efectos de éste sobre la vida privada de los miembros, las relaciones entre trabajadores dentro de una organización o la complejidad de las concepciones propias con las que el trabajador se acerca a su labor.

En la medida que los procesos de reivindicaciones sociales ha ido avanzando, se ha puesto hincapié en otros factores, los cuales apuntan a la dignificación del trabajo. Es así como señala Camacho (1991, pág. 15) que el trabajo, en cuanto humano, debe ser ejercido en libertad y ser suficientemente compensado de manera que garantice al trabajador su subsistencia.

## **2.2. Definición del concepto de trabajo.**

Resumiendo, en el intento de definir qué es lo que significa el concepto "trabajo" en la actualidad, se puede señalar una serie de elementos que en conjunto dan cuenta de una realidad compleja y multidimensional. Estos elementos son:



- El trabajo se entiende como un fenómeno social, cuya forma depende de la sociedad en la que se desarrolla.
- Constituye una actividad primordial dentro de las sociedades y para los individuos que lo realizan.
- La importancia del fenómeno se expresa en los individuos, de manera que influye en casi todos los aspectos de la conducta humana. (Neff, 1972, pág. 3).
- El(los) concepto(s) de trabajo vigente(s) en la actualidad se ha(n) desarrollado a través de un proceso histórico, en el cual se aprecia la preponderancia de diferentes factores que marcan el carácter que tendrá la visión del trabajo imperante.
- El concepto actual está cruzado por numerosas ambivalencias, las cuales se expresan en el ejercicio realizado por los sujetos, quienes encarnan la, muchas veces incompleta, compatibilización de concepciones diversas e incluso contradictorias.

### **2.3. Condiciones de trabajo femenino en Chile.**

Como se señaló en el capítulo sobre género, el trabajo femenino es un fenómeno nuevo que toma relevancia a partir del comienzo de la incorporación de la mujer al grupo de los asalariados, promovida por la necesidad de contar con nuevas fuentes de ingreso dentro de los hogares, los cuales se ven sometidos a las nuevas exigencias planteadas por la modernización.

La labor ejercida por la mujer dentro del hogar no ha sido considerada trabajo, propiamente tal, dado que no es directamente valorable en términos económicos.

En la actualidad, alrededor de un tercio de la fuerza de trabajo chilena es femenina (32%). Entre 1970 y 1990 la población activa femenina creció un 83% (versus un 10% de la masculina). Por otro lado, de cada 100 nuevos empleos creados entre 1990 y 1995, 41 son para mujeres. La tasa de crecimiento del empleo femenino ha aumentado desde 1990 en un 33,4%, mientras que la tasa masculina, siendo mucho mayor, se ha estabilizado alrededor del 75%. (CASEN en MIIDEPLAN, 2000).

Esta inclusión de la mujer al trabajo ha estado históricamente marcada por el hecho de que los trabajos considerados como femeninos se relacionan con labores que coinciden con las características atribuidas a las mujeres desde siempre, y que se subvaloran con respecto de las masculinas, por lo que, en la práctica resulta que los trabajos atribuidos a la mujer son peor remunerados que los trabajos propiamente asociados a la masculinidad. Esto, sin considerar que las labores femeninas se asocian a características que se vinculan a un estado de desmedro o precariedad.

Según Sharim (1994), la inserción femenina en la fuerza de trabajo genera un tipo de ocupaciones que, principalmente, derivan de los roles ejercidos tradicionalmente, ya sea como sustitución del rol que ocupaban dentro de las actividades domésticas, tales como cuidado de personas, alimentación, servicio doméstico, o bien, en labores en donde las características requeridas coincidan con cualidades femeninas.



Se puede constatar entonces, que el aumento de la participación laboral de la mujer no ha ido acompañado de un mejoramiento equivalente en su posición en el mercado de trabajo y condiciones laborales, observándose una alta precarización del empleo femenino<sup>1</sup>, derivada en gran parte de condiciones asociadas al género y de un proceso de flexibilización laboral.

Se genera así un contexto en que de cada 100 nuevos puestos de trabajo, 81 correspondieron al sector informal y la pequeña empresa. Además, se observó el aumento del trabajo "negro", el empleo a tiempo parcial, el doble trabajo o el pluriempleo, el empleo ocasional, el clandestino, el trabajo a domicilio, el trabajo ambulante, etc. Estos suelen desarrollarse en empresas pequeñas o medianas que reducen sus costos laborales pagando salarios más bajos o eludiendo aportes al sistema de seguridad social. Se observa de esta manera, según Messing, Seinfert y González (1998), cómo la flexibilidad laboral se expresa en muchas ocasiones como desprotección desde el punto de vista social, previsional y sanitario, así como de desamparo respecto de la seguridad laboral y a la seguridad social.

En el marco de la globalización de la economía, como señala María Elena Valenzuela (1996 c) se produce en Chile una variación de la forma que toma el empleo femenino, en el cual se observa un crecimiento de ciertos sectores, generando un empleo más dinámico y que borra los límites entre la formalidad y la informalidad, con un crecimiento del volumen de empleos "atípicos" y de mala calidad, tal como ocurre en el aumento del trabajo a domicilio, sin contrato, que representa un gasto menor para las empresas, pero que significa una invisibilización de las malas condiciones en las que se desempeñan estas trabajadoras.

---

<sup>1</sup> los cuales corresponden casi en la mitad, a servicio doméstico o inserciones informales . (Encuesta CASEN, 1994, en Valenzuela,1996).



El crecimiento principal del empleo femenino se ha dado en torno al sector *servicios*, dado que en países en los cuales se desarrollan avances tecnológicos, los trabajos que requieren de manejo de innovaciones técnicas son ocupados principalmente por hombres. Es así como este sector, que se abre fuertemente para la mujer, se ha caracterizado por un aumento de las ocupaciones de mala calidad, dada su:

*“inestabilidad, temporalidad, bajo salario, falta de seguridad social, baja protección de derechos laborales, en condiciones peligrosas para la salud y con baja o nula capacidad de negociación”* (Valenzuela, 1996 c, pág. 22).

Según Valenzuela (1996) otro de los factores principales que aluden a la precariedad de la situación laboral de la mujer, es la referida al claro sesgo de género que se observa en las prácticas discriminatorias dentro de los empleos, en relación con la contratación, remuneración, ascenso y movilidad horizontal, de manera que dentro de organizaciones laborales se puede encontrar que las mujeres se sitúan en su mayoría en las posiciones más bajas de la jerarquía organizacional (llamada *segmentación ocupacional de género*), que en ocasiones una mujer obtiene menos salario que un hombre por la realización de una misma labor y que las empresas prefieren contratar a hombres, bajo el supuesto que la contratación de una mujer implicará, a largo plazo, gastos mayores en términos de costos de pre y post-natal.

Las dificultades derivadas de la condición de género enunciadas anteriormente se unen a la pobreza, lo que potencia la vulnerabilidad en el caso de las trabajadoras pobres, fenómeno conocido como la “feminización de la pobreza”. Es así como las mujeres presentan mayores tasas de desempleo, diferencias que se acentúan al analizarlas según línea de pobreza, de manera que se observa que

las tasas de crecimiento no han logrado reducir la alta concentración de desempleo entre los sectores más pobres, particularmente entre las mujeres.

Otro factor de vulnerabilidad ya mencionado con anterioridad es el referido a la mayor inestabilidad de los empleos femeninos, los cuales presentan mayores fluctuaciones, dada la mayor inserción femenina en trabajos de corta duración, intermitentes y temporales, que permitan el ejercicio de los roles domésticos que mantiene bajo su responsabilidad (Valenzuela, 1996 c).

Por otro lado, en el ámbito doméstico opera una inadecuada distribución de las tareas familiares, las que siguen siendo asumidas preferentemente por las mujeres, faltando un contexto que favorezca la asunción más favorable de las responsabilidades del hogar, como el cuidado de los hijos, conformándose un escenario en que la llamada "*doble jornada laboral de la mujer*" es un fenómeno cada vez más frecuente y aceptado (Reca, 1996; Blázquez, Andrade y Palma, 1996).

Se ha señalado que el trabajo doméstico asignado a la mujer, es un trabajo *socialmente necesario* para la reproducción de la familia y la reposición de la fuerza de trabajo, aún cuando no es medido por censos ni contabilizado en el producto nacional, dado que dicha actividad no concurre al mercado. Por lo tanto, tampoco se retribuye a quien lo realiza, aún cuando insume una gran cantidad de horas y es necesario para el mantenimiento de las personas y de la sociedad. Los costos que dicha doble jornada laboral significan para la mujer se expresan en efectos de salud y calidad de vida de éstas.

Ante la situación anterior, y tomando en cuenta de que el trabajo en la actualidad opera como un referente principal de desarrollo personal para las mujeres, se plantea como indispensable mejorar las condiciones de trabajo en las



cuales la mujer se desempeña. De acuerdo con lo anterior, el gobierno de Chile, a través del Servicio Nacional de la Mujer, se ha planteado objetivos, tales como facilitar el acceso a la orientación ocupacional y diversificar las opciones ocupacionales de las mujeres; hacer compatible la realización de un trabajo con el ejercicio de la maternidad; eliminar las prácticas discriminatorias vinculadas a la maternidad; promover una legislación laboral que garantice la protección de las actividades laborales de las mujeres; mejorar la calidad del empleo; garantizar la adecuada cobertura del sistema de seguridad social a las mujeres trabajadoras, etc. (Bilbao, J., 1996), quedando pendiente el desafío de eliminar dentro de los hogares las discriminaciones de género que se reproducen a diario. Tales objetivos encuentran freno en dificultades estructurales, dentro de las cuales el papel que cumple la mujer es preponderante a la hora de reproducir las dificultades y discriminaciones propias del género.

#### **2.4. Mujer, trabajo y salud.**

El proceso de integración de la mujer al mercado de trabajo, dadas las condiciones de precariedad en que se realiza, tiene costos para las trabajadoras en términos de desgaste, salud y enfermedades.

Tal situación no es representada por la información disponible en el campo de la salud laboral. Como señala Ximena Díaz (1996, pág. 290) las estadísticas oficiales adolecen de serias limitaciones, como falta de continuidad y regularidad en las publicaciones y subnotificaciones en los registros. El subregistro general de las enfermedades profesionales se ha estimado en un 42% y en un 90% en las estadísticas del sistema nacional de servicios de salud, datos que según otros autores son aún más pesimistas, señalando que, según las cifras oficiales, la probabilidad de enfermarse en por el trabajo es prácticamente inexistente en Chile. Al respecto, la OIT señaló en 1987 que las enfermedades profesionales

representan un fenómeno mucho más importante que lo que indican las estadísticas de los casos oficialmente comunicados.

La subnotificación se derivaría según la autora, de concepciones ideológicas-teóricas que dominan el campo de la salud laboral y que se expresan en la normativa legal vigente -las cuales se basan en una visión reduccionista de la salud, que restringe el estudio de los agentes de riesgo a los inmediatos referidos al ambiente y el estudio de las enfermedades del trabajo- se reduce a las consecuencias derivadas del proceso de trabajo técnico, problemáticas que serán abordadas con detalle en el capítulo referido a la temática de la Salud.



### 3. SALUD.

#### 3.1. Consideraciones previas a una conceptualización de la Salud.

Los temas referidos a la salud y su cuidado toman en nuestra sociedad un lugar de importancia. Tanto gobiernos como organismos metanacionales, como la Organización Mundial de la Salud, plantean el lugar central que ocupa la salud de los ciudadanos dentro de los intereses de los Estados, los cuales asumen la responsabilidad de fomentarla y protegerla, en la medida que la consideran como uno de sus principales recursos. La misma Organización Mundial de la Salud (1984) ha considerado la salud como un *“recurso para la vida diaria”*, haciendo consideración fundamental de la necesidad de promover los *“recursos necesarios para el adecuado funcionamiento de la persona, tal como la dotación económica, la vivienda, la alimentación, además de la información y destrezas vitales, un entorno que apoye y proporcione oportunidades y condiciones en el entorno total que incrementen la salud”* (Sánchez Vidal, 1999, pág. 55).

Las ideas sobre la salud configuran la forma de pensar y actuar en una diversidad de campos, desde los programas políticos, económicos y sociales, hasta la esfera más íntima y personal, en la vivencia de salud/enfermedad de los sujetos, la cual se refleja, por ejemplo, en lo referido al cuidado del cuerpo en diversos contextos.

Las concepciones de salud de las poblaciones son construcciones sociales históricas, lo que implica que nuestra vivencia de la corporalidad, salud y enfermedad se relaciona recursivamente con la cultura de la cual forma parte. Lo mismo afirma Illanes (1993) cuando señala que la relación que se establezca con el cuerpo forma parte de nuestra propia manera de hacer cultura y sociedad. A la vez que al actuar sobre el cuerpo a través de políticas acerca del

cuidado de éstos, se construye una determinada sociedad y una determinada cultura (Illanes, 1993).

Los enfoques acerca de la salud, por lo tanto, deberían estar profundamente influidos por la política, en el sentido de que ellos reflejarían las visiones que las sociedades tienen, en determinado momento, respecto de la salud-enfermedad. El análisis de dichas definiciones es importante en la medida que permitirían la redefinición y actualización de las Políticas de Salud de los países, la definición de los roles de los agentes encargados de promover la salud y enfrentar la enfermedad, el marco que encuadra el ejercicio cotidiano realizado por sus agentes (médicos, enfermeras, psicólogos, etc.) y las prácticas de salud que realizan las personas en la cotidianeidad.

Se hace necesario recalcar, entonces, la relatividad del concepto dada por su condición de construcción histórica, que permite entender el surgimiento de los diferentes modelos-concepciones de salud a lo largo del tiempo.

A continuación se realiza una revisión de diferentes conceptos de salud, con el objetivo de aproximarse a una definición, la cual será de importancia central para el cumplimiento de los objetivos de la presente investigación.

### **3.2. Definición de salud.**

Sánchez Vidal señala la existencia de los siguientes modelos que engloban diversas definiciones de salud: a) ausencia de enfermedad; b) normalidad estadística; c) normalidad social; d) proceso; e) ideal positivo (Sánchez Vidal, 1999).



a) Ausencia de enfermedad.

Concepto *negativo* de salud, el que se corresponde con el Modelo Biomédico. Centra sus prácticas en la zona negativa del espectro, que va desde la patología más severa, a un punto cero de ausencia de síntomas, considerado como objetivo suficiente en las prácticas de los agentes de salud. Dentro de este modelo, en general, no se alude a la parte positiva del espectro, referida al estado *saludable* de funcionamiento de los individuos.

En la práctica, se manifiesta a través del intento de eliminar la enfermedad o trastorno, para restaurar un *nivel razonable* de funcionamiento, en el que el sujeto tratado no requiera tratamiento u hospitalización. En sus prácticas de promoción o política de salud primaria, se orienta principalmente a la disminución de la tasa de morbilidad o la incidencia de alguna patología específica.

La salud, entonces, se refiere a un *adecuado* funcionamiento de los órganos, lo que se observa en la práctica a través de la no-hospitalización o el no-tratamiento.

Este modelo señala que siempre existirían ciertos datos anatómicos, fisiológicos o bioquímicos patológicos, identificables empíricamente, que son punto de origen de la enfermedad y sobre los que el agente de salud debe operar para realizar la curación. De esta manera, no se considera la presencia de factores socioculturales o procesos psicológicos que participen en la existencia o inexistencia de salud, por lo menos de manera relevante.

La promoción de la salud y enfrentamiento de la enfermedad quedan a cargo, entonces, de expertos en el conocimiento de los procesos de base biológica que

operan en el funcionamiento de los sujetos y que actuarán sobre ese dominio para lograr restaurar el estado asintomático.

El terapeuta sistémico Luigi Onnis (1994), señala que otro de los elementos fundamentales que sustenta el modelo médico es el *dualismo cuerpo-mente*, el cual asume una escisión básica entre el funcionamiento del cuerpo y la psiquis, que dificulta el conocer al individuo en el sentido global de su ser, al mismo tiempo biología, emociones, pensamiento, relación con los otros y con el ambiente:

*“reducido el cuerpo a objeto, a un simple agregado de órganos...el conocimiento del cuerpo puede referirse históricamente a la disección anatómica de cuerpos sin vida”*.(Onnis, 1994, pág.12).

Las ciencias médicas, que particularmente se han hecho cargo de este dualismo, se han preocupado entonces, fundamentalmente, por las afecciones del cuerpo, donde la enfermedad es vista como la instalación de un algo externo que viene a perjudicar el cuerpo biológico.

Desde esta perspectiva se puede observar que cobra sentido como un elemento central en la práctica de los profesionales, la especificidad de su foco de atención, manifestada mediante el desarrollo de especializaciones que restringen cada vez más el área de acción y observación de cada profesional, perdiendo importancia la observación de la totalidad de la realidad del sujeto consultante y su entendimiento dentro de un contexto más amplio.

Se genera así una tendencia a minimizar o ignorar la importancia del contexto de origen de los problemas de salud, ignorando, por tanto, la posible necesidad de cambios ambientales, sociales o de comportamiento, imprescindibles en muchos casos para su solución y necesarios para su entendimiento.



Al realizar una revisión histórica del concepto de salud, se puede apreciar que con la modernidad y el desarrollo científico se avanzó en la afirmación de una interpretación *materialista, dualista y unicausal* de la enfermedad, debido a que durante el siglo XX aumentaron notablemente los conocimientos acerca del sustrato material de la enfermedad, y fueron dilucidados gran cantidad de procesos que ocurren a nivel de órganos, tejidos, células y componentes bioquímicos del organismo humano, sano y enfermo. Se generaron, además, nuevos recursos químicos y físicos para hacer diagnósticos y tratamientos, todo lo cual ha derivado en una reafirmación de la perspectiva reduccionista-biologicista con relación a las causas últimas de las enfermedades, la cual mantiene su fuerza a pesar de los cuestionamientos que se generan a partir de la aparición de visiones críticas de la salud (Morales Catalayud, 1998, pág. 25).

b) Normalidad estadística.

Se refiere a una descripción acerca de cuál es la realidad de salud de la mayoría de la población. La falta de salud estaría definida por la desviación respecto de esa norma.

Este enfoque permite definir estrategias a gran escala para el fomento del estado de salud y enfrentamiento de enfermedades a nivel de poblaciones.

c) Normalidad social.

Referida a valores y normas sociales, las cuales sirven de punto de comparación para la determinación de la desviación. Dentro de esta definición se hace tal hincapié en el valor de la norma social, que se realiza muchas veces una identificación de salud con la aceptación de los valores y prácticas sociales, y de patología, con anormalidad. De esta manera, se desdibuja la diferencia entre salud y conformidad social y *"la interacción del individuo con la sociedad con el*

*ajuste del primero a la segunda*”, como señala Sánchez Vidal (1999). Este modelo se encuentra detrás de algunas de las conceptualizaciones diagnósticas de la psiquiatría.

Los autores señalan que la utilización de este criterio no basta por sí solo para realizar una definición de lo que es salud.

#### d) Salud como estado ideal.

La salud estaría definida como la parte positiva del espectro que va desde la ausencia de síntomas o ausencia de trastorno, hasta un estado de funcionamiento óptimo de la persona. Tal estado es utópico, estableciéndose como objetivo que justifica las prácticas de promoción de salud.

Por otro lado, este estado ideal de salud es inconcebible si no se contempla el contexto social en que la situación de salud tiene lugar, lo cual implica que la operacionalización del concepto trae a la mano la necesidad de incluir variables psicológicas, sociales y culturales, las cuales se deben conjugar para el logro del estado efectivo de bienestar. Esto trae consigo la exigencia de incorporar en forma efectiva agentes de salud que actúen al nivel de estos distintos ámbitos para la promoción del estado buscado.

#### e) Salud como proceso.

La salud no es concebida como un estado o estructura estática, sino como un proceso dinámico que se desarrolla en la relación interactiva del sujeto con su entorno. Desde este concepto, también llamado *ecológico*, la salud resultaría de los ajustes e interacciones mutuas del individuo y el contexto de sistemas en los cuales está inmerso, lo que va asociado a la noción de multicausalidad. Según esta perspectiva, la salud es definida por referencia al entorno total del sujeto



(económico, físico, social, cultural), siendo un atributo de la interacción del individuo y los sistemas de los cuales forma parte y no del individuo mismo.

Este último modelo se complementa con el de Estado Ideal, y junto con éste, se considera más aportativo, debido a que contribuiría con elementos fundamentales para la superación de las limitaciones del modelo biomédico/dualista, pudiendo aportar a una conceptualización más amplia de la salud laboral, tema de interés central para el presente trabajo.

### **3.3. La responsabilidad del cuidado de la salud**

Hay variados estudios que evidencian las limitaciones de los profesionales del área de medicina respecto de la atención integral de la persona en el área de la salud (Goic, Florenzano y Velasco, 1984).

Dada la naturaleza de las enfermedades prevalentes en el medio ambulatorio, se ha sostenido que los médicos que ejercen la medicina general requieren de tantas o más destrezas psicosociales que biomédicas. El considerar al "enfermo" (la persona) como un todo bio-psico-social, es una condición que se hace cada vez más necesaria en el medio hospitalario, especialmente si se tiene en cuenta que alrededor del 70% de las personas que solicitan atención presentan dolencias en las cuales se pueden identificar en forma clara factores de índole psicológica y social.

Esto se contradice con el dato que señala que, los estudiantes de medicina poseen un mayor caudal de conocimientos y destrezas biomédicas y carecen de una preparación similar en el plano psicosocial (Goic, Florenzano y Velasco, 1984).

Según Venturini (1984), en la formación de pregrado se ha encontrado que los médicos, internos y estudiantes hacen referencia a la necesidad no satisfecha en la formación, en cuanto a conocimientos humanísticos tales como psicología social, sociología, antropología y ética médica, necesarios para poder ampliar la visión de la salud en un estudio que, por el contrario, se centra demasiado en la enfermedad, con ausencia de una visión global ecológica del proceso salud y enfermedad.

Según lo señalado por Boix i Ferrando (s/f, pág. 150):

*“Sin pretender negar radicalmente el valor de la práctica médica y sus logros en el terreno clínico individual, hay que analizar diversas consecuencias negativas de la “hegemonía médica” como son:*

*-Dificultad (¿imposibilidad?) que entraña la participación social activa en la identificación de los problemas de salud y en la búsqueda de soluciones.*

*-La reducción de los problemas sociales a problemas médicos, eso es la “medicalización” de la salud.*

*-La utilización de un lenguaje absolutamente incomprensible para la mayoría de la población (“argot médico”)*

*-La negación del valor de la experiencia de la población general y el reconocimiento exclusivo de los problemas de salud en tanto que definidos y clarificados por el médico.*

*-Se presupone un elevado grado de eficacia médica que no se corresponde con la realidad. Los principales cambios históricos en la salud han tenido que ver con los cambios en las condiciones de vida y de trabajo que con la práctica médica” (Boix i Ferrando, s/f, pág. 150)*

Todo lo anterior pone en evidencia la necesidad de que los médicos (agentes tradicionales de salud) continúen cumpliendo con eficiencia su papel en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más comunes, a la vez que



aprendan a trabajar más estrechamente con la comunidad y a contribuir a mejorar sus condiciones sociales, ambientales y sanitarias.

Lo anterior implica, desde otro punto de vista, que el cuidado y la promoción de la salud de la comunidad no debiera quedar en forma exclusiva en manos de los profesionales médicos, debiendo incluirse en forma cada vez mas significativa agentes orientados a intervenir en forma mas eficiente en aspectos de índole social y psicológico individual, entre otros tantos que influyen en la situación de cada individuo o grupo.

Se deduce también que la comunidad juega un papel preponderante en la mantención y promoción del estado de salud de sus miembros, pues es la comunidad y *en* la comunidad donde la práctica cotidiana de salud tiene lugar. Para la efectivización de este objetivo, es necesario comprender que no es posible una puesta en práctica de acciones en esa dirección si se sigue operando desde el entendimiento que provee el Modelo Médico, siendo necesario el desarrollo e implementación de un nuevo modelo que permita incluir como agentes válidos a los mencionados anteriormente, como podría ocurrir con los modelos llamados ecológicos, procesales o multicausales.

#### **3.4. Consideraciones acerca de los modelos ecológicos/procesales/multicausales.**

Tal como fue expresado con anterioridad, en 1946, la OMS definió la Salud, en su declaración de Alma Ata, como *"el estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades o dolencias"*.

A partir de esta definición es coherente hablar del *"proceso salud-enfermedad"*, proceso variable y dinámico de equilibrio entre el organismo humano y su

ambiente total, resaltándose en ésto la influencia notable de las relaciones humanas, psicológicas y sociales.

Esta definición se considera ampliamente difundida y aceptada, a pesar de que su aplicación pareciera no ser tan exitosa.

En primer lugar, se puede observar que en esta definición se considera a la salud en términos positivos, incluyendo la parte mental y social además de la biofísica, concordando tanto con las definiciones ecológicas como con las de estado ideal, realizando así una primera superación de la visión reduccionista asociada al modelo tradicional de atención en salud, pero a la vez contrastando con la creciente especialización de los agentes de salud y con la gran aceptación que tiene el modelo biomédico.

La visión crítica del modelo biomédico que se manifestaría en la definición de la OMS, ha llevado a la necesidad de desarrollar un nuevo paradigma, más holista y a un nuevo concepto de salud, que se haga cargo de efectivizar el enfoque biopsicosocial en el enfrentamiento de las situaciones de salud/enfermedad (Marín, Pastor y López, 1986), o sea, un abordaje que contemple la condición *multicausal* del fenómeno, lo cual ha derivado en una homologación de salud con el concepto de *bienestar* o *calidad de vida*, que en forma tácita aluden a variables que trascienden lo biológico.

Pese a lo anterior, esta definición ha sido criticada (Morales Catalayud, 1998) por su ambigüedad, dado que este estado de "completo bienestar" no es adecuadamente contextualizado, definiendo la salud como una cualidad que, según el autor, es demasiado amplia, dificultándose su operacionalización para su reconocimiento y promoción.



El homologar "salud" a "bienestar" o "calidad de vida" traería consigo la dificultad de definir este último en función de lo que cada cultura defina como tal, dificultándose la elaboración de indicadores de uso generalizado.

Se concluye a partir de esto que la conceptualización de la salud como un fenómeno cultural, implicaría la necesidad de otorgarle contenido al concepto en función de las diferencias que caracterizan a cada sociedad, acarreado esto la dificultad de evaluarla y efectivizarla en coherencia con las cualidades idiosincrásicas de cada pueblo o incluso, cada grupo social.

Haciendo una crítica a la definición OMS desde otro punto de vista, Milton Terris (1992, en Morales Catalayud, 1998), señala que la palabra "completo" que se incluye en la definición es cuestionable, dado que la salud, al ser un proceso dinámico, no es absoluto, señalando que existirían varios grados de salud. Esto es debido a que al entenderse como un continuo, salud y enfermedad no serían mutuamente excluyentes, pudiendo existir estados de salud que incluyan la presencia de dolencias que no afecten en forma significativa el bienestar del sujeto.

Señala además el mismo autor que la definición de la OMS adolece de ser completamente subjetiva, proponiendo la inclusión de criterios que permitan su objetivación. Para él, la salud es un estado de bienestar físico, mental y social que permite funcionar y no sólo la ausencia de dolencias, en donde la capacidad de funcionar opera como un parámetro objetivable desde donde evaluar la presencia del estado de salud o enfermedad.

Por otro lado, Morales Catalayud (1998, pág. 17) señala que al destacar la influencia de tantos factores en la configuración de un estado de salud, lo que ha sucedido es que se ha ido desdibujando lo que se incluye en el concepto en su definición positiva. Esto ocurre debido a que la inclusión de factores

biopsicosociales implica que se integren a la definición de salud factores tales como los económicos, demográficos o ambientales, los cuales generan la necesidad de mirar hacia otros dominios y movilizar a otros agentes y recursos para el logro del estado de salud buscado, lo cual es difícilmente concebible y operacionalizable desde el modelo biomédico y la forma que toma la política social en salud actualmente.

Finalmente, abordando el tema de manera amplia, Pérez Lovelle (1987, en Morales Catalayud, 1998) destaca que la aproximación a un concepto de salud debe partir reconociendo que ésta es un conjunto de cualidades sistémicas complejas, de manera que la definición de una sola, difícilmente puede conducir a una dilucidación del fenómeno en su complejidad, de modo que a un conjunto de cualidades corresponderá un conjunto de definiciones parciales. Para el autor la salud sería simultáneamente:

- Ausencia de daño morfológico.
- Ausencia de limitaciones funcionales.
- Determinado nivel de bienestar subjetivo.
- Determinado nivel de bienestar social, o sea, de posibilidades sociales de desarrollo del individuo en el plano económico, cultural, etc.
- Determinado nivel de desarrollo de la personalidad, referido a la autorrealización de las potencialidades productivas de la personalidad y su autodomínio.

El nivel de salud individual dependería entonces de las complejas interrelaciones de este conjunto de cualidades, las que operan en forma interdependiente, debiendo entenderse en su conjunto y no por separado, ya que dependen en su definición de parámetros culturales y no universales.



### 3.5. Implicancias del modelo Bio-Psico-Social de Salud.

Como se ha señalado anteriormente, al observar la práctica de los agentes de salud se puede constatar que, en la actualidad, se ha ido introduciendo paulatinamente la tendencia que considera la multicausalidad en la conformación de la enfermedad, proceso que se ha dado en ocasiones como el intento de aplicación de visiones contradictorias, resultando usualmente en una práctica que aspira a realizar una visión sistémica del sujeto, pero que finalmente ve con dificultad el desprenderse de las profundas implicancias que tiene la arraigada mirada dualista.

Si se considera el punto de vista que señala que la salud/enfermedad es una variable multicausal, se hace necesario abordar en forma más profunda las implicancias dicho concepto.

A la hora de utilizar el prefijo "*multi*" se evidencia que tiende a entenderse como una serie de factores que operan por agregación o adicción para producir la salud o enfermedad de un sujeto.

En el estudio de la causalidad de los estados patológicos (uno de los pilares sobre los cuales se fundamenta el desarrollo de la disciplina médica) se ha postulado un modelo de tres factores: *agente*, *huésped* y *medio ambiente*. Se entiende por *agente* a los factores responsables de la enfermedad, el *huésped* es el sujeto de ésta, mientras *medio ambiente* es el lugar donde ocurre la interacción entre los elementos anteriores.

Según Morales Catalayud (1998), el enfoque biomédico ha tendido a aplicar este modelo "*medio/agente/huésped*" desde una visión lineal, en donde cada elemento opera como un elemento estanco (el ejemplo clásico es el del proceso infeccioso, en donde el agente ataca a un sujeto que no tendría injerencia en el desarrollo de

la enfermedad), mientras que lo que al parecer ocurre, es que los tres elementos interactúan entre sí, siguiendo patrones de potenciación o atenuación recíproca, en los cuales no puede obviarse la variable temporal (como ocurre en las enfermedades crónicas), acercándose así a un concepto interaccional (López, Parada y Simonetti, 1984) de salud, que es finalmente al fenómeno que alude la palabra "*multicausalidad*".

Esta visión multicausal puede ser aplicada en casos en los cuales el comportamiento del propio individuo desarrollará la enfermedad o bien en situaciones en las cuales el sujeto potencia como agentes nocivos a elementos del medio que, en circunstancias distintas, no serían nocivos. Es además más consistente aplicar tal enfoque a circunstancias en las cuales algún comportamiento o agente causal se transforma en tal, sólo después de la exposición o práctica reiterada, tal como ocurre con muchas enfermedades no transmisibles crónicas, incluyendo en este caso, la variable *tiempo*.

Este modelo, al reconocer la existencia de este tipo de procesos en los cuales es una agregación de factores interactuantes en forma constantes los que producen el estado de enfermedad (y de salud), permite que otras disciplinas, como es el caso de la psicología, comiencen a ocupar un lugar de importancia en el logro del ansiado estado de bienestar.

Esto es así ya que, en el caso de las enfermedades en las cuales no es posible delimitar el agente infeccioso que la genera, las medidas pueden dirigirse a regular comportamientos (a veces comportamientos arraigados en las rutinas diarias), incidir sobre las motivaciones individuales y sus determinantes, e influir en el diseño de ambientes favorables, tareas en las cuales la psicología puede aportar, desde sus aplicaciones clínica, organizacional y comunitaria.



La intervención de los profesionales de salud debe entonces orientarse a encontrar las medidas adecuadas para reducir la susceptibilidad del huésped, la “agresividad” del agente o la potencialidad nociva del ambiente, pero definidas todas estas variables desde un punto de vista amplio y visualizadas en su dinámica.

Los aspectos más relevantes de esta nueva concepción de salud son:

- La salud debe concebirse como un proceso.
- Al abordar la temática de la salud, su complejidad requiere un abordaje multicausal.
- Los factores que inciden en la salud/ enfermedad deben considerarse en relación circular y no lineal.
- La salud es un concepto dinámico y cambiante, cuyo contenido varía según las condiciones históricas, sociales y culturales de la comunidad que lo formula. Desde este punto de vista, *la percepción de los sujetos es un factor clave en la definición de su situación personal de salud o enfermedad.*
- La promoción de salud requiere de una acción interdisciplinaria, que coordine los aportes de médicos, psicólogos, otros profesionales competentes en el tema y la comunidad.
- La salud es un problema social y político y no un problema individual. Por lo tanto requiere de la participación activa de la comunidad en su formulación y la gestión de recursos y servicios sanitarios.
- Desde una visión amplia de salud, la participación de la comunidad o de agentes externos a los servicios de salud tradicionales toma la mayor relevancia. El cuidado de la salud trasciende el dominio de los servicios de salud.

### 3.6. Sobre la Psicología de la salud

Según Morales Catalayud (1998), la psicología de salud emerge como disciplina con los estudios que surgen paralelamente durante el año 1974 en Cuba (Sociedad Cubana de Psicología de la Salud) y Estados Unidos (Universidad de California).

En 1980, Matarazzo entrega una definición de psicología de la salud que ha contado con amplia aceptación que refiere que ésta es el conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria.

Según Stone (1988), destacado psicólogo de la salud norteamericano, el dominio de la psicología de la salud es la intersección del sistema total de salud con todo el conocimiento o técnica psicológica, es decir, consiste en la aplicación de cualquier conocimiento psicológico a cualquier problema del sistema de salud (individuales y sociales).

Morales Catalayud (1998) la describe como: *"...la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud. Consecuentemente, a la psicología de la salud le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud..."* (pág. 55).



Como se puede observar, la última de estas definiciones reconoce la necesidad de entender la psicología de la salud desde un punto de vista ecológico, coincidiendo con el enfoque que se considera más amplio a la hora de entender y abordar los temas asociados a la mantención o logro de un estado de salud o bienestar, por lo que será la definición que se asumirá como más completa y generadora de posibilidades de acción a la hora de hablar de psicología de la salud.

Desde este nuevo punto de vista, al hacer una reconceptualización de los problemas de la salud pública contemporánea, la psicología puede ocupar un rol primordial a la hora de colaborar en la mejora de las condiciones de salud de la población.

Desde este nuevo enfoque, algunos de los objetivos planteados para una psicología de la salud serían:

- La promoción y el mantenimiento de la salud a través de programas de educación para la salud y de campañas para motivar estilos de vida y conductas saludables. Estos programas serían diseñados tanto para escolares como para grupos sociales específicos.

Se alude en primera instancia a la educación en salud, dado que se considera de relevancia primordial que sea la *salud primaria*, es decir el desarrollo de hábitos saludables, el primero y más fundamental de los pasos orientados a lograr una sociedad saludable, tomando en consideración que no es posible aspirar a la efectivización de la definición de salud en un contexto social donde la situación de precariedad sea parte de la experiencia de gran parte de la población.

- La prevención y el tratamiento de la enfermedad por medio del desarrollo de programas de rehabilitación y medidas preventivas, también específicas.

La especificidad de la atención es una meta que cobra sentido para la intervención en un espacio en donde la valoración personal y grupal de

ciertas situaciones es uno de los elementos primordiales que permiten el desarrollo de estrategias eficientes.

- La identificación de enfermedades y sus causas, lo que permite constatar la relevancia de los factores de personalidad, o la participación de procesos perceptuales o fisiológicos específicos en ciertos problemas de salud.
- La mejora del sistema de cuidado de la salud y de la política sanitaria, investigando el grado con el que los pacientes pueden verse afectados por las características de los hospitales, el personal médico, los costos médicos, etc.
- El apoyo en el desarrollo de ambientes saludables, como es el caso del medio laboral, escolar o de cualquier organización humana que represente un espacio significativo para las personas que lo conforman.

Esta disciplina abarca, por lo tanto, una serie de acciones como: investigación, educación y asesoría, diagnóstico, intervención y rehabilitación en diversas organizaciones.

Incluye también la intervención psicológica en enfermedades crónicas, transmisibles y no transmisibles, discapacitados físicos, adicciones a sustancias psicoactivas, pacientes con dolor crónico, la familia del "enfermo", trabajo con pacientes terminales y su familia, salud reproductiva, salud ocupacional y manejo del equipo de salud. Dentro de estas áreas, la psicología de la salud se desarrolla actualmente en las siguientes direcciones:

- Trabajo con los comportamientos como factores de riesgo.
- Abordaje de las cogniciones acerca de la salud.
- Comunicación, toma de decisiones y adherencia al tratamiento.
- Medio Ambiente en el que se dan los tratamientos.
- Afrontamiento de la enfermedad y la incapacidad.



Todas estas, en operación (aún precaria en Chile) en los sistemas hospitalarios o de salud primaria, donde se encuentra en lento desarrollo, observándose aún una muy básica instalación del modelo en las otras áreas antes mencionadas, y especialmente en este caso a organizaciones laborales.

### **3.7. Hacia un concepto de estrés laboral.**

El interés en desarrollar un apartado que aborde en forma específica el concepto de estrés estriba, en primer lugar, en que este término podría ser el más claro exponente al analizar la dinámica interrelacional que se establece en el individuo entre el ámbito físico y psíquico. En segundo lugar, diferentes estudios realizados en Chile revelan que los malestares asociados al estrés laboral constituyen unos de los problemas mas frecuentes que afectan a mujeres trabajadoras o de sectores que emplean mayoritariamente fuerza femenina de trabajo (Echeverría y Bustamante, 1990; Echeverría, Bustamante y Parra, 1990; Duhart y Weinstein, 1991; Díaz y Henríquez, 1993; Díaz y Shlaen, 1994; Medel y Riquelme, 1994; Díaz, Medel y Salen, 1994; Grau et al., 1991; Parra, 1993; todos en Díaz, 1996)

La compleja naturaleza del estrés se produce tanto por la multitud y variabilidad de las causas que lo provocan (sujetas a la interacción de varios factores) como por sus consecuencias con manifestaciones psicósomáticas e implicaciones en la conducta del individuo y con una gran variabilidad interindividual.

Una definición que tiene gran aceptación y que tal vez ofrezca una información que posibilite identificar al estrés psicosocial, es la de Mc Grath (1970, en Morales Catalayud, 1998) que señala que el estrés es un desequilibrio sustancial

(percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta (del individuo) bajo condiciones en la que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias (percibidas).

Esta definición hace referencia a un proceso homeostático que es resultado del balance entre las demandas de la realidad (estresores) y la capacidad de respuesta del individuo, siendo modulado este balance por la percepción que el individuo tiene de sí mismo y del mundo. La actuación de estos estresores en la generación del estrés se relaciona con su intensidad o magnitud, a la acumulación de varios de ellos o a su mantención en el tiempo.

Cuando se habla de estrés se hace referencia a un fenómeno con dimensiones fisiológicas y psicológicas. Algunos autores distinguen entre estrés fisiológico o biológico (movilización general del organismo frente a un agente de estrés) y estrés psíquico (movilización psíquica ante un agente de estrés). Sin embargo, con esta distinción se oculta una de las claves necesarias para la comprensión del estrés: la continuidad existente entre el ámbito físico y psíquico, dado que en la realidad humana, los aspectos físicos y psíquicos no siguen procesos paralelos ni aislados sino que aparecen interrelacionados e interactuantes.

Álvarez González (1987, en Morales Catalayud, 1998, pág. 94), en una completa y explicativa definición, señala que:

*“...los aspectos de una definición de estrés deben ser los siguientes:*

- a) Es una respuesta del organismo ante estimulaciones que tienden a romper su homeostasis, las que pueden ser de origen psicosocial, físico o biológico.*
- b) Esta respuesta es de tipo sistémico, e integra los niveles psicológico, neurológico y endocrino.*



- c) *Es una respuesta parcialmente inespecífica, lo que quiere decir que en algunos niveles la respuesta puede ser estereotipada o independiente de la naturaleza del estímulo.*
- d) *El carácter estresante de un estímulo de carácter psicosocial no lo da el estímulo como tal, sino la significación atribuida a ese estímulo por el sujeto, unido a experiencias previas, grado de control sobre el ambiente, etc.*
- e) *Tanto la significación atribuida como la respuesta psicológica tiene estrechamente vinculados sus componentes afectivos y cognoscitivos.*
- f) *La respuesta del estrés es activa e influye tanto sobre el estímulo psicosocial como sobre la significación atribuida.*
- g) *La vida social es el primer eslabón en la cadena de respuestas psiconeuroendocrinas”.*

Según esto, la significación del efecto de un estímulo, y no el estímulo en sí mismo, es el gatillador de respuestas cognitivas, afectivas y neuroendocrinas, evidenciando la continuidad de estos dominios y una luz sobre la forma en que el significado atribuido a diversas situaciones puede vincularse con la emergencia de situaciones de deterioro de la salud.

La importancia de abordar el término es porque, desde diferentes perspectivas metodológicas, se han realizado investigaciones que confirman la relación de este proceso con el desarrollo de enfermedades (Morales Catalayud, 1998)<sup>1</sup>.

En la aplicación del modelo al medioambiente laboral, se hace referencia a todo tipo de exigencias y características del trabajo y de su organización, que pueden ser factores desencadenantes del estrés. Sería la naturaleza de la respuesta de

---

<sup>1</sup> Se le relaciona con alteración del metabolismo de los lípidos (Dimsdale y Herd, 1982); con la hipertensión arterial (Halburg y cols, 1973; Theorell y cols; 1985; Shapiro, 1993); Infartos del miocardio (Theorell, 1986); deterioro de la respuesta inmunológica (Garfield, 1986; Borisenko y Borisenko, 1983; Bayes, 1988; Lancet Editorial, 1987), (todos en Morales Catalayud, 1998).

cada sujeto a estas demandas lo que estaría a la base de la generación de una situación de estrés y un potencial deterioro prolongado de la salud.

Lo anterior implica que los estresores son factores que deben ser considerados tales por el sujeto que los percibe, lo que dificulta su categorización, aun cuando existen estudios que reconocen los siguientes factores como potenciales estresores laborales (Cárdenas, 1999):

- *Sobrecarga de trabajo*: El volumen, la magnitud o complejidad de la tarea (y el tiempo disponible para realizarla) está por encima de la capacidad del trabajador para responder a esa tarea.
- *Infracarga de trabajo*: El volumen del trabajo está muy por debajo del necesario para mantener un mínimo nivel de activación en el trabajador.
- *Infrutilización de habilidades*: Las actividades de la tarea están por debajo de la capacidad profesional del trabajador.
- *Repetitividad*: No existe una gran variedad de tareas a realizar (son monótonas y rutinarias) y/o son repetidas en ciclos de muy poco tiempo.
- *Ritmo de trabajo*: El tiempo de realización del trabajo está marcado por los requerimientos de la máquina, concediendo la organización poca autonomía para adelantar o atrasar su trabajo al trabajador.
- *Ambigüedad de rol*: Existe una inadecuada información al trabajador sobre su rol laboral y organizacional.
- *Conflicto de rol*: Existen demandas conflictivas, o que el trabajador no desea cumplir. Oposición ante las distintas exigencias del trabajo, conflictos de competencia.
- *Relaciones personales*: Problemática derivada de las relaciones (dependiente o independientes del trabajo) que se establecen en el



ámbito laboral tanto con superiores y subordinados como con compañeros de trabajo.

- *Inseguridad en el trabajo*: Incertidumbre acerca del futuro en el puesto de trabajo.
- *Promoción*: La organización dificulta o no ofrece canales claros a las expectativas del trabajador de ascender en la escala jerárquica.
- *Falta de participación*: La empresa restringe o no facilita la iniciativa, la toma de decisiones, la consulta a los trabajadores tanto en temas relativos a su propia tarea como en otros aspectos del ámbito laboral.
- *Control*: Existe una amplia y estricta supervisión por parte de los superiores, restringiendo el poder de decisión y la iniciativa de los trabajadores.
- *Formación*: Falta de entrenamiento o de aclimatación previo al desempeño de una determinada tarea.
- *Cambios en la organización*: Cambios en el ámbito de la organización que suponga por parte del trabajador un gran esfuerzo adaptativo que no es facilitado por la empresa.
- *Responsabilidad*: La tarea del trabajador implica una gran responsabilidad (tareas peligrosas, responsabilidad sobre personas.)
- *Contexto físico*: Problemática derivada del ambiente físico del trabajo, que molesta, dificulta e impide la correcta ejecución de las demandas del trabajo y que en algunos momentos por su peligrosidad puedan provocar en el individuo un sentimiento de amenaza.

Según Morales Catalayud, además existe consenso respecto de la influencia de ciertas *características personales* en la producción de estrés. Esto significaría que ellas aumentarían la vulnerabilidad a responder con estrés frente a determinadas situaciones o demandas. Esas características están afectas a una

gran variabilidad interindividual e incluso, son variables en un mismo individuo a lo largo de su historia personal.

Las características individuales que tienen mayor aceptación en su asociación a la emergencia de estrés son:

- *Personalidad tipo A*: Hace referencia a una tipología de personalidad característica que se manifiesta en ciertos sujetos como un interés desmesurado por la perfección y por el logro de metas elevadas, una implicación muy profunda con su profesión (hasta el punto de considerar el trabajo como el centro de su vida), que lleva al desarrollo de grandes esfuerzos, a una tensión constante, a una incapacidad de relajarse y a una preocupación constante por el tiempo (nunca encuentran tiempo suficiente para hacer todo lo que quisieran). Estos sujetos son activos, enérgicos, competitivos, ambiciosos, agresivos, impacientes y diligentes. Este tipo de personalidad no es un rasgo estático de personalidad sino un estilo de comportamiento con el que las personas responden habitualmente ante las situaciones y circunstancias que les rodean y como consecuencia, es factible de ser modificado en un proceso de intervención terapéutica o psicoeducativa.
- *Dependencia*: Las personas poco autónomas toleran mejor un estilo de mando autoritario y un ambiente laboral muy normalizado y burocratizado. Sin embargo, tendrían más problemas que las personas más independientes en situaciones que implican tomar decisiones o cualquier tipo de incertidumbre y ambigüedad. Tendrían menos facilidad para delimitar el ámbito laboral del extralaboral y, por lo tanto, pueden abstraerse con más dificultad de la posible problemática en su ámbito laboral.
- *Ansiedad*: Las personas ansiosas experimentan mayor nivel de conflicto que las no ansiosas, debido a que, entre otras cosas, presentan mayor



interferencia emocional que dificulta la toma de decisiones frente a situaciones complejas.

- *Introversión*: Ante cualquier problemática, los introvertidos reaccionarían más intensamente que los extrovertidos, ya que son menos receptivos al apoyo social.
- *Rigidez*: Las personas rígidas presentan un mayor nivel de conflicto y de reacciones desadaptadas que las personas flexibles, especialmente en situaciones que implican un cambio y que requieren un esfuerzo adaptativo.
- *La formación, las destrezas y conocimientos adquiridos, la experiencia y la capacidad (intelectual y física)*: Estos elementos tienen capital importancia como fuente de estrés, por la posible incongruencia que se puede dar entre la posición ocupada (o el trabajo desempeñado) y la capacidad o capacitación del trabajador. Así, la posición ocupada puede requerir de capacidades y conocimientos superiores al nivel de preparación de la persona, o bien al contrario, la capacidad de la persona puede estar por encima de lo que requiere el puesto que ocupa y ser esto una fuente de frustración e insatisfacción. Por otro lado, la mala condición física y los malos hábitos de salud pueden disminuir de alguna manera la capacidad de enfrentarse a los problemas de trabajo.
- *Las necesidades y aspiraciones del individuo*: Las necesidades de contacto social, de intimidad, de reconocimiento personal o de autorrealización pueden influir en la generación de estrés en la medida que son el punto de partida para el surgimiento de expectativas que pueden manifestarse en términos de exigencias específicas que tensionan a los sujetos.

Es necesario recalcar que estas características no son condiciones estáticas, sino que emergen en distintos sujetos en ciertos contextos específicos (como por ejemplo en los enunciados anteriormente), no siendo ésta una pauta rígida que

permita determinar con certeza la emergencia de una respuesta de estrés, la cual es dependiente de condiciones de la relación individuo-entorno, de manera que son sólo una guía para el diagnóstico y posterior intervención orientada a la búsqueda del estado de salud/bienestar o el cese de el malestar/enfermedad en el espacio de trabajo.

### 3.8. Salud laboral

El concepto usado en la actualidad de salud ocupacional es el que se plasma en la legislación laboral.

En concordancia con el modelo médico, la salud laboral se restringe a :

*“...la causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte”*. (Ley 16.744, de Enfermedades Profesionales).

Este tipo de enfermedades se enuncian en una lista establecida por la legislación vigente, la cual especifica los elementos o sustancias riesgosas relacionadas causalmente con cada enfermedad profesional (Ley N° 16.744, de Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales).

Este enfoque, dada su concordancia con el Modelo Médico, sigue señalando a la enfermedad como provocada por un agente aislado y cuyo tratamiento consiste en la eliminación del agente patógeno.

Es así como en el sistema actual de salud ocupacional las enfermedades que no tienen como única causa el trabajo o en las cuales no se puede demostrar con claridad qué las causa, quedan fuera de la cobertura de la legislación actual y no se reconocen como laborales, sino que se asumen como causadas por variables personales.



A este enfoque acerca de la salud ocupacional, que reduce el estudio del estado de salud de los trabajadores al de las causas inmediatas referidas al ambiente o factores técnicos y el estudio de las enfermedades del trabajo, a las consecuencias derivadas del proceso de trabajo técnico, se le ha llamado "*visión reduccionista del trabajo y la salud*" (Díaz, X., 1996, pág. 290).

Desde esta visión, biologicista, lineal y unicausal, los daños de salud generados por factores de riesgo menos visibles (como los relacionados con las características de las organizaciones laborales) o bien los cuales en que el proceso se produce con el tiempo, no son contemplados.

Lo mismo ocurre con los factores de salud que confluyen en una definición ecológica de la misma, como son los factores asociados, por ejemplo, el género como la discriminación o doble jornada, los cuales no son incluidos como factores de riesgo (Messing, Seinfert y González, 1998, pág. 18).

Boix i Ferrando (s/f) señala que el punto de vista que se plasma en las legislaciones laborales se desprende del hecho de que el proceso de producción capitalista visualiza el trabajo desde su vertiente técnica, sin tener en cuenta la vertiente social de éste. De eso se derivan una serie de consecuencias que reducen el campo de la investigación de las causas a las puramente inmediatas (factores de riesgo ambiental, factores de ingeniería); la reducción de las enfermedades del trabajo a las específicas evidentes derivadas del proceso de trabajo técnico (fatalismo técnico), los accidentes del trabajo (evidencia incuestionable), las enfermedades profesionales específicas (solamente en los casos en que es imposible negar la relación) y la reducción de los procesos colectivos a procesos individuales, lo cual contribuye a ocultar la relación salud/trabajo.

La compensación económica por el daño a la salud es coherente con este marco de parcialización y ceguera frente a relaciones que, desde un marco interaccional, se hacen evidentes.

En concordancia con esto, se puede señalar que la medicina ocupacional tradicional no reconoce diferencias de género en la exposición a factores de riesgo en el trabajo, salvo aquellos vinculados con la salud reproductiva.

Esto, según Valls Llobet (1998), es porque el modelo invisibiliza una serie de circunstancias a las que están expuestas las mujeres por condicionamientos de género, debido a que los estudios acerca de la salud laboral parten del prejuicio que señala que las condiciones para hombres y mujeres son igualitarias, generándose un círculo vicioso, dado que esa consideración produce que factores de género no sean considerados en los estudios y al no ser considerados, estos permanezcan invisibles.

Es así como existe el prejuicio que el trabajo de la mujer no tiene riesgos, por lo que no se desarrollan programas de prevención en los empleos que ocupan las mujeres, lo que hace que no se descubran los riesgos. Como consecuencia, cuando las mujeres contraen una enfermedad relacionada u ocasionada por el trabajo, pero que no está contenida en el Listado de Enfermedades Profesionales, no pueden reclamar indemnización basándose en factores de riesgo conocidos, ya que sus afirmaciones no son respaldadas por los responsables de la salud y la seguridad. Esto es preocupante ya que, según Díaz, X. (1996), *"es la sintomatología inespecífica la que domina el perfil de salud-enfermedad de la mujer"* (pág. 193).

Criticado desde otro punto de vista, el modelo en el que se fundamenta la Ley Contra Accidentes y Enfermedades Profesionales, se basa también en un



concepto de trabajo que ha variado de manera considerable en los últimos años, en función del cambio en las condiciones sociales del empleo, generadas a partir de la aplicación de las políticas de ajuste estructural (Díaz, X., 1995).

Tal como se señaló anteriormente, cerca del 50% de los trabajadores y trabajadoras (Díaz y Medel, 2001) queda fuera de los beneficios de la ley, por desempeñar trabajos no tradicionales (trabajo a tiempo parcial, doble jornada, pluriempleo, comercio ambulante, trabajo a domicilio, etc.), cualidades que aparecen en forma más frecuente en el género femenino.

Como señalan las mismas autoras:

*“estas concepciones acerca de la salud laboral ejercen una influencia negativa sobre la salud de las mujeres, ya que éstas se concentran en los trabajos más precarios, atípicos, invisibles y, por lo tanto, desprotegidos, y a que en estos trabajos están mayormente expuestas a riesgos de salud inespecíficos, cuya vinculación con las condiciones de trabajo es difícilmente reconocida por la salud ocupacional; y porque la carencia de una visión integral de la salud de los trabajadores se expresa, en el caso de la salud de la mujer, en la no consideración de las labores domésticas como una forma de trabajo”* (Díaz y Medel, 2001, pág. 15).

Se puede decir entonces, que las mujeres se insertan en los trabajos más “atípicos”, más precarios y más desprotegidos de la seguridad social, y que las condiciones en que dichos trabajos se realizan, dan lugar a un perfil de salud con predominio de enfermedades inespecíficas que no son reconocidas como laborales, lo que refuerza aún más la condición de desprotección de quienes las viven.

Los riesgos de salud a los que está expuesta la mujer son, preferentemente, de tipo inespecífico, generando enfermedades que tienen un comienzo indefinido y

se desarrollan de forma paulatina, no resultando fácil decidir cuál es la injerencia directa de los factores relacionados con el trabajo remunerado y cuál la relacionada con otras labores que las mujeres desarrollan en el ámbito privado.



### III. METODOLOGÍA

#### 1. Reflexiones acerca de la elección del marco metodológico.

La lógica científica ha representado una forma particular de conocer y acercarse al mundo, definiendo métodos y metodologías que permiten acceder al conocimiento de la realidad.

En el caso de las ciencias naturales, históricamente la utilización del método científico significó asumir, por un lado, que se realiza un estudio acerca de un fenómeno u objeto que se encuentra separado del sujeto que investiga, el que mantiene una distancia que, en teoría, permitiría el conocimiento objetivo de dicho objeto. Por otro lado, este acercamiento usualmente toma la forma de un proceso en el cual se disecciona la realidad en una serie de eventos (objetos, sujetos, sucesos), los cuales son observados en forma individual. La pericia del modelo consiste en la atomización cada vez más fina de los fenómenos observados.

Esta forma de acercamiento a la realidad ha significado grandes avances en el conocimiento y manejo de diversos fenómenos naturales, aunque ha sido recurrentemente cuestionado en su aplicación a los fenómenos sociales, debido a que éstos aluden a procesos subjetivos, a los cuales difícilmente se puede acceder desde una perspectiva atomista, que impide observar el fenómeno en su totalidad sistémica.

Es en función de esta realidad que se han desarrollado modelos que se orientan a permitir el conocimiento de estas realidades sociales complejas, con una serie de instrumentos y un cuerpo teórico que se engloba dentro de la Metodología Cuantitativa.

La Metodología Cualitativa y los métodos que se incluyen dentro de ésta, aspiran hacerse cargo de la influencia del investigador en lo estudiado, intentando considerar los fenómenos dentro de un contexto particular, no escindiéndolos de las conexiones que son parte sustancial de su realidad. Así, por ejemplo, se intenta comprender el operar de los sujetos desde dentro de su marco referencial, para lo cual se hace necesaria una visión holística de ellos.

En este marco, el investigador participa dentro de la realidad estudiada y por lo tanto es entendido como otro actor más al interior de esta, reconociendo la participación de sus ideas, sentimientos, y emociones en el acto del conocer. Canales y Binimelis (1994) señalan el respecto que un elemento central a considerar en cualquier investigación es que el dato producido resulta de una interacción entre el investigador y lo investigado, de modo que se puede afirmar que las técnicas de investigación, *no recolectan datos sino que los producen*.

A pesar de que en una primera instancia ambas metodologías: cualitativa y cuantitativa, tendieron a oponerse, la tendencia actual es a la complementación, diferenciando las metodologías como formas distintas de intervenir y registrar los datos que producen.

Ortí (1994, págs. 88-89) señala que los fenómenos sociales implican "*tanto aspectos simbólicos como elementos medibles*", planteando que la dicotomización radical implica la opción por uno u otro, generando una "*absolutización excluyente, en lugar de reconocer sus respectivas limitaciones y mutua complementariedad*".

Canales y Binimelis (1994) apuntan al hecho de que las observaciones cuantitativas ganan en precisión lo que pierden en potencia de descubrimiento o



hallazgo, mientras que los modelos cualitativos ganan en potencia descubridora lo que pierden, inevitablemente, en precisión de la información.

En el caso de la presente investigación, se ha considerado que, dado su carácter descriptivo, es apropiado el uso de una metodología cualitativa que permita acceder al mundo fenoménico de las personas que forman parte de la muestra, y que permitiría eventualmente delimitar en forma más clara un campo de investigación, con el objetivo de afinar la mirada sobre ciertos fenómenos de interés que emerjan durante este proceso de revisión inicial.

Es necesario detenerse en este momento sobre un punto de importancia central a la hora de entender la forma en que se realiza este acercamiento, y es el referido al tema acerca del paradigma en el cual se enmarca la investigación.

La existencia de diversos paradigmas en las Ciencias Sociales, es resultado según Krause (1995) de la divergencia de respuestas en torno a cuatro preguntas centrales. Citando a Guba, (1990, Krause, 1995) plantea que las preguntas son las siguientes: una de carácter *ontológico*, respecto de la *naturaleza de lo que se conoce* y al *contenido de la realidad*. La segunda pregunta es la referida a la *epistemología*, es decir *cuál es la carácter de la relación entre lo conocido y el que conoce*. La pregunta final es respecto de la *metodología*, es decir, a los instrumentos que se ocuparán para realizar el acercamiento.

Como respuesta a estas preguntas, se puede señalar que el presente estudio se enmarca dentro de un *paradigma interpretativo*, es decir que se reconoce que la realidad depende de los significados que las personas les atribuyen, siendo los *significados* los elementos sobre los cuales se construye la realidad social, lo que justifica la preocupación por el proceso de interpretación que las personas hacen acerca de lo que les sucede y que, finalmente constituye la realidad que viven.

Lo anterior implica que la posición del investigador será la de un sujeto que se ubica dentro de la realidad estudiada, como un observador que participa de ella,

a fin de poder comprender sus significados. Vacilachis de Gialdino (1992), citado por Krause (1995) señala lo siguiente a este respecto: "el científico social no puede acceder a una realidad simbólicamente estructurada, sólo a través de la observación: Deberá hasta cierto punto pertenecer al mundo estudiado ( o compenetrarse con él) para poder "comprenderlo" (es decir interpretarlo), porque los significados sólo pueden ser alumbrados desde dentro". Según la autora, se habla entonces de una metodología *interpretativa-participante*.

En este capítulo se realiza una presentación de los objetivos de investigación, explicitándose la forma que toma el diseño de investigación, mencionando las características del colectivo de referencia y la forma en que se seleccionó la muestra. Finalmente se exponen los ejes temáticos que se abordaron durante el proceso de generación de datos y la forma en que fueron analizados estos luego de su recolección.

## 2. Objetivos

### *a. Objetivo general*

Explorar la percepción de salud y las relaciones entre la salud y la experiencia de trabajo, que presentan mujeres trabajadoras, residentes en la Región Metropolitana.

### *b. Objetivos específicos*

- Describir el contexto social en el cual están insertas las trabajadoras.
- Indagar los significados que asignan las trabajadoras a los conceptos de "salud" y "enfermedad".



- Indagar los significados que las trabajadoras atribuyen al concepto de “salud laboral”.
- Explorar los problemas de salud de las trabajadoras, de acuerdo con su discurso.
- Explorar, a través del discurso de las trabajadoras, los factores a los que estas atribuyen su estado de salud.
- Explorar las estrategias desarrolladas por las trabajadoras para enfrentar las problemáticas de salud que las afectan.
- Indagar si las trabajadoras establecen relaciones entre sus problemáticas de salud y sus exigencias a nivel laboral y familiar.

### 3. Tipo de investigación.

Este estudio ha sido definido como de carácter exploratorio y descriptivo, el cual se realiza desde un enfoque cualitativo.

La elección de una metodología cualitativa se fundamenta en que ésta presenta, como se mencionó anteriormente, características que hacen adecuado su uso a la hora de acercarse a procesos sociales que poseen ciertas complejidades que son abordables sólo desde un enfoque que aborde los fenómenos en forma holista. Se señala, además, que esta metodología tiene carácter *naturalista*, lo que alude a la capacidad de adentrarse en contextos sociales complejos, para comprenderlos en su lógica interna.

Por lo mismo se dice que el objeto de estudio de la metodología cualitativa es *preliminar*, ya que se da inicio al proceso con preguntas amplias acerca del área a investigar, conociéndose ésta sólo luego de finalizado el estudio. Esto ocurre mediante un proceso de delimitación, aclaración o bien descarte de las ideas iniciales, que toma la forma de un proceso dialéctico, en donde interactúan las posiciones del sujeto de estudio con las del investigador, quien es principal instrumento de recolección y análisis de datos.

El investigador se acerca al objeto de estudio con sus propias creencias y visiones acerca de la realidad, por lo que no debe desconocer la influencia que ejerce en la producción de datos durante el proceso de investigación. A pesar de esto, se exige al investigador acercarse a una actitud de "neutralidad", requiriéndose que logre apartar o por lo menos estar conciente de las propias creencias, perspectivas y predisposiciones (Krause, 1995).

Se optó entonces por este tipo de metodología, dado que ésta permitiría conocer el discurso de las mujeres que forman parte del grupo seleccionado, respecto del tema de estudio: *la percepción subjetiva de un grupo de mujeres trabajadoras respecto de las experiencias asociadas a la realización de su trabajo y de esto con su vivencia de salud*. Dichas opiniones fueron ubicadas en un contexto dado por las características propias de las entrevistadas, las cualidades del trabajo que desempeñan, sus realidades laborales y personales particulares, entre otros ámbitos temáticos abordados, de manera de considerarse la complejidad de sus opiniones, las percepciones y significados que atribuyen a su realidad.

#### **4. Diseño de la investigación**

En concordancia con los criterios en los que se fundamenta la investigación cualitativa, respecto al objetivo de conocer el objeto de estudio desde su lógica



interna, el diseño de investigación debe permanecer flexible, de manera de poder acomodar el proceso según los datos que vayan surgiendo durante el proceso de investigación (Krause, 1995).

En el diseño metodológico *no se contemplan la formulación de hipótesis ni la consideración de relaciones causales entre las variables consideradas, debido a que estos procedimientos no son coherentes con las características mencionadas acerca del enfoque cualitativo y del carácter del estudio.*

##### **5. Colectivo de referencia y muestra.**

El colectivo de referencia de este estudio está conformado por mujeres trabajadoras de una institución de venta de intangibles de la Región Metropolitana, que desempeñan tareas de responsabilidad dentro de sus hogares, cuyas edades oscilan entre los 25 y 45 años.

La muestra utilizada es de tipo estructural o intencionada, no teniendo representatividad estadística. Se trabaja con una *muestra teóricamente guiada*, definida por la investigadora en concordancia con ciertas características consignadas como relevantes para los objetivos y necesidades de la investigación. Como señalan Taylor y Bogdan, al realizar el muestreo teórico, el número de "casos" estudiados tiene poca importancia. Lo importante es el potencial de cada "caso" para ayudar al investigador en el desarrollo de comprensiones teóricas sobre el área estudiada de la vida social (Taylor y Bogdan, 1987).

En cuanto al tamaño de la muestra, este se ha establecido teóricamente en 15 personas, en consideración a los resultados obtenidos en investigaciones

anteriores que han trabajado con los mismos procedimientos que se enuncian para esta investigación.

El contenido de la muestra da cuenta de un grupo de mujeres que están conectadas unas con otras en el sistema social de la organización de trabajo, de manera que cada una participa del colectivo representando una parte de la diversidad de la organización, no siendo intercambiables entre sí.

En ese sentido, la representatividad de la muestra se considera suficiente en la medida que cubra toda la diversidad de posiciones y en cuanto a partir de ella se pueda acceder a un punto de saturación a partir del cual la información que aparece en la última entrevista a realizar no representa un aporte de datos novedosos respecto de lo que ya ha surgido de las entrevistas anteriores del proceso de investigación.

El tamaño real de la muestra se determina, entonces, según el criterio de *saturación de la información*, es decir, se incluyen sujetos en la muestra hasta que la información aportada por la última de las entrevistadas resulte redundante respecto de la información recabada con anterioridad (Taylor y Bogdan, 1987).

## 6. Ejes temáticos.

La investigación no cuenta con un diseño experimental y no trabaja con el concepto de *variables*. En coherencia con la metodología, se trabaja con la noción de *ejes temáticos* que determinan la forma que toman las preguntas que se realizaron durante la entrevista en profundidad y que se desprenden directamente de los intereses que presenta en primer lugar la investigadora, pero que pueden ir variando en la medida que aparezcan durante el proceso de



producción de datos, temáticas de interés de los sujetos de estudio y que tengan relación con el tema a investigar.

En primera instancia, los ejes temáticos a abordar fueron los siguientes:

- Descripción de práctica de trabajo.
- Relación entre su trabajo y su proyecto de vida.
- Expectativas acerca del trabajo.
- Emociones asociadas a la realización del trabajo.
- Qué entiende por salud laboral.
- Relación entre el ejercicio de su trabajo y su salud.
- Relación entre ser mujer y situación de salud.
- Relación entre las condiciones del medio de trabajo y salud.
- Prácticas que reconoce que afectan o pudieran afectar su bienestar.
- Experiencia respecto de salud laboral en la empresa en la cual trabaja.

#### **7. Instrumento de recolección de la información.**

De acuerdo con los objetivos planteados para esta investigación, los cuales se relacionan con la toma de conocimiento de la percepción que tienen mujeres trabajadoras acerca de la salud laboral, a través de lo que ellas puedan manifestar, resultó coherente la utilización de la técnica de *entrevista en profundidad*, la cual se ejecutó sobre la base de una *pauta temática flexible*.

La técnica de entrevista en profundidad es definida como un método dinámico, abierto, no estructurado y no estandarizado (Taylor y Bogdan, 1987), características que son necesarias para lograr que, a través de encuentros cara a cara entre el entrevistador y el sujeto entrevistado, este pueda exponer la

perspectiva que tiene respecto de sus experiencias y opiniones, expresadas desde su propio discurso.

Se intenta entonces reproducir una conversación informal en donde el entrevistado pueda explayarse acerca de vivencias y opiniones a las cuales el investigador no podría acceder sino a través de la visión particular del sujeto de estudio.

La entrevista en profundidad permite que se cree un clima de aceptación, generando un contexto destinado a producir información sobre áreas específicas, evitando un intercambio rígido de preguntas y respuestas.

La técnica exige al entrevistador habilidades que ayuden al establecimiento de un rapport con el sujeto de entrevista, debiendo mantener un respeto por el ritmo y los intereses particulares que éste manifieste a través de su discurso, permitiendo el abordaje paulatino de los temas que son de interés del investigador, los cuales a su vez, pueden ampliarse o restringirse a partir de la información que surja durante el proceso de investigación, operando de esta manera en forma dialéctica. Esto exige del entrevistador la capacidad de adaptarse al contexto particular que se establece en el diálogo con cada uno de los entrevistados.

El entrevistado es entonces reconocido como "portador de una perspectiva" (Canales y Binimelis, 1995) que se elabora y manifiesta a través de una conversación con una cierta línea argumental, dada por el contexto que surge el tema de investigación.

Respecto de la forma que toma la entrevista, como se señaló, no existió un orden ni una forma particular y rígida en que los temas fueron abordados, siendo



ocupada la pauta como una lista de chequeo que sirve para asegurar que todos los temas de interés de la investigación fueron tocados, surgiendo de esta manera un área de información que sería común a todas las entrevistas.

#### **8. Criterios de científicidad.**

Los criterios de científicidad que son aplicados al diseño de investigación y la recolección de datos en la metodología cualitativa difieren de los aplicados en el caso de la metodología cuantitativa, esto porque la epistemología que se encuentra a la base de cada uno de estos enfoques es diferente.

En el caso de la metodología cualitativa, se han desarrollado criterios que, siendo coherentes con la epistemología, permiten dar respuesta a la inquietud acerca de la validez científica del proceso de investigación.

La validez de la metodología cuantitativa sería reemplazada por los conceptos de *densidad*, *profundidad* y *aplicabilidad* (Krause, 1995).

Respecto de la *densidad*, esta se refiere a la inclusión de información detallada de significados y de intenciones, tanto en la recolección como en el análisis de datos (Krause, 1995).

La *profundidad* se refiere al efecto que se produce a través de la triangulación de datos, o sea la participación de los sujetos de investigación en la co-construcción de los datos que se analizan. Para esto se realiza una triangulación de la información, mediante "member check", proceso que sirve para garantizar que los actores sociales que fueron sujetos de investigación se vean efectivamente reflejados en el documento que se elabora con posterioridad a la recolección de datos. El sistema opera mediante la devolución de la información a los sujetos

entrevistados, de manera que éstos puedan manifestar si se identifican con lo que se les devuelve (Wenk, E., 2004. Com. Pers.)

La *aplicabilidad* se refiere a criterios utilizados en la investigación evaluativa, cuyo logro dependería de la complejidad de los datos y de la cercanía de éstos con los datos empíricos.

Los criterios de *confiabilidad* y *replicabilidad*, son reemplazados por los conceptos de *transparencia* y *contextualidad*, los cuales se aplican al análisis de datos y la presentación de los resultados. El primero se refiere a la posibilidad de entender la manera como el investigador llegó a los resultados, requiriéndose para esto de la presentación clara y detallada de los procedimientos metodológicos (Krause, 1995).

La *contextualidad* se refiere a la necesidad de explicitar el contexto en el cual se obtuvieron los datos durante la investigación, lo cual es indispensable para la comprensión de éstos, considerando el axioma comunicacional que se refiere a la necesidad de reconocer la existencia de un nivel de contenido y otro de relación de la comunicación, donde el segundo de éstos clasifica al primero, o sea, sirve de contexto para éste y por lo tanto le da sentido (López, Parada y Simonetti, 1984).

La *intersubjetividad* es el concepto que reemplaza al de *objetividad* y alude a la necesidad de incluir durante el período de análisis de datos, el criterio de otro investigador, o bien, el de los mismos sujetos investigados, tal como acontece con el member check (Krause, 1995).



## 9. Trabajo con la información producida.

El análisis de las entrevistas llevó a cabo a través de un proceso de *codificación* de la información (Wenk, 2004), el cual consiste en operaciones a través de las cuales los datos son analizados, conceptualizados y luego ordenados de una forma novedosa.

En el proceso de codificación, Wenk (2004) indica tres etapas paralelas: *codificación abierta*, una segunda de *codificación axial* y en tercer lugar una etapa de *codificación selectiva*.

En el caso del presente estudio, a partir del registro de las entrevistas a cada una de las mujeres se obtuvo información que se ordenó en categorías que se desprenden de las áreas temáticas a explorar, sin negar la inclusión de algunas categorías nuevas que aparezcan como relevantes durante del proceso de investigación. Se agruparon los trozos de información que contenían conceptos relevantes para los objetivos del estudio, los cuales se analizaron y ejemplificaron a través de fragmentos del discurso de las personas entrevistadas (codificación abierta).

En un segundo momento, una vez analizada la información a través del procedimiento anterior, se realizó un proceso de reagrupación de los conceptos emergentes, sobre los cuales se establecieron relaciones en función de los siguientes elementos: condiciones causales, fenómeno propiamente tal, contexto, condiciones intervinientes, acción-interacción y consecuencias (Wenk, 2004).

La tercera etapa o *codificación selectiva* implica la integración de las categorías que han aparecido, para luego relacionarlas en forma recurrente con un tema central, de manera que se logre un modelo central del fenómeno en estudio. Según Wenk (2004) este tipo de análisis representa un esfuerzo de interpretación que opera a través de un proceso flexible, pero que siempre debe remitir a las preguntas de investigación, y que no representa un nivel de análisis que necesariamente se alcanza en todas las investigaciones.



#### IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

En el presente capítulo se exponen los análisis de los contenidos que se obtuvieron a través del proceso de entrevistas en profundidad, realizadas a mujeres trabajadoras en torno a las temáticas de salud, trabajo y género.

La muestra que finalmente fue utilizada estuvo constituida por 10 personas, ocurriendo la saturación de la información durante la entrevista número 8.

El examen de los relatos se orienta en función de los objetivos que fueron definidos como meta del proceso de investigación y que se plasmaron en la Pauta Temática enunciada en el Marco Metodológico, siendo ordenados en función del criterio de dar claridad a la presentación de los resultados, no ateniéndose al orden de la Pauta.

El análisis se estructura sobre de los relatos surgidos de las entrevistas, parte de las cuales son plasmadas en el escrito en forma de citas textuales, de manera de garantizar la reproducción fidedigna de lo expresado por las mujeres.

En pro de este mismo objetivo y de acuerdo con lo enunciado previamente en el Marco Metodológico, se utilizó la técnica de "*member check*" para garantizar que la transcripción de los relatos fuera representativa de lo dicho efectivamente por las mujeres durante las entrevistas. Este sistema consiste en la entrega de la transcripción completa de la entrevista a la persona de donde emana la información, quien confirma o rechaza lo ahí expuesto en virtud del criterio de verse representada en dicho relato.

La identidad de las mujeres que entregaron sus testimonios se mantiene en reserva, a pesar de lo cual, al final de cada relato, luego de la inicial de su nombre, se entregan antecedentes respecto de la edad, estado civil (*casada: cas./soltera: solt./separada: sep./viuda: vi.*), número de hijos y si se es o no jefa de hogar (*jefa de hogar: jh./no jefa de hogar: no jh.*), datos estos últimos, que son relevantes debido a que esas variables van asociadas de manera más frecuente a la realización de doble jornada laboral, fenómeno que como se ha señalado con anterioridad, representa una experiencia vivida por una gran cantidad de mujeres trabajadoras.

De acuerdo al objetivo principal planteado para el presente trabajo, el proceso anterior gira en torno a develar la manera en que mujeres trabajadoras se expresan en torno a sus experiencias de género, concepciones acerca de la salud y la relación de estas dos variables con la realización de su trabajo.

Los datos expuestos son presentados siguiendo la lógica planteada por la pauta de entrevista que fue aplicada, la cual enumera una serie de áreas temáticas que sirvieron de columna vertebral para las entrevistas, las cuales giran en torno a los tres temas que son eje de esta investigación y que fueron desglosados mediante diversas preguntas que abordaron algunas de sus dimensiones.

Dentro del proceso de entrevista, esta se orientó en primer lugar a generar información general acerca de la realidad de las mujeres en las áreas laboral y familiar, abordando también procesos históricos de cada una, asociados a los dominios anteriormente mencionados.

Esta información sirve de contexto en el cual ubicar la información que surge a continuación en las entrevistas, en especial los relatos asociados a procesos emocionales y a las experiencias que se relacionan en forma específica con las áreas en cuestión.



Posteriormente se aborda lo referido a la temática de la Salud, en su dimensión laboral y de vivencia privada.

Es importante señalar que el orden referido anteriormente sólo da cuenta de la intención que guió a la entrevistadora, ya que por características del instrumento, las temáticas fueron abordadas siguiendo, principalmente, el ritmo y la lógica de las entrevistadas.

## 1. TRABAJO

Los temas relacionados con el trabajo que formaron parte de la pauta temática, fueron abordados en primer lugar con la exploración de la práctica cotidiana de las trabajadoras entrevistadas y el contenido del trabajo que desempeñan.

El cien por ciento de las entrevistadas ejerce la labor de ventas de intangibles en una institución financiera, sólo habiendo diferencias respecto al tipo y la cantidad de deberes que impone la segunda jornada laboral que las mujeres, en su mayoría, realizan en sus hogares.

Estas diferencias están asociadas, entre otras, principalmente al número de hijos, el tener o no que cumplir la labor de jefa de hogar<sup>1</sup>.

En dos de los casos, el ejercicio de labores como dirigente sindical podría considerarse como la segunda jornada laboral aludida. En uno de éstos, la entrevistada cumplía además labores hogareñas, por lo que podría considerarse que efectuaba una triple jornada.

Se aborda además la historia del ingreso y el posterior acomodamiento al espacio laboral actual. Este último, junto con los dos primeros, referidos al contenido del trabajo y la práctica específica que realizan a diario, son considerados elementos que permiten contextualizar la información obtenida posteriormente.

A través de la historia del ingreso al espacio laboral, generalmente aparecieron elementos que abrieron camino al abordaje de la relación entre el desempeño del trabajo y el proyecto de vida, que cada una de las entrevistadas había

---

<sup>1</sup> Se definirá como "jefe de hogar" a la persona que es responsable por la mantención del hogar y del funcionamiento de éste.



visualizado para sí, y con el calce de éste con su labor actual o su modificación en el proceso de acomodación a la realidad del trabajo.

Comienzan así a plantearse preguntas y a producirse respuestas que se relacionan más directamente con el ámbito de la vivencia más privada, pudiendo abordarse así el área temática que se refiere a la vivencia emocional relacionada con el trabajo. Este último elemento representa un factor de importancia que aporta información sobre otro aspecto de la forma en que las entrevistadas establecen su relación subjetiva con el espacio laboral.

Es en este momento que aparecen en el discurso las temáticas que, por su carga afectiva representan dominios de importancia para las entrevistadas, tales como las relaciones interpersonales, la relación que establecen con la empresa, la relación con el contexto en que están inmersas, entre otras.

### **1.1. Respecto al contenido del trabajo.**

Como se señaló anteriormente, las entrevistadas forman parte de una misma empresa financiera, siendo parte de grupos de trabajo distintos, que ejercen una misma labor.

Ellas se refieren preferentemente al trabajo que realizan como "asesoría previsional", en contraste con el concepto de "vendedora de AFP" utilizado usualmente:

*"Claro que en el fondo somos vendedoras, pero nuestro cargo es de asesoras previsionales. ¿En qué consiste? En cambiar gente de una AFP a la nuestra, o sea, traer gente a nuestra AFP. Además de eso, como te dije, yo soy asesora previsional, también tenemos que hacer como mantención a las personas en las empresas, para que no se cambien de nuestra AFP a otra,*

*asesorarlos, no cierto, en lo que es el tema de la previsión para cuando se jubilen, explicarles lo que significa cotizar y, a la vez, no cotizar" (B., 44 años, 1 hijo, separada, jefa de hogar)*

*"Bueno mi trabajo consiste en captar clientes para que se incorporen a nuestra AFP. Lo primero, lo más importante es convencerlos de que es bueno cotizar en esta empresa, pero también asesoramos en que tomen otros productos de la AFP, como los ahorros voluntarios, por ejemplo. Por todo eso nos pagan un sueldo base, que es bien miserable te diré y el nivel de ingresos lo mantenemos por las comisiones por venta que en realidad es el grueso del sueldo." (L., 36, 2h., cas., no jh.).*

Respecto de las características propias del trabajo, las entrevistadas destacaron principalmente el hecho de trabajar en ventas brinda la libertad para poder definir, en gran medida, el horario en que realizarán las tareas o bien la rutina de trabajo, lo que les permite, tal como señala una de las entrevistadas, compatibilizar el trabajo remunerado con otras tareas que asumen las mujeres como parte de su rol de género (maternidad, labores hogareñas, por ejemplo):

*"Nunca trabajas en esta pega ocho horas diarias, de hecho ningún trabajador trabaja ocho horas diarias. El vendedor de lo que sea tiene horario libre, por lo tanto, tu abres el negocio a la hora que quieres y lo cierras a la hora que quieres." (C., 46 años, 3 h., sep., jh.)*

*"Tenemos que llegar temprano, a las 8 y media a la oficina y a esa hora tenemos una reunión con la supervisora de grupo que se supone que nos ayuda a programar el día...lo que no sirve de mucho porque cada uno después ya sabe como hace su pega. Después cada uno hace sus cosas...incluso si querí te voy pa la casa a hacer lo que tengas que hacer y*



*nadie lo va a notar, mientras cumplas la meta. En general yo trabajo harto por teléfono, tengo una cartera y hay empresas con las que trabajo. Si es que tengo que hacer algún trámite más concreto, me muevo hasta allá. No es que nos pasemos todo el día caminando, aunque a veces pasa".(E., 29 años, sin hijos, solt., jh.)*

*"Esa es una de las cosas buenas de esta pega y una de las razones por la que encuentras tantas mujeres, porque tú aprendes a distribuir tu tiempo y si quieres puedes hasta ver a tus hijos" (L., 36, 2 h., cas., no jh. )*

Las entrevistadas señalan además como característica particular de la labor que realizan, el hecho de que ésta se efectúa principalmente en forma individual, no haciendo especial hincapié en la necesidad de trabajo de equipo:

*"En esta pega trabajas más que nada sola, porque eres tú la principal encargada de lograr tu meta de acuerdo a tus necesidades personales. Igual a veces te ayudas con tus compañeros, tus amigos, pero es por la buena onda, por que generalmente nadie se puede preocupar del otro porque estás demasiado ocupado por las cosas que tú tienes que lograr...nos dan metas grupales, pero la pega la haces, más que nada sola."(E., 48, 2 h., sep., jh.)*

*"Cuando yo entré a esta paga, mi jefa me mandó a hacer unos trasposos con unas compañeras, y ellas me dejaron esperando afuera y no me apoyaron en nada, lo pasé muy mal esa vez y decidí que iba a trabajar sola y no iba a depender de nadie"(L., 35, sin hijos, solt., jh.)*

Podría señalarse, entonces, que la organización no favorecería el desarrollo de redes de apoyo social que cumplen con un rol de protección del bienestar de los trabajadores.

## 1.2. Trabajo, identidad y proyecto de vida

Al comenzar a indagar el lugar que ocupa la realización de su trabajo respecto al proyecto de vida, la mayoría de las entrevistadas relatan haber llegado a la empresa sin haber tenido intención previa de proyectarse como vendedoras de intangibles. Se describen variadas experiencias en las cuales factores de orden fortuito, contingencias particulares y necesidad de trabajar en "algo" incidieron en su ingreso al trabajo que realizan, no apareciendo su labor actual en las expectativas previas de vida.

*"Entré a trabajar acá por casualidad. Por esas cosa de la vida, porque yo después de...como secretaria no encontré trabajo, tenía la opción de estudiar docencia, pero empecé a buscar trabajo y caí por esas cosa de la vida a esas consultoras, porque yo pensaba trabajar de secretaria o analista que eran las cosas que había estudiado. Me hicieron los exámenes psicológicos, técnicos, de conocimiento general y de ahí la psicóloga me dice estas aceptada y ahí me dijo que estaba postulando para un trabajo de AFP. Cómo voy a vender, le dije yo, si nunca he vendido un dulce, cómo cree que voy a vender si soy súper tímida, nada que ver con ahora. Me llamaron como tres veces y a mi mamá le digo que si me llamaron tres veces es por algo, que algo vieron en la entrevista, o no se poh, en la orientación, no se voy a ir, si sirvo me quedo, si no, no". (L., 35, sin hijos, solt.,jh.)*



*“Estábamos teniendo hartos problemas económicos y le dije a mi marido que me iba a integrar de nuevo al mundo laboral, que iba a trabajar...y fui a esas cosas a esos lugares en donde te anotan tus datos, tus trabajos anteriores y te ubican... bueno y me llaman a los dos días y me dicen que me tenían un trabajo pero que no era lo que yo quería, que era otra cosa...fui pa’ ver de lo que se trataba y me empezaron a hablar de expectativas de dinero de cuanto era lo que yo necesitaba ganar y yo me acuerdo que , por decirte les dije 200 y ellos me dijeron , “acá vas a ganar 600”. La parte dinero me despertó los signos...Cuando me explicaron lo que se hacía que tenía que incorporar gente y yo les dije lo que yo busco, o sea nunca he hecho algo así y menos en terreno y les dije que lo iba a pensar , que lo iba a consultar” (X., 36, 2 h.,cas., no jh.).*

A pesar de que el ingreso al espacio laboral estuvo generalmente condicionado por factores distintos a la concreción de un proyecto de vida, la realización del trabajo ha pasado a ser parte central de su experiencia, fuente de satisfacciones y frustraciones, espacio para poner en práctica nuevas habilidades, contexto de desafíos personales y aprendizajes significativos:

*“Para mí significó harto entrar a trabajar, sabes por qué, porque yo me sentí, sentí como que... con mucha fuerza me sentí en ese momento, me sentí llena de vitalidad, muy segura de mi misma... o sea estábamos súper inestables y yo empecé a trabajar y di como mucha seguridad en todo, entonces para mi fue como súper importante”(X.,36, 3 h., cas., no jh.)*

*“El hecho es que yo no sólo busco lo que es la parte económica. Dentro de lo que hago yo lo que hago es con conocimiento, poder enseñar y eso es lo que yo hago y eso es lo importante que te digo, porque yo tengo*

*buenas relaciones con los gerentes o con los jefes de personal de las empresas con las cuales trabajo, entonces, y lo que es más reconfortante, es que siempre te dicen "la señorita o la señora de la AFP", los que antes te decían la vieja o la galla" (L., 35, sin hijos, solt., jh.)*

Se observa que dentro de la vivencia de las mujeres entrevistadas la experiencia de trabajo juega un papel central en la medida que es una fuente básica de identidad, coincidiendo con lo señalado por Lipovetski (1997) respecto de que la mujer actual desarrolla nuevas expectativas asociadas a la realización de un trabajo y la realización de una vida independiente.

*"Siempre me he proyectado en esta empresa, o sea después que me di cuenta de que realmente servía, porque me descubrí. O sea, en la entrevista personal y en la entrevista escrita algo tengo que haber puesto porque me llamaron. Yo dije "si a mi me pidieron esto es porque tengo condiciones que yo no sé"....empecé a tener esa personalidad, esa autoestima...yo quiero mi autoestima que logré haciendo este trabajo, no me imagino ahora haciendo otra cosa" (L., 35, soltera, sin hijos, jh.)*

*"Yo siempre, a ver como te dijera, , yo creo que desde niña siempre me fue muy fácil relacionarme con las personas y me gusta conversar, yo creo que todo eso es parte de la venta, la buena llegada, la chispa...he atendido gerentes que primero no me dan ni la mirada y a los cinco minutos están riéndose conmigo, o sea tengo una cosa que consigo sacar y que le llega a las personas, y eso es bueno, o sea es parte de la venta, yo creo que soy vendedora, de todas maneras, no creo que pudiera hacer mejor otra cosa" (B., 44, 1 h., sep., jh.).*



*"Para mí, mi trabajo es tan importante!, cómo te lo explico, es que siento que sin mi trabajo estaría aburrida, súper limitada. Mi trabajo aquí me da independencia, porque lo que quiero hacer lo hago, a veces no al tiro, pero me puedo programar y lo hago no más.*

*Antes cuando estaba casada, estaba más limitada porque dependía económicamente, pero ahora, a pesar de lo que significa tener hijos, que tú sabes lo que significa, lo que le exigen a uno, me siento como con más posibilidades, y eso depende totalmente de esta pega. No me imagino sin trabajar, me muero."(E., 46, 2 h., sep., jh.).*

Se pone así en evidencia que trabajo es reconocido como espacio de desarrollo personal, no reemplazable por las tareas femeninas.

A pesar de esto, la tarea misma y la forma en que se realiza, coincide con cualidades tradicionalmente asociadas al rol femenino, tales como la entrega, contención, apoyo, etc.

*"Cuando empecé a trabajar como que me vino una seguridad interna y después, cuando ya me vi como estable...en la casa, cuando vi que todo estaba más o menos ya estable, como que organicé todo, me preocupé un poquito más de mí, de hacerme un cariñito...me entiendes, pero primero organicé un poco el cuento de cómo... de comprar alguna cosa que estaba necesitando, o sea que me preocupé mucho de todo lo que es familia, me preocupé de las niñas, de mi marido y al último de mí. Por eso te digo, me preocupé de todo lo estable en cuanto a familia" (X., 36,3 h., cas., no jh.).*

*"(...)me interesa hacer un trabajo que tenga un sentido, hacer algo bueno, un servicio, no me imagino trabajando sin hacer eso.. es lo que me da gratificaciones" (B., 48, solt., sin hijos, dirigente sindical, jh)*

*Me preocupo de que la gente aprenda, que entienda qué es lo que significa lo que está haciendo al poner plata en un fondo de ahorro" (L., 35, sin hijos, solt., jh.)*

Según Lipovetski (1997), la ampliación de la gama de funciones que realiza la mujer significado para ésta una recarga y un aumento de la dificultad para satisfacer adecuadamente la totalidad de las expectativas depositadas en ellas, lo cual puede visualizarse como uno de los conflictos que están más frecuentemente presentes en la vivencia de la mujer actual. Esto aparece graficado en los relatos como conflictos de roles:

*"A mi hijo le afecta mucho que su madre trabaje todo el día, el tiene 15 años y necesita mucho de su madre ya que su padre no está. Le afecta que lo vea en la mañana cuando se va y en la noche cuando llego, de repente se queja de que pucha mamá..." (B., 44, 1h., sep., jh.)*

*"Igual es difícil trabajar porque después no termina ahí cachai, empieza la pega más difícil del mundo...es que tengo tres hijas y las tres tienen un carácter, guauuu, a veces tengo que hacer un tremendo esfuerzo para desconectarme de acá y ponerme el otro caset" (X., 3h., cas., no jh.)*

*"Mi hijo tiene algunos problemas, ha estado harto en psicólogos y me queda claro que me necesita demasiado, por eso la opción de trabajar a veces es tan complicada. Me las he tenido que arreglar para ser mamá por teléfono" (G., 43, 3 h., cas., no jh.).*

La mantención de las dos actividades se observa tiene clara relación, tal como refiere Sharim (1994), con el referente de identidad que representa el ejercicio de



la maternidad y la posición central que ocupa la mujer en el hogar, con la validación que eso conlleva:

*"No es que me queje de lo que me pasa, pero es que si yo tuviera que elegir entre ser mamá y trabajar, no sería justo, es que cada una es tan importante. Claro que al final eliges a los hijos, pero siento que si pasara eso dejaría de hacer algo que me hace tan bien, creo que no me haría bien a mi ni a mis hijos, por eso volví a trabajar a penas ellos se pudieron manejar más o menos bien solos" (D., 35, 2h., sep., jh.)*

*"Con lo estresante que es a veces esta pega, lo mejor que te puede pasar es llegar a la casa y estar con tu familia, con tus hijos" (G., 43, 3 h., cas., jh.)*

Otro de los elementos que destacan como parte de los referentes identitarios asociados a la labor, es la interacción permanente con personas, lo que resulta en la necesidad de desarrollar estrategias de manejo social que les permitan desempeñarse adecuadamente en el área de ventas. Estas características son coincidentes con roles que, como señala Sharim (1994) tradicionalmente se asocian al género femenino:

*"En esta pega yo me he desarrollado, mira es que yo siempre fui vendedora, de chica lo que me pasaban lo vendía, si me ponías a vender huevos, huevos vendía, siempre he sentido que soy vendedora innata. Es que me gusta el trato con las personas, conocer gente, intercambiar ideas..." (B., 44, 1 h., sep., jh.)*

*"Esta pega te exige que sepas hablar con las personas, hay que ser amable, simpática, atenta, saber conversar y escuchar. Yo a la gente me preocupo de*

*enseñarle cosas que necesita saber, algunas veces les averiguo cosas, porque tengo un afán de profesora. A veces la gente te recibe como de mala y al rato ya conversan contigo en la más buena onda y hasta te piden que vuelvas a traspasar a otras personas” (L., 35, solt., sin hijos, jh.)*

*“Mira, cuando me metí a esta pega lo hice porque necesitaba trabajar, porque yo había trabajado como profe de historia y hace tiempo que no encontraba pega y acá lo que pasó es que me di cuenta de que me puedo realizar acá. Yo en lo que hago, desde acá y el sindicato puedo ayudar a la gente, tú no sabes lo bueno que es sentir después el agradecimiento, es tan bueno para uno. Incluso cuando vendo, lo hago contándole la verdad a la gente, les explicas lo de su jubilación. Creo que de donde estés puedes hacer algo bueno por la gente” (B., 43, sin hijos, dirigente sindical, jh.)*

### **1.3. El trabajo y la vivencia afectiva.**

Durante el proceso de investigación, aparecen en el discurso sobre la vida laboral experiencias cargadas de emociones, positivas y negativas, las cuales, en concordancia con cualidades de género, son expresadas en forma recurrente y explícita.

Posiblemente derivado de la importante posición que ocupa el ejercicio del trabajo para las mujeres y de la manera que éstas se ubican y vivencian el espacio laboral, es recurrente encontrar numerosas menciones a la experiencia afectiva asociada al trabajo:

*“El trabajo en general me da más satisfacciones que problemas. Los problemas los he tenido con mis compañeros, porque la verdad es que uno no sabe con la gente que se va a encontrar y a veces el estilo de uno genera*



*cosas, no se....en la gente..., lo que pasa es que yo soy así como me ves, sociable y alegre, y eso a la gente a veces no le gusta y te tratan mal. Yo lo he pasado mal por eso" (B., 44, 1 h., sep., jh.)*

Esta aceptación abierta de la vivencia emocional, en su aspecto positivo toma la forma de capacidad asertiva, que permite el bajar las tensiones o buscar referentes que ejerzan funciones de apoyo:

*"Mis amigas de la pega son súper importantes, porque nos apoyamos entre todas, conversamos, nos tomamos un traguito a veces. Es que pasa que entre nosotras nos cachamos más o menos y sabemos que de repente nos pasa algo y hay que aliviarse...a mi me hace muy bien hacer cosas con ellas, aunque a veces signifique que llegues más tarde a tu casa" (D., 35,2 h.,sep., jh.)*

*"Esta pega lo que tiene es que cuando te va bien, como antes de lo de la cartola, te va el descueve. Yo en ese tiempo estaba tan bien económicamente, que como muchos, me daba una súper buena vida. Pero cuando te estresas aquí, te estresas puh, a todos nos pasa, lo converso con mis compañeras, pero es que a veces no das más porque la tensión es muy grande" (L., 36, 2 h., cas.,no jh.).*

Se podría señalar que la facilidad para traer a la mano la vivencia emocional a través de la palabra, va asociada a una aceptación de la vivencia afectiva como *válida* e incluso necesaria, lo cual también sería propio de la definición tradicional de *ser mujer*.

Uno de los factores que inciden en la emergencia de emociones de diversa índole es la aparición de dinámicas relacionales asociadas al clima laboral.

Específicamente, la relación con los compañeros(as) de trabajo, se señala, tanto como fuente de emociones favorables, como de conflictos:

*“¡Me habían dejado sola, en mi primer día de trabajo! Yo lloraba, de impotencia y al otro día me fui y acusé a mi supervisora con el que ahora es mi jefe. Al otro día me llama un joven de la constructora y me pide que lo cambie y a unas personas más de allá mismo. Cuando la galla esta, la supervisora se dio cuenta, me dijo: “tu pensabas que yo te iba a cagar”. En mi casa ni un garabato se decía, nada, nada de garabatos, entonces tú piensas que te traten de esa forma a mi me choquéo mucho y me costó, me contó aceptarlo, entonces ella, lo que pasaba es que yo me iba a llorar al baño, me decía que yo era una enferma, que no tenía carácter para ser vendedora” (L., 35, sin hijos, solt., jh.).*

*“Cuando yo llegué a este trabajo, nadie pescaba mucho, los hombres para qué te digo. Como he ido conociendo gente, después de tanto tiempo ya te conoces harto y cuando tienes buena onda se puede compartir o confiar más en algunas personas. Yo antes trabajaba harto con (...), que es mi amiga de acá, nos pasamos datos y nos ayudamos cuando necesitamos traspasos” (C., 46, 3 h., sep., jh.)*

*“Se dan situaciones en esta pega...con los compañeros, mucha envidia...mala onda a veces...una trata de no pescar, pero igual afecta” (D., 35, 2 h., sep. jh.)*

Según lo planteado por Cuadra y Florenzano (2003), la sensación de bienestar subjetivo dependería tanto de factores afectivos como de factores cognitivos-



valorativos, referidos a la evaluación de satisfacción que hace el sujeto de su propia vida, en este caso, específicamente de la vivencia de trabajo:

*"En este trabajo siento que me valoran, porque no es por ser quebrada, pero en esta pega soy top, cuando me exigen que haga cuatro o cinco millones, hago trece o catorce y, aunque a veces la envidia, tú sabes, igual afecta, yo nunca me había sentido tan valorada como ahora" (L., 35, sin hijos, solt., jh.)*

En lo referente a la percepción de la relación que se establece con la institución a la que pertenecen, la valoración oscila entre situaciones que favorecen la emergencia de emociones positivas y otras que son evaluadas en forma desfavorable.

Se observa que algunas de las trabajadoras consultadas ubican como un factor de valoración positiva, la pertenencia a una empresa de prestigio, que otorga relativa estabilidad a sus trabajadores.

*"Me han dado muchas satisfacciones... yo les he entregado muchas a esta empresa, pero esta empresa me ha entregado el doble de lo que yo entrego, en todo, en la parte económica, en la parte social, en aprender a estar en una empresa donde tienes un respaldo" (B., 44, 1 h., sep., jh.)*

*"Si a mí me preguntas yo no me cambio de (la empresa). No me llama la atención cambiarme, porque aquí tengo un respaldo, me entiendes, la empresa tiene prestigio y puedo llegar a cualquier lado diciendo que soy de acá." (G., 43, 3 h., cas., no jh.)*

*"Yo creo que estar en (la empresa) ha significado mucho para mí, porque siento que me han entregado mucho y yo les he entregado mucho a ellos,*

*me pongo la camiseta por esta empresa, no sé, me gusta, me encanta, hay tropiezos, sí, tú tienes muchos tropiezos, pero cuando pesas las cosas, te quedas" (B., 44, 1 h., sep.,jh.)*

*"Mira, lo más importante, lo que yo más valoro de estar acá es que estás en una empresa que es conocida, tiene cierto prestigio y aunque ser vendedora de AFP es bien mal mirado a veces, eso te permite entrar en más lugares que te respeten". (F., 29, sin hijos, solt., jh.)*

Por otro lado, aparece una sensación de malestar subjetivo al hacer una evaluación cognitiva-valorativa, respecto de prácticas que ubican a las trabajadoras en una posición de conflicto ético, al contradecir valores personales.

En este caso se observa repetidamente una sensación de valoración negativa hacia la pertenencia a un espacio laboral que valida prácticas que son cuestionadas por las mismas trabajadoras:

*"es que no se si me entiendes, pero lo que hay es como una turbiedad del sistema, ¿ves?, porque no es normal que nosotros hayamos acostumbrado a la gente y la gente se acostumbre a que te paguen por esto (realizar un traspaso de AFP). Yo a veces siento que el sistema es como corrupto, pero qué le voy a hacer, si no pago no vendo y se acabó, y todo el mundo sabe que funciona así, a si que ¿qué le vas a hacer?, no puedes ir en contra o no ganai lo que necesitai, así de simple" (D., 35, 2 h., sep., jh.)*

*"De repente no tengo plata pa los traspasos, porque te salió un imprevisto, que se yo, te enfermaste, no supiste ahorrar el mes anterior, y sin plata ya nadie se cambia y eso es tan frustrante, te da mucha rabia con que la cosa funcione así" (X., 36, 3 h. cas., no jh.)*



Emerge entonces en forma recurrente, asociado a la sensación de malestar personal, el hecho de que, dentro de los procedimientos que se ocupan para realizar los "traspasos"<sup>1</sup> se utilice el pago al cliente como práctica habitual, de manera que el vendedor gasta parte de la ganancia que obtendrá por comisión, en pagar al cliente al cual cambiará de AFP.

*"Desde un principio, cuando me di cuenta de que tenía que pagar, yo siempre dije: "los malos vendedores acostumbraron a la gente mal", entonces después, si tú querías seguir en el mismo camino, ya, o querías seguir en ese tema, tenías que subirte al carro, entonces lamentablemente tú asumías, asumías gastos. Porque de repente, un tiempo, hubo un tiempo que me rebelé conmigo misma, ¿por qué yo tengo que pagar?, si lo mío es un trabajo cualquiera, si yo siguiera ganando...o sea, si yo tuviera esa plata que en estos momentos estoy ganando, no estaría endeudada, entonces, ante eso me rebelé, personalmente, ¿ya?. Pero de repente te das cuenta que el mundo sigue su curso y hay gente inescrupulosa que igual sigue en la misma." (L., 35, sin hijos, solt., jh.)*

Dentro de los elementos que favorecen la sensación de bienestar está la existencia de un sindicato de trabajadores que es percibido como una entidad que resguarda los derechos de éstos y que ha logrado importantes avances en la mejora de las condiciones de trabajo de los miembros de la organización.

*"...el sindicato, las chiquillas, en realidad son un apoyo super grande, es como una seguridad que tú tienes. La otra vez que tuve un problema porque me estaba yendo un poco mal y tenía problemas con mi supervisora, fue super aliviador poder contar con un respaldo, es como la*

---

<sup>1</sup> El "traspaso" consiste en trasladar las cotizaciones de un cliente desde una AFP a otra. En este caso las vendedoras "traspasan" los clientes de otras AFP a la empresa en la cual trabajan, por lo cual reciben un bono de comisión por venta.

*seguridad de que no va a pasar nada que no sea correcto, que no te van a echar así no más, por ejemplo”(D., 35, 2 h. sep.,jh.)*

*“venimos recién saliendo de una negociación (colectiva) y eso significó un buen bono, y ganamos varias cosas.. Yo, siempre que llega alguien nuevo, le digo “métete el sindicato no más” porque es como una seguridad. Y además estar en esta empresa tiene ese beneficio, están cuidando nuestros derechos”(X., 36, 3 h., cas., jh.).*

En lo que se refiere al proceso social que enmarca la actividad, es decir la realidad de la organización dentro del sistema social, se puede señalar que las AFP se encuentran en un período de cambios asociados a modificaciones en la forma en que el sistema de pensiones seguirá funcionando. En la actualidad, las reformas al sistema han significado que los bancos y otras instituciones de valores hayan ido paulatinamente asumiendo funciones que habitualmente habrían sido exclusivas de las AFP, lo que genera efectos en las trabajadoras:

*“Es que yo no le veo mucho futuro a esto de las AFP, en forma personal, yo por más que vez que se abran los bancos o hagan o que no hagan, yo siento que ya se llegó a ese punto en que ya no se que va a pasar, yo creo que esto ya va hacia abajo, no hacia arriba, como antes”. (X., 35, 3 h., cas.,no jh.)*

*“Si te fijas, ya no es lo mismo que fue hace unos años, los vendedores en ese tiempo ganábamos y la gente como que creía en el sistema. Ahora te das cuenta de que la gente sabe que las jubilaciones de AFP van a ser malas, malas te digo, no se como la gente se las va a arreglar. Este sistema creo que no va a seguir mucho tiempo. Por eso es que pienso harto en qué voy a hacer después, porque creo que la situaciones de los vendedores no va a mejorar, es como una decepción bien grande”(E.,46, 2 h., sep., jh.).*



Se pone en evidencia que las modificaciones en las reglas que rigen la institución tiene un correlato individual, en la medida que genera un clima de incertidumbre respecto de cuáles son las consecuencias posibles que derivarán de los cambios a nivel de la organización. Este elemento puede ser considerado dentro de los factores que afectan el bienestar de las trabajadoras.

## 2. SALUD.

Las preguntas relacionadas con el tema de la salud se orientaron a indagar, en primer lugar, el contenido que las entrevistadas dan a este concepto.

Se intentó de esta manera develar los elementos que aportan a la definición particular que cada una de las entrevistadas tiene y que, como señala Illanes (1993) sustentaría sus prácticas cotidianas de salud.

Se aborda además el concepto de "bienestar", que aún cuando no es completamente homologable al de salud (Morales Catalayud, 1998), permite abordar la visión respecto de los factores biológicos y extrabiológicos, con la que operan las mujeres en su práctica cotidiana.

Se exploraron prácticas de salud y en ocasiones, el origen de estas prácticas, además de hacer, eventualmente, relación entre las concepciones y la forma que toma la conducta en torno a la salud y enfermedad.

Se buscó que las mujeres relataran su experiencia en relación con las estrategias de recuperación utilizadas por ellas, vivencias con diversos agentes de salud, el Sistema de Salud en general y el Sistema de Salud Laboral en particular.

En algunos casos se obtuvo información respecto de la visión acerca de las limitaciones que observan en el Modelo de Salud y el de salud laboral o la satisfacción de las necesidades asociadas a la situación de salud/enfermedad que han tenido a partir del contacto con el modelo.

Finalmente, en este apartado, se solicitó a las entrevistadas que describieran específicamente las prácticas laborales que, desde su punto de vista, están relacionadas favorable o desfavorablemente con su situación de bienestar general, tema que se superpone con el de Trabajo, por lo que pudiera haber sido



abordado en ese espacio de análisis, a pesar de lo cual se ha optado por incluirlo en el presente punto, para su profundización.

En referencia a este tema en particular, se abordó la visión y vivencia acerca del concepto de estrés, el cual representa un elemento clave al tratar la temática de la salud laboral desde una visión como proceso bio/psico/social.

## 2.1. Acerca de la concepción de salud.

En primer lugar, es importante señalar que se constató que, a pesar de ser un término tan ampliamente utilizado, y ser un tema que ocupa un lugar de importancia en la vivencia de las personas, fue muy difícil obtener, desde el sentido común, definiciones claras sobre el concepto de salud en las entrevistadas.

En los contenidos emergentes, en primer lugar se observan concepciones que remiten a la definición de salud en forma negativa (Sánchez Vidal, 1999), es decir, como ausencia de enfermedad, asociando principalmente esta ausencia a desequilibrios físicos:

*“salud es cualquier cosa que te afecte en tu condición física, en tu medioambiente” (C., 45 años, 3 h., sep., jh.)*

*“(...)de lo que yo hago, es lo que me afecta en cierta medida a mi organismo y sí hay cosas que afectan, yo lo he comprobado.....porque me enfermé y caí a la clínica” (B., 44, 1 h., sep., jh.)*

Esta visión sería coincidente con el Modelo Biomédico y evidencia la interiorización de algunos de sus preceptos básicos, en la mayor parte de las mujeres entrevistadas, lo cual es esperable, dada la amplia difusión que el modelo ha tenido y que sigue teniendo, y que se refleja en la forma que toma el Sistema de Salud y las prioridades con que se organiza este sistema<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Priorización de la figura del médico como agente primordial de salud, énfasis en la recuperación de enfermedades, más que promoción de salud)



También, como sería esperable, dado el proceso de revisión del Modelo Biomédico que surge desde hace unas décadas, aparecen dentro del espectro de visiones, discursos que tratan de conceptualizar la salud desde una perspectiva más amplia, incluyendo principalmente el dominio psíquico y eventualmente las condiciones sociales o del medioambiente en el cual se inserta el sujeto, ya sean familiares, laborales o económicas:

*“La salud, bueno, es como un todo de una persona, física y psicológica...no se pu, se puede relacionar con todo lo que uno hace, porque lo que uno hace le afecta...” (X., 35, 3 h., cas.,no jh)*

*“De repente creo que la salud tiene que ver con que uno se sienta bien en general, tiene que ver con todo... con que en tu casa llegues y estés bien, con la buena comunicación con tus hijos y con el marido, que te vaya bien en la pega. Yo he tenido problemas con eso últimamente y mi calidad de vida no está muy buena...y ni hablar de la plata ¿ves? ...eso afecta mucho”. (D., 35, 2 h. sep., jh)*

A pesar de que coexisten discursos que refieren una mirada restrictiva con los que reflejan una visión amplia, la aparición recurrente de estos últimos pone en evidencia que se ha interiorizado, en alguna medida, la definición que intenta superar la visión de la salud limitada a la aparición de dolencias corporales.

Esto es de gran relevancia ya que, tal como señala Illanes (1993), las prácticas de salud están fundamentadas en creencias acerca ésta, de manera que las concepciones ampliadas derivan en prácticas de cuidado que trascienden el cuidado de cuerpo y que se ubican en el dominio psicológico o del entorno, acercándose al modelo que asocia salud con *calidad de vida*, que permite

## 2.2. Salud y género.

Las respuestas que emergen ante la pregunta sobre la relación existente entre la salud y el factor género, las mujeres señalan que desde su visión existiría una forma distinta de enfermar en hombres y mujeres.

*"como que los hombres no se enferman tanto...o quizás se quejan menos...no se en realidad, la cosa es que no se nota tanto como en las mujeres" (C., 46, 3 h., sep., jh.)*

*"lo que yo creo es que los hombres que conozco, generalmente se probleman menos por las cosas, como que no están ni ahí con cosas que a las mujeres nos preocupan mucho. Las mujeres nos enrollamos mucho, por millones de cosas y parece que los hombres cuando tienen un problema se pueden desconectar mejor....claro que se enferman, pero creo que al desconectarse más, son más resistentes" (G., 43, 3 h., cas., no jh.).*

*"(...) yo veo que las mujeres nos enrollamos por millones de cosas, siempre estamos preocupadas por todo, los hijos, la pareja, la plata, y creo que eso inevitablemente te pasa la cuenta...como que hay que hacerlo bien en todo... es agotador...cómo no te voy a enfermar" (B., 48, solt., sin hijos, dirigente sindical, jh.).*

*"yo he visto a mujeres aquí enfermarse de cosas graves, de úlcera, de cáncer incluso, y yo creo que es porque la gente acá se deprime, se estresa. Yo creo que una depresión puede terminar en cáncer" (E., 46, 2 h., sep., jh.).*



*"yo he visto a mujeres aquí enfermarse de cosas graves, de úlcera, de cáncer incluso, y yo creo que es porque la gente acá se deprime, se estresa. Yo creo que una depresión puede terminar en cáncer" (E.,46, 2 h., sep., jh.).*

Lo referido anteriormente es coincidente con la atribución de género que señala que al hombre se le asocia una actitud pragmática, menor vulnerabilidad y menor disposición a expresar emociones, mientras que por otro lado, a la mujer se le reconoce como un ser sensible y vulnerable (Sharim, 1994), que se encontraría posiblemente con mayor disposición a reconocer la necesidad de ayuda o bien a aceptar las limitaciones impuestas por un estado de salud deteriorado.

A pesar de esto, en la práctica, estas concepciones respecto de una mayor vulnerabilidad femenina contrastan con la necesidad de algunas mujeres de hacerse cargo en forma eficiente de las tareas que asumen en el hogar y el trabajo, situación que en sí misma representa un factor que afecta en forma negativa la sensación de bienestar personal.

Es así como dentro de los factores no laborales que las entrevistadas señalan como relevantes por su influencia en su calidad de vida y la aparición de enfermedades, se encuentran la falta de apoyo (en el caso de jefas de hogar), el deber de mantener cubiertas las necesidades de la familia, dificultades en la relación con los hijos o la pareja, entre otras:

*"me doy cuenta que a veces todos mis achaques se relacionan con que a veces estoy como reventá por ciertas cosas que pasan y de ahí que te enfermas, te resfrías, te da la cosa de la guata, buh y así...te contara. La otra vez me dio como un bajón porque estaba demasiado aproblemá por una situación de la casa y me dio no más, resistí lo más que pude, pero*



*después ya no me podía parar, era terrible, porque sentía que no podía enfermarme por que si yo no trabajo, ¿quién mantiene la casa? El papá de mis hijos no es un aporte" (D., 35, 2 h. sep.,jh.)*

*"bueno, es que he tenido problemas con mi hijo, ya no se que hacer con él y a veces siento que ya no puedo más con él, no entiendo qué le pasa, lo he intentado todo y no...yo creo que mis jaquecas terribles que me dan tienen que ver con eso...el doctor me dijo que era tensional"( G.,43, 3 h.,cas., no jh.)*

*"Andaba como demasiado estresada, a mil, por la casa, el trabajo, cosas personales, todo. Fue demasiado...me tuve que hospitalizar, porque me dio una tremenda alza de presión y me desmayaba, estaba súper mal y mi familia me pidió que me hospitalizara, yo no quería, porque, tú sabes, dejar todo botado, pero tuve que hacerlo no más. Me sirvió para descansar un poco. Desde ahí tengo que controlarme siempre. Allá se portaron un siete conmigo, súper bien" (B., 44, 1 h., sep.,jh.)*

En estos relatos aparece en forma evidente y explícita la relación que las mujeres hacen entre su vivencia personal en distintos ámbitos y su situación de salud/enfermedad, lo que da cuenta de la interiorización de preceptos de los modelo bio-psico-sociales de salud, en contraste con los del modelo biomédico tradicional, dentro del cual estas relaciones perderían sentido.

### 2.3. Experiencia en la relación con el Sistema de salud.

Respecto de las experiencias con el Sistema de Salud y su incidencia en la promoción o deterioro de la sensación de bienestar, las entrevistadas plantean la existencia de una relación contradictoria con estos servicios, debido a la presencia de sensaciones de confianza en la experticia de los agentes, a pesar de lo cual se observan percepciones de insatisfacción respecto de la forma que éstos establecen la relación con ellas como pacientes, especialmente por la visión parcializada y la tendencia a considerar como elementos secundarios o bien irrelevantes, los factores de índole personal no-biológicos, que, desde ellas, inciden en el desarrollo de los estados de salud/enfermedad.

*“yo se que acá los médicos son buenos, más que en otros países, yo tengo la suerte de conocer unos buenos médicos. El que fui a ver por lo de la úlcera, por ejemplo, es super acertado...si al final el rollo con los médicos es que te preguntan de tu guata pero no les interesa saber nada más, no a todos, pero la mayoría y al final uno se mejora, pero después se estresa de nuevo y vuelta a lo mismo. Como que no van a la base..no se ” (X., 35, 3 h., cas.,no jh.)*

*“la verdad es que siento como desconfianza con los doctores, como que quieren puro ganar plata y te atienden rápido y no les puedes preguntar nada, porque hasta se enojan, increíble. No es que me haya pasado algo muy malo con ellos, pero trato de ir lo menos posible al médico, por lo que te dije, al final se preocupan más de que vuelvas con exámenes, qué se yo” (B., 48, solt., sin hijos, dirigente sindical, jh)*

*“tengo un médico personal que voy a ver de vez en cuando, pero es diferente a los otros, porque él me escucha, hablamos porque somos*



*amigos. Si voy a otro médico, te preguntan qué te duele y hasta ahí no más, lo otro no importa" ( B., 48, solt., sin hijos, dirigente sindical, jh)*

De acuerdo con lo señalado por Perez Lovelle (en Morales Catalayud, 1998), respecto de que la salud sería la conjugación simultánea de múltiples factores, dentro de los cuales se encuentra el bienestar subjetivo resultado de la evaluación de la vivencia en diversos dominios, podría señalarse que la ocurrencia de situaciones como la anterior sería factible de considerar como un elemento del espacio social que, a pesar de que incide en la recuperación de un estado de equilibrio específico alterado por la aparición de una enfermedad, interferiría con la mantención de la salud en su concepción amplia, lo que pone en evidencia una falencia en la forma en que se ejecuta el quehacer de los agentes de salud, en la medida que no responden a la satisfacción de la necesidad de bienestar de usuarios en un sentido más amplio.

En el caso de las siguientes experiencias, se señalan prácticas de cuidado personal que no se relacionan directamente con actividades que se realizan como parte de la intervención del Sistema de Salud, sino que consisten en la promoción del bienestar (físico/mental) mediante actividades realizadas en el dominio privado, sin requerimiento de orientación de profesionales del ámbito de la salud:

*"Para mi la salud es lo mas importante, porque con salud yo puedo tener todo lo que yo quiera, como yo trabajé en un hospital siempre he sido preocupada de la salud (... ) la salud no es solamente la parte física, también es la parte mental, y tú te preguntarás cómo me preocupo de eso?... desde chicos mi papá nos enseñó a salir, a despejarnos. He hecho yoga también, harta actividad física, porque eso es lo que te sirve pa la salud" (L., 35, sin hijos, solt., jh).*



*"yo creo que para mí es importante hacer cosas que me hagan sentirme bien, lo que pasa con el sindicato por ejemplo. Es que siento que acá hago una pega que sirve, que ayuda. Si es que eso también me tiene media agotada, me mando a cambiar no más, me voy de viaje los fines de semana y cambio de onda, de aire, eso es lo que me hace mejor" ( B., 48, solt., sin hijos, dirigente sindical, jh)*

*"Cuando tengo rollos y estoy como medio al borde de mandar todo a la punta del cerro, lo mejor para mí es juntarme a conversar con mis amigas, un traguito y todo eso. Eso me relaja montones, es lo mejor. Pa que te voy a decir que me voy pa' la casa y descanso con mis hijos, porque sería mentira, y a veces me quiero escapar de ellos. Cuando una vez las conversas con mis amigas ya no funcionaban...yo ahí atiné y me di cuenta de que necesitaba un psicólogo" (E., 46, 2 h., sep., jh.)*

*"yo me doy cuenta de que estar bien o mal personalmente se relaciona con muchas cosas. No sé, por ejemplo con que las cosas funcionan con tu pareja, que tus hijos estén bien, que el trabajo dé la plata que se necesita, tener algunas buenas amistades, todo eso hace un todo, que cuando funciona uno se siente bien...pa'qué te digo que va a funcionar todo, siempre puede haber una pata más coja, pero en eso anda una todo el tiempo, en hacer que las cosas anden como corresponde...a veces es agotador si lo piensas" (X., 35, 3 h., cas.,no jh.)*

Esta experiencia pone en evidencia que estas mujeres utilizan estrategias de cuidado de salud o bienestar que trascienden el dominio de la atención médica tradicional, las que son puestas en práctica a pesar de que no tienen validación social como procedimientos de resguardo de la salud. Esto último,

según Boix i Ferrando (1996) debido al fenómeno de la "hegemonía médica", propia del modelo biomédico, que dificulta la participación social activa en la identificación de los problemas de salud y en la búsqueda de soluciones, y niega el valor de la experiencia de la población general, atribuyendo el reconocimiento exclusivo de los problemas de salud en tanto que definidos y clarificados por el médico.

Respecto de lo expresado en los relatos, se destaca el valor de las relaciones interpersonales (intra-extrafamiliares) en la promoción de la calidad de vida, lo que es coincidente con lo planteado por Dean, Lin y Caplan (en Morales Catalayud, 1998) respecto de que las personas que poseen pocos contactos sociales o viven aisladas tienen más riesgo de enfermar o que haya un empeoramiento y mala evolución de sus enfermedades. De esta manera y entre otros factores, los lazos de una persona con sus familiares, amigos o compañeros de trabajo pueden ser fuente de afecto, recursos o ayudas prácticas que ejercen una función de amortiguación entre las tensiones naturales de la vida y de cierto modo protegen del impacto que estas tensiones pueden tener sobre la salud.

#### **2.4. Salud y trabajo.**

En el discurso aparece en forma recurrente la relación que las mujeres hacen entre su vivencia laboral y su situación de salud. Es destacable el hecho de aparecer en forma explícita la relación entre el desarrollo de ciertas prácticas laborales y la ocurrencia de enfermedades.

Por otro lado, emerge el hecho de que al referirse al estado de salud, se habla tanto de enfermedades físicas como de enfermedades que se manifiestan en el ámbito psíquico, como depresiones o episodios angustiosos o estados como el



estrés. Esta última palabra emerge en forma frecuente en los discursos acerca de la situación personal:

*"No sé, la salud creo yo que tiene que ver con todo eso de cuidarse o de que uno no se cuide a veces todo lo que necesita, porque en este trabajo, a veces te revientas por hacer tus metas y para qué te digo lo que pasa cuando no eres responsable con tu salud...he visto como la gente se enferma" (E., 46, 2 h., sep., jh.).*

*"Yo a veces creo que es un poco la manera en como se manejan estas platas lo que nos hace que nos sintamos mal, que nos estremos, que nos den enfermedades a la guata, no sé. Es que no sabes la impotencia que es saber que la poca plata que ganas a veces, tienes que usarla en pagarle a alguien y así poder quedarte con algo" (X., 35, 3 h., cas., no jh)*

*"Este trabajo te obliga a hacer cosas que no creo que estén bien. Como yo vengo llegando hace poco, me doy más cuenta yo creo, porque si te quedaste es porque te acostumbraste y ya. Para mi todavía es difícil cachar que tienes que ir un poco en contra de tus valores, a mi eso me afectaba mucho más. Ahora como que lo pienso de otra manera y me quedo más tranquila, pero ni tanto" (F., 29, sin hijos, solt., jh.)*

Se hace explícita la relación entre demandas del trabajo y situaciones de sobreexigencia que gatillan una percepción de estrés<sup>1</sup>:

*"Es que este trabajo es muy estresante, porque, lo que te decía, es que hay que acomodarse a trabajar con gente, es que yo soy sociable y muy*

---

<sup>1</sup> Es necesario tener presente que dentro de las definiciones planteadas, el factor clave para la determinación de estrés es la percepción de éste por los sujetos.



explosiva y la gente como que se asusta con eso, hay mucha envidia. Además el tema de la plata en este trabajo es tan importante, con plata lo haces todo, estoy convencida de eso, pero a veces no tengo y es tan grande la desesperación, de tener los clientes y no tener plata... es tan complicado como tener plata y no tener clientes, siento que eso me revienta, a veces no puedo más." (B., 44, 1 h., sep., jh.)

"Veó que acá las mujeres en general a pasan por algo que las desgasta, a mi me pasó que me estresé mucho, por tantas cosas, me deprimí, fue cuando me separé y estaban presionando por que hiciéramos más plata, y yo no podía ni levantarme de la cama, lo único que quería era no trabajar más, era desesperante que mi supervisor no entendiera por lo que pasaba, se tuvo que meter el gerente, porque sabía que yo trabajaba bien" (E., 46, 2 h., sep., jh.)

"Es que a veces las exigencias de este trabajo te superan, porque tienes que cubrir tus gastos, pero si no haces los traspasos, ahí quedaste. De repente no tengo plata pa' los traspasos, porque te salió un imprevisto, que se yo, te enfermaste, no supiste ahorrar el mes anterior, y sin plata ya nadie se cambia, es bien estresante... a veces eso te pasa la cuenta... A mi, la última vez que me dio una crisis así terminé con una depre gigante" (E., 46, 2 h., sep., jh.)

"...porque yo al comienzo cuando empecé en este trabajo, tú terminas un mes y comienzas con metas nuevas y te exigen a diario, mi estrés se iba directamente acá, a mi guatita y empezaba a(...) yo recuerdo que en las mañanas me daban nauseas y vómitos y sabes que eso lo fui postergando, yo no le di importancia y eso me ocasionó una úlcera.

*Yo pensaba que eran mañas mías, yo decía son tonteras, leseras. Siempre he sido así, soy súper exigente, no me permito enfermarme, no me permito descansar..”(X., 35, 3 h., cas.,no jh.)*

*“Claro que creo que hay relación entre lo que pasa en tu trabajo y tu salud, es como cuando me siento estresada, medio reventada, y al tiro mi guata empieza a funcionar mal, el colon no me deja en paz”(D., 35, 2 h. sep.,jh)*

*“(…) he visto muchas mujeres enfermarse de cáncer en este trabajo y el cáncer yo lo asocio a las depresiones, siempre sí. Yo creo que una persona depresiva está siempre como abierta a otras enfermedades más graves y he visto mucha gente enfermarse, fíjate, en (institución), muchas mujeres se han enfermado. El hombre, no tanto, porque el hombre yo creo que guarda como en un gabinetito los problemas y los separa, la mujer no, la mujer lo pesa todo encima o lo guarda todo y que después, de repente, se te forma un caos, un desorden de cosas, de problemas de todo y que te puede producir una depresión y esa depresión te puede llevar a un cáncer o a una enfermedad más complicada.”(E.,46, 2 h., sep., jh.)*

*“Acá tenemos una compañera del sindicato que está con una licencia por estrés y se pidió que se considerara enfermedad laboral, porque realmente tenía todo que ver con su trabajo. Ahora la estaban evaluando en la Asociación Chilena de Seguridad, no sé como le habrá ido, estos días vamos a saber”(B., 48, solt., sin hijos, dirigente sindical, jh)*

A partir de lo anterior se puede reconocer la amplitud de la aceptación que el término *estrés* tiene dentro de las entrevistadas, siendo entendido como un estado de descompensación (física o mental) y asociado a la aparición de situaciones más avanzadas de deterioro de salud.



Si se considera esa amplitud de aceptación, esto es contrastante con la ausencia de reconocimiento del estrés como un estado que es necesario de abordar por parte del Sistema de Salud, ya sea en sí mismo (al ser una pérdida del bienestar) y por su asociación evidente con la emergencia de otras enfermedades<sup>1</sup>.

Consultadas respecto de la concepción de Salud Laboral, las entrevistadas aluden a su experiencia, generalmente acotada a la ocurrencia de accidentes que son tratados en los servicios médicos correspondientes a la seguridad laboral. Los accidentes o enfermedades tratadas son los que están incluidos en el catastro de enfermedades o accidentes del trabajo.

*"Salud o enfermedades laborales? Bueno, yo sé que cualquier cosa que te pase mientras estés en tu horario de trabajo, te lo cubre la ACHS. Yo una vez me torcí el pie bajando de la micro con tacos y me tuvieron que llevar allá" ( F., 29, sin hijos, solt., jh.)*

*"en el pié tengo un esguince que se llama crónico, que como interrumpí el tratamiento lo tengo crónico. Me atendieron en la ACHS, pero sólo esa vez, después me atendí en la clínica Astra, porque ya no me atendían en la otra clínica" (L., 36, 2 h., cas., no jh.)*

*" A veces las secretarias, que están todo el día en el computador, les da tendinitis, a mi hermana le pasó y la llevaron al Hospital del Trabajador" (E., 46, 2 h., sep., jh.)*

---

<sup>1</sup> Tal como refiere Morales Catalayud (1998), quien cita una serie de estudios realizados que relacionan estados de estrés con la aparición de enfermedades específicas.



El discurso anterior es coincidente con lo que señala Díaz (1995), respecto de que sería la "concepción restringida de salud laboral" la que reduce la salud laboral a la "siniestralidad", pasando por alto una serie de situaciones que, de manera más insidiosa, merman la salud de las trabajadoras, como puede ser el fenómeno del estrés anteriormente señalado.

Es por esto que en los discursos se asume como un fenómeno dado e incuestionable, el hecho de que las enfermedades en las cuales se percibe la relación con la experiencia de trabajo, pero que no se encuentran dentro del listado de enfermedades y accidentes que considera la ley, sean costeadas en su tratamiento por las trabajadoras, a la vez que el empleador desconoce la injerencia del trabajo en la emergencia de esa condición de deterioro de salud.

Por otro lado, se tiene claridad de que los accidentes ocurridos durante el horario de trabajo son tratados dentro del Sistema de Seguridad Laboral, dado que en éstos es innegable la asociación entre el hecho y espacio laboral. En concordancia con lo anterior, se evalúa positivamente la gestión de la empresa empleadora, respecto de su cumplimiento de la Ley de Accidentes Laborales.

A pesar de esto, se percibe una sensación de insatisfacción, debido a la percepción de que la empresa tiene conocimiento de las dificultades a las que están sometidos sus trabajadores de venta, a pesar de lo cual no existen prácticas de promoción o apoyo en el enfrentamiento de ese tipo de situaciones.

*" Yo encuentro que esta empresa es responsable con el tema de la salud laboral, se preocupan de las situaciones que pasan, de algún accidente (...) ah, en las otras cosas que te pasan en el trabajo? , no, eso no, para nada, es que creo que ven que no les compete, ahí cada una se las arregla" (G.,43, 3 h.,cas., no jh.)*

*“Un tiempo estuvieron haciendo una capacitación para el tema del estrés, fue súper bueno, pero no siguió, se terminó y como que ahí quedó todo” (C., 46, 3 h., sep., jh.)*

*“Yo creo que ellos saben lo que pasa con la gente aquí, especialmente lo que se relaciona con el estrés que se genera en cumplir las metas. El tema es que no se hacen cargo, no sienten que sea deber de ellos meterse en eso...son los costos no más” (B., 48, solt., sin hijos, dirigente sindical, jh.)*

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A través de la presente investigación se ha intentado responder a la pregunta respecto de cuál es la realidad de trabajo que viven estas mujeres y cual es la situación de salud que, desde su punto de vista, se genera a partir de lo anterior, llevando la discusión a un área temática de interés de la salud laboral, o más específicamente, de la psicología de la salud laboral.

Las herramientas con las cuales se realiza este acercamiento a los discursos fueron provistas, en primer lugar por diversos estudios en torno al tema de Género, que al aparecer como categoría analítica que estudia la construcción social y cultural realizada en torno a las diferencias sexuales, abre un enorme campo de posibilidades para la reflexión acerca de la realidad de la experiencia humana. Ésto se refleja en su aplicación al análisis de diversos fenómenos sociales y sirve en este caso para realizar un acercamiento a la realidad de la salud laboral de un grupo de mujeres.

El realizar dicho análisis desde esta perspectiva, permite poner en evidencia realidades y coyunturas diversas que sólo aparecen bajo el crisol de la Perspectiva de Género (quedando ocultos en los estudios realizados sin contemplar esta categoría) lo que resultaría en un conocimiento que permitiría el desarrollo de estrategias de enfrentamiento de situaciones complejas de diferente índole, asociadas a la vivencia de las mujeres.

Específicamente, en este caso, se aborda la situación de *salud laboral femenina*, bajo el supuesto de que aparecerán situaciones que son parte de la realidad de la mujer inserta en el medio laboral, realidad que, a pesar de ser recurrente en la sociedad chilena actual, es relativamente reciente en términos de su aparición como fenómeno socialmente significativo.



En segundo lugar, la revisión del concepto de trabajo fue realizada con el objetivo de plantear una definición que incorpore la diversidad y complejidad de la vivencia laboral, incluyendo elementos que permitieran la aplicación del concepto a distintas realidades de trabajo en el contexto actual, ajustándose a las necesidades de la población.

En tercer lugar, se utilizaron diversos estudios realizados en torno a la Salud, tema del cual ya se ha mencionado su importancia central para una sociedad que tenga dentro de sus objetivos, el cuidado de sus ciudadanos y la promoción de un estado de bienestar.

Como también ya se ha dicho, este término es condicionado social y culturalmente en su definición, por lo que su abordaje en distintos ámbitos puede dar cuenta de la forma en que opera y se encarna en diversos grupos sociales, lo que permitiría aportar información que retroalimente eventualmente la concepción que fundamenta la política pública para que se acomode cada vez más a la realidad y necesidades de la población y de esta manera fundamente el desarrollo de estrategias que promuevan o permitan la puesta en práctica de la mejora de las condiciones de salud de los ciudadanos, a través de la intervención en distintos espacios y de distintos agentes.

La idea que fundamenta el presente trabajo consistió en producir información que sea significativa, a la hora de abrir la posibilidad de reflexionar críticamente respecto de cómo se entrecruzan temáticas tan controversiales como el Género, el Trabajo y la Salud, en especial dada la importancia central que éstos dominios tienen para mujeres, hombres y la sociedad en general y la dificultad de abordarlos, tomando en consideración que su aplicación debe dialogar con criterios de otra índole, tales como los económicos o políticos.

El interés en el discurso como forma de acercamiento a realidades sociales, reflejado en la utilización de una Metodología Cualitativa y específicamente el instrumento de la Entrevista en Profundidad, ha sido fundamentado principalmente en la relevancia que tiene el lenguaje como forma a través de la cual se significa, es decir, se le otorga sentido a la realidad.

Desde el *paradigma interpretativo*, que sirvió de directriz a la hora de entender la forma que toma la relación entre el investigador y la realidad investigada, los sujetos articulan, dan sentido a sus conductas y se explican su experiencia en el lenguaje, sobre la base de innumerables discursos. El acercamiento a esas narrativas permite el acceso a un espacio privilegiado desde donde es posible ver cómo una serie de vivencias (afectivas, cognitivas y comportamentales) cobran sentido y adquieren coherencia recíproca.

A continuación se comentan algunos puntos críticos que emergen a partir de las narrativas producidas durante el proceso de investigación, y que aparecen como relevantes de ser analizados, al poner en evidencia ciertas coyunturas que son vivenciadas por estas mujeres en el espacio donde se articulan los tres dominios que son el eje de este trabajo.

Se puede visualizar además que la forma en que las entrevistadas ocupan y se desenvuelven en su espacio social y privado, ocurre claramente desde el dominio de la femineidad, conclusión que a pesar de su aparente obviedad, alude a la realidad de la vivencia marcada por cierto tipo de cualidades personales, con determinado tipo de intereses y roles. Aún cuando el contenido de los roles y expectativas ha variado respecto de décadas atrás, aún se pueden encontrar elementos centrales que articulan las experiencias de la mayoría de las mujeres entrevistadas, como son la maternidad y el hogar.



En este escenario, la importancia que toma la experiencia laboral genera un contexto de tensión en que la compatibilización de estos dos aspectos se encuentra presente en forma de desafío permanente.

Aparecen situaciones en que la compatibilización exitosa permite visualizar a ambas áreas como espacios de desarrollo y satisfacción, otras donde estas áreas se encuentran en tensión permanente, generando desgaste y sufrimiento, siendo lo más frecuente que, en el proceso de conciliación, se den momentos de experiencias favorables y reforzadoras, alternados con situaciones eventuales en que las áreas se conflictúan, a pesar de lo cual no se observa que un modo de resolución sea el abandono de una actividad para favorecer el cumplimiento de la otra, dado que ambas se perciben como derechos y necesidades.

Se puede observar además que la mujer se ubica en el trabajo, otorgándole a éste significados particulares y propios, tanto en lo referido a la forma de enfrentar los desafíos de la tarea, como en los motivos que las impulsan a desempeñar esos roles.

Respecto de lo primero, se puede señalar que estas mujeres, como respuesta al desafío permanente de la compatibilización de tareas, han optado por un trabajo que les permita realizar esta conciliación entre los dos mundos, como ocurre claramente en el caso particular del área de ventas, que brinda la libertad para definir horarios de trabajo, a la vez que permite atender necesidades de la familia. Incluso en el caso de las mujeres que, estando en el espacio laboral señalan "desentenderse" de sus actividades del hogar, llegar a esa resolución habría sido parte de un proceso de reflexión y construcción previa de un espacio familiar que permita el desarrollo del trabajo, lo que es contradictorio con la "desatención" señalada o un descuido del otro dominio.



Por otro lado, se refleja en la situación de las entrevistadas que los significados que dan a la actividad (ventas) son coherentes con atributos que tradicionalmente se han asociado a lo femenino, otorgándole un carácter de "servicio", "espacio educativo" o espacio para el despliegue de habilidades interpersonales.

En relación con los motivos que las impulsan a desarrollar un trabajo, se observa un interés por el logro de independencia e individualidad, elementos que les permiten fundamentar su autoestima, pero que traen ocasionalmente aparejados sentimientos de culpa por el abandono de tareas tradicionales.

En algunos casos, la valoración de la independencia ha derivado en la opción de no formar pareja o tener hijos, encontrando satisfacciones en el espacio laboral o público, lo que podría señalarse como un nuevo tipo de identidad femenina, que ya no es definida en forma *necesaria*, en función del rol maternal o de encargada del funcionamiento del hogar.

Esto es coherente con lo señalado por Lipovetski (1997), referido a que en el período actual se ha abierto la posibilidad de que la mujer ya no tenga que optar por un rol tradicional o bien por la masculinización de los roles, sino que pueda dar contenido libremente a su identidad.

A pesar de esto, se observa que las motivaciones para desarrollar el trabajo no se reducen al logro de independencia o individualidad, sino que también se encuentra fuertemente influido por el deseo de otorgar a la familia la posibilidad de cubrir necesidades, de manera que el espacio de individualidad, es en otro nivel, un espacio de entrega, lo que muestra nuevamente el arraigo de esas cualidades en la identidad de estas mujeres.

En lo referido a la promoción de la salud, la mujer ha ocupado históricamente un rol preponderante a través de la atención de enfermos o bien la educación de la familia en lo referido al cuidado personal.

Estos roles, aunque se han ido depositando en otros agentes (médicos, enfermeras, en el primer caso y escuela en el segundo), siguen siendo funciones que son cumplidas en los hogares, principalmente por mujeres.

Incluso en un contexto de incorporación de los hombres a las tareas de crianza y cuidado de los hijos, pareciera que la mujer asume con mayor naturalidad dichas labores, en parte posiblemente debido a la resistencia femenina a dejar de ubicarse en esa posición central en el hogar, que ha sido sentida como una fuente de limitaciones, siendo también espacio de grandes gratificaciones y reconocimiento.

La frecuencia con que se efectúa este ejercicio de cuidado en los hogares, contrasta con la falta de validación de dicho espacio como fuente de aprendizajes de importancia en torno a la salud, lo que tendría diversas implicancias.

Al no otorgar reconocimiento o validación al espacio de relación formativa al cual se hace alusión, no se hace hincapié en desarrollar estrategias de formación adecuadas, que validen la experiencia de personas (hombres y mujeres) que ejercen la función y que fomenten el desempeño adecuado en tales tareas.

Incentivar esta formación no pretende el reemplazo de los agentes de salud oficiales, sino que permitiría dar un paso hacia la instalación de un modelo que de más importancia a la labor que pueda ejercer la comunidad en la promoción de la salud o estilos de vida sanos, o sea, una *democratización de la salud*, opuesta a la *hegemonía médica* planteada por Boix i Ferrando (s/f).



Quizás pueda parecer difícil depositar responsabilidades tan complejas en sujetos sin formación adecuada (lo que podría justificar el desarrollar esta formación), pero lo que sucede es que la instalación de estas prácticas pasan por concebir la salud ya no sólo como un espacio que se reduce al tratamiento de enfermedades (en ocasiones de alta complejidad) sino en promover actitudes y acciones que, a través de su aplicación sostenida, logren el desarrollo de aptitudes personales que permitan el logro de estilos de vida donde la *calidad de vida* sea un objetivo central.

Esta situación sería reforzada por lo que ocurre en la otra gran instancia de socialización como es la escuela, donde el cuidado y promoción de un estado de salud a través del currículum explícito es secundaria<sup>1</sup>.

Esto se evidencia en los contenidos referidos a la salud que es posible de encontrar en los programas de las asignaturas "Estudio y comprensión de la naturaleza" y "Biología y Ciencias Naturales" (MINEDUC, 2004), las cuales a pesar de incluir el tema en forma frecuente, abordando año a año diferentes aspectos del fenómeno, tiende a restringir los contenidos, orientando a la enseñanza al reconocimiento de estados patológicos y la prevención de éstos. No aparecen dentro del currículum objetivos relacionados con la educación en patrones de actuación que favorezcan el cuidado de la salud o bien que le den contenido a este concepto, más allá de la restricción propia del modelo biomédico, asociado a enfermedades.

---

<sup>1</sup> Los contenidos relacionados con la salud que aparecen en los programas de 5° a 8° básico (asignatura "Estudio y comprensión de la Naturaleza") y 1° a 4° medio (asignatura "Biología Y Ciencias Naturales" del Ministerio de Educación (2004) se incluyen principalmente dentro del Objetivo Fundamental Transversal (OFT) *Crecimiento y Autoafirmación Personal*, que se manifiesta en objetivos tales como "Entender y analizar la confluencia de factores biológicos, sociales y culturales en problemas vinculados a la salud y el medio ambiente", "Tomar conciencia de la responsabilidad individual en el ámbito de la salud, entendiendo las relaciones entre enfermedad, actividad física, alimentación, tabaquismo", "Comprender la salud como equilibrio físico, mental y social; y valorar comportamientos relacionados con su preservación", los cuales, a pesar de que apuntan al aprendizaje de temas significativos, no se traducen en abordajes de contenidos asociados al aprendizaje de un estilo que promueva la calidad de vida, por cuanto aluden prioritariamente a la identificación y prevención de estados patológicos.

La falta de validación de los sujetos en la identificación o abordaje de situaciones de salud, ocurre en un contexto que no acostumbra a escuchar lo que estos agentes puedan decir sobre su situación de bienestar/malestar en distintos espacios.

Por ejemplo, en el espacio laboral, al no validar la visión de los trabajadores en la identificación de situaciones que afectan la calidad de vida laboral, estas opiniones no son consultadas, a la vez que este silencio impide que se aborden situaciones que sólo son identificables mediante la expresión de los/las trabajadores/as.

Si se toma en consideración que las prácticas se relacionan de manera recursiva con los discursos, es decir que, a la vez que se desprenden de éstos, refuerzan o reactualizan tales definiciones, el reconocimiento de los discursos permitiría entender la razón de que ciertas prácticas se efectúen, mientras que otras no tengan espacio o cabida dentro de las acciones posibles. Esto es aplicable, tanto a nivel macrosocial, como en la práctica de los agentes específicos y de los sujetos en su esfera privada.

Se podría señalar que la sociedad chilena actual se encuentra en una época de transición entre una concepción de salud restringida, o, como se le ha denominado a lo largo de esta investigación, un Modelo Biomédico de la salud y la enfermedad, y la puesta en práctica de un nuevo paradigma de salud, que incluye una visión procesal, interaccional y multicausal.

Este proceso coyuntural se puso en evidencia claramente a través de los relatos, tomando la forma de diversas tensiones que vivencias las mujeres entrevistadas y que se plantean a continuación:



Aparece constantemente dentro del discurso una alusión a los aspectos mentales, de manera que la satisfacción o malestar asociado a este dominio estaría directamente relacionado con la percepción de salud o enfermedad de las entrevistadas. Los factores psicológicos estarían entonces aceptados como variables a considerar para el logro de un estado de salud mínimamente aceptable. Se hace hincapié en lo referido a lo *mínimamente aceptable*, puesto que esto representaría la expresión del concepto de salud referido al estado de *falta de síntomas*, propio del modelo biomédico.

Esta aceptación de la importancia de los factores psicológicos es concordante con el desarrollo de la disciplina de la Psicología y específicamente de la psicología de la salud, pero contrasta con la falta de consideración de tales variables como prioritarias para la política pública, siendo la psicología una disciplina secundaria en su valoración dentro de la política de salud y por parte de los agentes asociados a la práctica de la medicina (médicos, enfermeras y auxiliares, entre otros).

Así mismo, la consideración de esta importancia no ha ido de la mano con su inclusión prioritaria dentro de las estrategias de salud que se aplican en los servicios de área y que se expresa, entre otras formas, en la reducida cantidad de horas de los profesionales psicólogos en tales servicios y en la subordinación, en los hospitales y servicios médicos en general, de los profesionales psicólogos a los médicos<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Según lo referido por Morales Catalayud (1998, pág.120), una de las bases de la incorporación exitosa de la psicología al ámbito de los hospitales debe ser la creación de servicios de psicología, desde los cuales, sin subordinación a ningún otro servicio (por ej, el de una determinada especialidad médica), se puedan establecer los objetivos que deben ser perseguidos, decidir las prioridades para el uso del tiempo de los psicólogos en la institución, precisar los procedimientos y las técnicas de trabajo a utilizar, definir las líneas de trabajo investigativo, mantener un sistema de intercambio permanente de experiencias y supervisar los resultados de esta labor. Estos servicios deben tener un jefe que sea psicólogo, con capacidad de liderazgo para representar a la psicología dentro de la institución, coordinar las tareas con las

Esto se expresa además, como una evidente falta de cobertura por parte del seguro médico, representado por las Isapres o el Fondo Nacional de Salud, para las atenciones de tipo psicológico, las cuales se encuentran tan reducidamente cubiertas, que ello resulta en una desmotivación de los usuarios para recibir este tipo de atención.

Esto redundará eventualmente en una resistencia a considerar la atención psicológica como una estrategia válida y prioritaria de promoción y recuperación de salud, a pesar de que existiría un creciente interés por abordar problemas de índole psicológica o mental, lo que claramente evidencia una falta de respuesta del sistema a una necesidad sentida de la población.

Cabe destacar que es en la atención primaria el nivel de atención en el cual la actividad de los psicólogos de la salud puede ser de la mayor utilidad, especialmente en las áreas propuestas por Diekstra (1991, en Morales Catalayud, 1998, pág. 103)<sup>1</sup> y las anunciadas por Morales Catalayud, referidas a salud reproductiva (por ejemplo, prácticas sexuales que conducen a embarazos no deseados o a contagio de enfermedades de transmisión sexual), salud de los niños (como ambientes familiares disfuncionales, maltrato, uso incorrecto de los recursos disponibles de la atención de salud, etc), salud de los jóvenes (por ejemplo, inicio de prácticas nocivas para la salud a largo plazo, aparición de nuevas problemáticas asociadas a cambio de etapa de ciclo vital), de salud de adultos (reacción de adaptación a cambios y situaciones común de la vida,

---

autoridades de ésta, y asesorar y orientar a los psicólogos miembros del equipo. Los psicólogos deben, por supuesto, estar integrados al trabajo directo con los servicios médicos de las diferentes especialidades del hospital y, dentro de estos equipos, sobre la base de los objetivos negociados previamente por el servicio en cuestión con el de psicología.

<sup>1</sup> Problemas de ansiedad y enfermedades inducidas por esta, como asma, migrañas y enfermedades cardiovasculares; trastornos de los hábitos que incluyen las adicciones, trastornos alimentarios, y de las funciones básicas; dificultades generadas por cambios en etapas del ciclo vital o situaciones específicas que requieren de adaptación; problemas interpersonales y sociales; ajuste psicológico a enfermedades físicas y la muerte.



mantención de "estilos de vida" poco saludables, enfermedades agudas y crónicas, secuelas de accidentes, entre otros). No es difícil concluir que las prioridades del sistema y por tanto la cobertura de seguros de salud, no ubican a estos temas dentro de los que principalmente obtienen respuesta de atención, ni son reconocidos ampliamente como problemas de salud prioritarios.

En el área del trabajo, podrían señalarse temas como problemas de adaptación a la tarea durante el período de ingreso, hábitos que favorecen la accidentalidad, identificación de variables de estrés asociadas a la tarea específica, dificultades de la relación con los compañeros de trabajo, dificultades en la relación que se establece con la organización, prácticas que mantienen a los empleados en estados de tensión o incertidumbre, entre otras.

Por otro lado, se podría asumir que la ubicación de las variables psicológicas en un lugar no prioritario en el caso de las entrevistadas, deriva en actitudes, prácticas y secuencias de conductas, que excluyen la búsqueda de la salud mental o el tratamiento de los síntomas psicológicos dentro de sus prioridades de cuidado. Incluso las acciones que quizás sean emprendidas no serán valoradas como prioritarias y por lo tanto no se ubicarán en una posición de centralidad, al no ser reconocidas como necesidades.

Se podría decir entonces que, en general existe un sistema social que tiende a relegar a un segundo plano la importancia de los síntomas de orden psicológico, a la vez que, como se planteó anteriormente, no existe un sistema de salud preparado para acoger la demanda en este sentido.

En concordancia con esto, el sistema laboral de las entrevistadas responde adecuadamente sólo frente a situaciones de pérdida drástica de la salud física, inhabilitante para la productividad. Las situaciones de índole psicológica, que

justifican en la práctica el desplegar cuidados de salud, son en este caso las que se reducen a eventos extremadamente traumáticos, como muerte de familiares o bien separación conyugal.

La ocurrencia de una intervención orientada a desarrollar el autocuidado del personal, en el caso de la organización a la cual pertenecen las trabajadoras, no fue vista como parte de un proceso institucional orientado al cuidado de la salud mental de los miembros de la organización, sino como un evento único, sin continuidad, que muestra la emergencia de un incipiente interés por el tema, pero la falta de arraigo en las metas de la empresa, del objetivo de lograr un espacio laboral que priorice por la salud mental de sus empleados, realidad que podría reflejar la de la gran mayoría de las organizaciones del país, en la medida que no existe dentro de la legislación laboral el reconocimiento de este derecho.

Existe también un gran desfase entre lo planteado por las mujeres respecto de lo que definen como salud laboral y la idea que se encuentra plasmada en la legislación laboral, dado que la definición de las enfermedades laborales como *“las causadas de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte”*, ha reducido el espectro de enfermedades posibles de ser catalogadas como tales, sólo a las que se pueda demostrar con datos empíricos su relación entre trabajo y dolencia.

Desde las mujeres entrevistadas, la relación que establecen entre salud y trabajo incluye un espectro de alteraciones de índole psicológica (depresión, cuadros angustiosos, cuadros asociados al estrés, entre otros) que quedan excluidas por esta definición, por lo que se transforman en problemas individuales, extraídos del contexto de donde emergen y cobran sentido.



Esto concuerda con lo señalado por Díaz X., (1996), referido a que las enfermedades de lento desarrollo, o bien, las que no pueden ser consideradas como únicamente causadas por variables de tipo laboral, quedan excluidas del seguro de accidentes laborales, siendo en la práctica, consideradas como enfermedades del ámbito de lo privado, lo cual significa atribuir la totalidad del costo del tratamiento a la trabajadora.

En la actualidad, la modificación a la ley 16.744, con la inclusión de la depresión como enfermedad profesional, acercaría las posiciones para la disolución de tal desfase, lo cual es de gran importancia debido al gran énfasis que dan las mujeres entrevistadas a la posibilidad de ocurrencia (producto de la interacción de aspectos privados y laborales) de dicha enfermedad, la cual es percibida por ellas como con elevada prevalencia dentro del grupo entrevistado.

Por otro lado, este cambio, posiblemente de cuenta de una modificación en los supuestos básicos que fundamentan la antigua ley y al modelo de entendimiento de salud/enfermedad que está detrás de ésta, lo que permitiría dar un paso hacia la mejora del funcionamiento del sistema social de protección contra enfermedades y accidentes laborales, pudiendo acoger necesidades que al parecer emergen de forma más recurrente en el género femenino.

Al finalizar, es necesario plantear algunas inquietudes y preguntas que emergen del proceso propio de un estudio como el desarrollado y que aparecen como temas de interés abordables en una profundización del tema anteriormente planteado:

- En primer lugar, se hace cuestionamiento respecto de la forma en que se evalúan los riesgos laborales en la actualidad, la cual invisibiliza un amplio espectro de dificultades que se derivan de la vida laboral,

considerada ésta como una experiencia que incluye a los dominios físicos, psicológicos y sociales, en una vivencia que incluye en forma simultánea aspectos cognitivos, emocionales y un correlato físico.

- Emerge con fuerza la inquietud orientada a la realización de estudios que permitan evaluar en forma diferencial la vivencia de salud laboral dependiendo del género, tomando en consideración que existe evidencia que permite señalar que es posible que los patrones de inserción laboral de mujeres y hombres serían diferentes y por lo tanto existirían distintas condiciones de riesgo para cada uno en la pertenencia a un espacio laboral.
- También es necesario preguntarse acerca de la forma que debiera tomar un Sistema de Seguridad Laboral eficiente, ampliando sus concepciones de salud y de trabajo, haciendo hincapié en programas de salud primaria, reconociendo las características de diversos espacios laborales, optimizando la posibilidad de tomar conocimiento de la forma en que operan esos espacios laborales, de manera que las intervenciones orientadas a la promoción de la salud y calidad de vida laboral sean concordantes con la realidad de las diversas organizaciones y de sus trabajadoras y trabajadores.
- En el contexto actual, es necesario preguntarse acerca de la responsabilidad que le compete al empleador respecto de la salud de los trabajadores, en un medio que no da carácter legal a esa preocupación, sino que la hace dependiente de criterios éticos y económicos.

Al respecto, pareciera ser necesario que para la inclusión de estos temas como *necesidades o derechos*, deba ser el Estado, quien promueva



el desarrollo de un contexto jurídico que permita la mejora de la realidad del sistema de seguridad laboral.

- En ese sentido, se observa la falta de canales que permitan que se efectúe una retroalimentación de información entre los agentes que realizan la política pública y las personas que vivencian esa política, los ciudadanos, espacio que puede ser ocupado por estudios que den cuenta de esa realidad.
- El rol que puede desempeñar un psicólogo en este ámbito es de importancia, si se toma en consideración que una gran cantidad de problemáticas que aquejan a las trabajadoras son de esa índole, no pudiendo ser abordadas en forma eficiente por profesionales encargados del abordaje de problemáticas físicas.
- Al respecto, queda la importante tarea de definir la función que puede cumplir el psicólogo dentro del sistema de seguridad laboral, la forma que debe tomar la relación entre el psicólogo y la organización para hacer esta intervención eficiente, la forma que debieran tomar las intervenciones (organizacionales, clínicas, grupales o individuales, por señalar algunas de las posibilidades).
- El rol del psicólogo de la salud laboral debe considerar la necesidad de tener acceso a la realidad laboral de los/as trabajadores/as, ya que sólo a través del entendimiento de las situaciones particulares y de la ubicación de esa información dentro de un contexto laboral (de la organización formal e informal), es posible comprender las dificultades que aquejan a los/las trabajadores/as, a la vez que se pueden plantear alternativas de solución que respeten el contexto

organizacional, como podría ser el caso del diseño de una intervención orientada a favorecer el ajuste mutuo entre trabajo y trabajador.

- Dado que la tarea de propiciar calidad de vida (en este caso laboral) implica el tener que evaluar y reconocer la influencia permanente y simultánea de diversos factores o dominios, la tarea del psicólogo debe realizarse en coordinación permanente con profesionales de diversas áreas, configurando un modelo de intervención bio/psico/organizacional.

Como cierre del proceso de investigación, es necesario realizar un balance que permita poner en evidencia el logro o fallo en la consecución de los objetivos propuestos para este trabajo.

En primer lugar, respecto del objetivo de dar respuesta a las preguntas de investigación, se puede señalar que estas fueron respondidas durante el proceso, logrando mediante las entrevistas acceder a la visión de salud de este grupo de mujeres. En el desarrollo del trabajo se pusieron en evidencia algunas limitaciones conceptuales que impiden que, a partir de lo que ellas refieren se logre una definición clara de salud, lo que ocurre en forma aún más evidente respecto de la situación de salud ocupacional, donde existen mayores vacíos conceptuales.

Se destacan dentro de los resultados algunos planteamientos que reflejan una posición crítica respecto del modelo tradicional de salud, lo cual se visualiza principalmente en el dominio de la salud en general y no tanto en el ámbito de



la salud ocupacional, espacio que pareciera ser de menor conocimiento y accesibilidad para las trabajadoras.

En lo que se refiere a los factores laborales que influyen en la situación de salud/enfermedad, se observó que las mujeres son capaces de reconocer factores de diversa índole que afectan su vivencia de trabajo, destacándose los que trascienden la concepción derivada del modelo médico y que dan cuenta de la inclusión de variables psicológicas y sociales.

En lo referente al logro de los objetivos planteados en el marco metodológico, su revisión también da cuenta de su cumplimiento, lo que permite señalar que la elección de la perspectiva metodológica fue correcta y coherente, aun cuando trajo como consecuencia ciertas restricciones, que se derivan de la utilización de la metodología cualitativa y que fueron mencionadas en el capítulo correspondiente al Marco Metodológico.

Estas restricciones implicaron en este caso que los resultados carezcan de representatividad, no pudiendo ser aplicados a otros grupos sociales, lo cual hubiera podido ser logrado de mejor manera en un estudio de tipo cuantitativo o que combine ambos enfoques.

A pesar de lo anterior, la frecuencia con que emergen ciertas temáticas (inclusión de factores psicológicos y sociales en la visión de salud, visión de las restricciones del modelo biomédico, entre otras), da cuenta de un fenómeno que podría justificar la realización de nuevo estudio que tenga mayor representatividad, orientado a evaluar las necesidades de atención de salud de la población trabajadora y que pudiera aportar información relevante que permita fundamentar una revisión de la forma en que operan distintos agentes

de salud, apuntando al objetivo de brindar mayor satisfacción a los usuarios del sistema.

Por último, el hecho de que la muestra haya sido tomada solamente de una organización, también resulta en la limitante de perder la posibilidad de observar las diferentes realidades que puedan emerger a partir del acercamiento a espacios diversos. La misma situación, desde otro punto de vista, permitió hacer una profundización en la realidad de un grupo social que presenta características propias, las cuales pudieran haberse desdibujado en un estudio de mayor amplitud, situación que podría ser evaluada como desfavorable en la práctica de un psicólogo de salud ocupacional que tenga como objetivo el internarse en la realidad de una organización.



## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y REFERENCIADA

- ABRAMO, L., (1996), *La inserción de la mujer en los nuevos paradigmas productivos*. Santiago. SERNAM.
- ASZKENAZI, MARCELA, (1997), *Incidencia del estrés psicosocial de acuerdo al género*. Buenos Aires. Psicoteca Editorial.
- BARAÑANO, MARGARITA, (1990), *Mujer, trabajo y salud*, Madrid, Trota, Fundación 1º de Mayo. Instituto Canario de la Mujer.
- BERMAN, MORRIS, (1995), *Cuerpo y espíritu*. Santiago. Editorial Cuatro Vientos.
- BIANCALANA, MARTA MARÍA, (1999), *Modalidad y propósitos de la educación victoriana*. En *Historia y Género, Seis estudios sobre la condición Femenina*. República Argentina. Universidad Nacional del Sur.
- BILBAO, JOSEFINA, (1996), *Igualdad de oportunidades para las mujeres en el trabajo*. Santiago, SERNAM.
- BLANCO SÁNCHEZ, MERCEDES, (S/F), *La medición del tiempo en el trabajo doméstico. Un estudio entre dos grupos de mujeres de sectores medios*. México. CIESAS-DF.
- BLÁZQUEZ, MARISA; ANDRADE, CARMEN; PALMA, CRISTIAN, (1996), *La participación de las mujeres en el mercado laboral y el cuidado y*

*atención de sus hijos e hijas. Santiago. En Igualdad de oportunidades para la mujer en el trabajo. SERNAM.*

- BOIX I FERRANDO, PERE, (S/F), *Estrategias sindicales en salud laboral. Marco ideológico y político.* En "Mujer, Trabajo, salud" Margarita Barañano, Editora. Madrid, Trota, Fundación 1º de Mayo. Instituto Canario de la Mujer.
- CANALES, M. y BINIMELIS A., (1994), *El estudio de la realidad social con metodologías cualitativas.* Santiago. Ministerio Secretaria General de Gobierno.
- CAMACHO, ILDEFONSO, (1991), *Doctrina social de la iglesia,* Madrid, Ediciones Paulinas.
- CÁRDENAS. SANDRA MARCELA, (1999), *El estrés ocupacional. ¿Muy estudiado y poco comprendido?.* Bogotá. P&S Protección & Seguridad, Revista del Consejo Colombiano de Seguridad.
- MIDEPLÁN (2000). *Encuesta CASEN.*  
[www.mideplan.cl/publico/sección](http://www.mideplan.cl/publico/sección). (05 de junio de 2005)
- CAVIGLIA, MARÍA JORGELINA, (1999), *Mujeres trabajadoras, capitalismo e ideología victoriana.* República Argentina. Depto. de Humanidades, Universidad Nacional de Sur.
- CHRISTIAN, PAUL, (1989), *Medicina Antropológica.* Santiago. Editorial Universitaria.



- CUADRA, A. y FLORENZANO, R., (2003), *El Bienestar subjetivo: Hacia una Psicología positiva*. Revista de Psicología de la Universidad de Chile, Vol. XII, N° 1; Pág. 83-96.
- DÍAZ CAMPOS, CARLOS, (S/F), *Psicoergonomía*. Material docente. Área Laboral-Organizacional. Asignatura de Psicología del Trabajo. Universidad de Chile.
- DIAZ B., XIMENA, (1995), *La dimensión de género en la salud ocupacional en Chile*. Santiago. CEM.
- DIAZ B., XIMENA, (1996), *Mujer, trabajo y salud: los daños invisibles*. Santiago, En *Igualdad de oportunidades para la mujer en el trabajo*. Servicio Nacional de la Mujer.
- DÍAZ, XIMENA y SHLAER, NORA, (1992), *Mujer, trabajo y Salud. Trabajadoras de la confección*. Santiago, Centro de Estudios de la Mujer. UNICEF.
- DÍAZ, XIMENA y MEDEL, JULIA., (2001), *Salud, género y trabajo: Una relación difícil*. Santiago. CEM.
- DIO BLEICHMAR, EMILE., (1992). *Del sexo al género*. Madrid. Revista de Psiquiatría pública, vol.4.
- DURÁN, MARÍA ANGÉLICA, (1990), *Salud y sociedad. Algunas propuestas de investigación*. En "Mujer, Trabajo, salud." Margarita Barañano, Ed. Madrid, Trota, Fundación 1° de Mayo. Instituto Canario de la Mujer.

- GISLING, JAQUELINE, (1993), *Salud y derechos reproductivos. Un concepto en construcción*. Santiago. Documentos de trabajo, serie Estudios Sociales. FLACSO.
- GOIC, A.; FLORENZANO, R. y VELASCO, C., (1984), *Análisis de la formación humanística en el pregrado de la carrera de Medicina*. Santiago. Documento de trabajo N° 6. Corporación de promoción universitaria.
- HOPENHAYN, MARTÍN, (1985), *El trabajo: itinerario de un concepto*. FIDE XII, Cepaur. Material docente. Área Laboral-Organizacional. Asignatura de Psicología del Trabajo. Universidad de Chile.
- HURTADO, VICTORIA Y SANTA CRUZ, GUADALUPE, (1995), *Un indecente deseo. Escuela de formación de líderes mujeres*. Santiago. Instituto de la Mujer.
- ILLANES, MARÍA ANGÉLICA, (1993), *Escisiones, fortalezas y corazas*. En "*Samaritanas, mediadoras y guardianas. El poder y la ciudadanía de las mujeres en la salud*". Santiago. Instituto de la Mujer.
- ILLANES, MARÍA ANGÉLICA, (1993), *El cuerpo como cultura. El caso chileno*. En "*Samaritanas, mediadoras y guardianas. El poder y la ciudadanía de las mujeres en la salud*". Santiago. Instituto de la Mujer.
- KRAUSE, M., (1995), *La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos*. Santiago. Revista Temas de Educación N° 7; 19-39.
- LEY 16.744, de Enfermedades Profesionales.



- LIPOVETSKI, GILLES, (1997), *La tercera mujer*. España. Ed. Anagrama.
- LLOYD SUTTLE, J., (1977), *La calidad de vida de trabajo en las organizaciones contemporáneas*. De "Improving life at work: Problems and prospects". Material docente, Área Laboral-Organizacional. Asignatura de Psicología del Trabajo. Universidad de Chile.
- LOLAS STEPKE, FERNANDO, (1995), *La perspectiva psicosomática en medicina. Ensayos de aproximación*. Santiago. Editorial Universitaria.
- LOPEZ, A., PARADA, A. y SIMONETTI, F., (1984), *Introducción a la psicología de la comunicación. Textos y ejercicios*. Santiago. Ediciones Universidad católica de Chile.
- MARÍN, PASTOR y LOPEZ, (1986), *Salud comunitaria*, España. Departamento de Psicología, Universidad de Alicante.
- MATAMALA MARÍA ISABEL, (2001), *El poder sobre los propios cuerpos como clave para la ciudadanía*. Consultoras OPG/OMS.
- MATAMALA VIVALDI, MARIA ISABEL, (1994), *Calidad de atención de salud de las mujeres desde la perspectiva de género*. Santiago. Consultoras OPG/OMS.
- MATARAZZO, J. (1980) *Behavioral health and behavioral medicine*, Amer.Psychol., 35: 807-817. En *Psicología, comportamiento y salud: El Lugar de la Psicología en los campos de conocimiento*. [www.cop.es/delegaci/valencia/LOPS/informepsico](http://www.cop.es/delegaci/valencia/LOPS/informepsico). (5 de junio 2005)

- MENDOZA VEGA, JUAN. M.D, (1998), *Sobre la definición de salud*. Bogotá, Colombia. Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Facultad de Medicina.
- MENICUCCI DE OLIVEIRA, ELEONORA, (1998), *Genero, salud y trabajo. Produciendo un nuevo conocimiento*. Sao Paulo. Cuadernos Mujer/ Salud. Red de Salud de las mujeres Latinoamericanas y del Caribe.
- MESSING, KAREN; SEINFERT, ANA MARÍA y GONZALEZ, RAFAEL, (1998). Indicadores científicos de procesos nocivos que afectan la salud de las mujeres en el trabajo. *Cuadernos Mujer/Salud 2*. Red de salud de las mujeres Latinoamericanas y del Caribe.
- MILLER, ERIC, (S/F), *La organización saludable para los '90..* Londres, The Tavistock Institute. Material docente. Área Laboral-Organizacional. Asignatura de Psicología del Trabajo. Universidad de Chile.
- MILLER, ERIC, (S/F), *Trabajo y Creatividad*. Material docente. Área Laboral-Organizacional. Asignatura de Psicología del Trabajo. Universidad de Chile.
- MINEDUC, (2004), *Programa de Estudio del curso 5º año básico "Estudio y Comprensión de la Naturaleza"*. Santiago, MINEDUC. Gobierno de Chile.
- MINEDUC, (2004), *Programa de Estudio del curso 6º año básico "Estudio y Comprensión de la Naturaleza"*. Santiago, MINEDUC. Gobierno de Chile.
- MINEDUC, (2004), *Programa de Estudio del curso 7º año básico "Estudio y Comprensión de la Naturaleza"*. Santiago, MINEDUC. Gobierno de Chile.



- MINEDUC, (2004), *Programa de Estudio del curso 8° año básico "Estudio y Comprensión de la Naturaleza"*. Santiago, MINEDUC. Gobierno de Chile.
- MINEDUC, (2004), *Programa de Estudio de Primer Año Medio "Biología"*. Santiago, MINEDUC. Gobierno de Chile.
- MINEDUC, (2004), *Programa de Estudio de Segundo Año Medio "Biología"*. Santiago, MINEDUC. Gobierno de Chile.
- MINEDUC, (2004), *Programa de Estudio de Tercer Año Medio "Biología"*. Santiago, MINEDUC. Gobierno de Chile.
- MINEDUC, (2004), *Programa de Estudio de Cuarto Año Medio "Biología"*. Santiago, MINEDUC. Gobierno de Chile.
- NEFF, WALTER S., (1972), *El hombre, el trabajo y la sociedad*. Editorial Paidós. Material docente. Área Laboral-Organizacional. Asignatura de Psicología del Trabajo. Universidad de Chile.
- MORALES CATALAYUD, F. (1998), *Psicología de la salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo*. Cuba. Editorial Científico-Técnica.
- NEVADO, TERESA, (1990), *Que entendemos por salud?. Aproximación a un concepto renovador*. En *"Mujer, Trabajo, salud"*. Madrid. Margarita Barañano Ed. Madrid, Trota, Fundación 1° de Mayo. Instituto Canario de la Mujer.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (1978), *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25º aniversario*. 56ª Asamblea Mundial de la Salud.
- ONNIS, L, (1994), *Terapia Familiar de los trastornos psicósomáticos*, España, Paidós.
- ORTÍ, ALFONSO, (1994), *La Confrontación de Modelos y Niveles Epistemológicos en la Génesis e Historia de la Investigación Social*, Editorial Síntesis Psicológica. Madrid.
- RECA, INÉS, (1996), *Familia y Trabajo: una tensión no resuelta*, Santiago, en *Igualdad de oportunidades para la mujer en el trabajo*, SERNAM.
- RODÓ, ANDREA, (1999), *El cuerpo ausente*. Mexico. En *Debate feminista*.
- SALINAS, CECILIA; AYLWIN, PILAR; LABRA, LIDIA; NORDENFLICHT, (2000), *Hombre=Mujeres. Y en oportunidades?*. Santiago, Gobierno de Chile. Ministerio de Educación, Servicio Nacional de la Mujer.
- SÁNCHEZ VIDAL, J, (1999), *Psicología comunitaria*, España, Editorial Paidós.
- SAN JOSÉ, MARÍA DEL CARMEN, (1990), *Introducción al concepto ecológico de salud*. En "Mujer, Trabajo, salud." Margarita Barañano. Madrid, Trota, Fundación 1º de Mayo. Instituto Canario de la Mujer.
- SCHUMACHER, E. F., (1980), *El buen trabajo*. Madrid. Editorial Debate.



- SHARIM, DARIELA, (1994). *Modificación de los roles sexuales y su impacto en la identidad de género de las mujeres chilenas*. Bélgica, Universidad de Lovaina.
- STANDING, HYLARY, (2000), *Impactos de género de las reformas en salud. El actual estado de las políticas e implementación*. Londres, Universidad de Sussex. Instituto de Estudios para el Desarrollo.
- STONE, GEORGE, (1988), *"Psicología de la salud: una definición amplia"*. Colombia. Revista Latinoamericana de Psicología.
- TAYLOR, S.J y BOGDAN, R., (1987), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Madrid. Ediciones Paidós.
- VALENZUELA MARÍA ELENA, (1996), *El empleo femenino en el marco de la globalización de la economía*. Santiago. SERNAM.
- VALENZUELA, MARÍA ELENA, (1996), *Igualdad de oportunidades para la mujer en el trabajo*, Santiago, SERNAM.
- VALENZUELA MARÍA ELENA, (1996), *Desafíos y oportunidades para la igualdad de género en el trabajo*. Santiago. SERNAM.
- VALLS-LLOBET, CARME, (1998), *Salud laboral y Morbilidad*. Barcelona. Cuadernos Mujer/ Salud. Red de salud de las mujeres Latinoamericanas y del Caribe.

- VENTURINI, G; PALMA, C., (1984), *Formación médica de pregrado desde la perspectiva de la práctica profesional del médico general*. Santiago. Documento de trabajo N° 7. Corporación de Promoción Universitaria.
- WENK, E., (2004), *Apuntes docentes asignatura Metodología de la Investigación*. Santiago. Carrera de Psicología. Universidad de Chile.